

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Aile Hekimliğı Anabilim Dalı

**TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ VE ALTINCI SINIF
ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRÜEL
SENDROM YAYGINLIĞI, ÖĞRENCİLERİN
KONU İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Berfin DENİZ YAŞAR

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Premenstrüel Sendrom	3
2.1.1. Premenstrüel Sendrom'un Tanımı ve Tarihçesi	3
2.1.2. Premenstrüel Sendrom Yaygınlığı	6
2.1.3. Premenstrüel Sendrom'un Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri.....	7
2.1.4. Premenstrüel Sendrom'un Patofizyolojisi.....	8
2.1.4.1. Hormonal Etkiler	9
2.1.4.2. Prolaktin.....	9
2.1.4.3. Aldosteron	9
2.1.4.4. Endojen Opioidler.....	10
2.1.4.5. Hipoglisemi	10
2.1.4.6. Prostaglandinler.....	10
2.1.4.7. Psikososyal Teori.....	10
2.1.5. Premenstrüel Sendrom'un Semptomları	12
2.1.6. Premenstrüel Sendrom'un Tanısı	13
2.1.7. Premenstrüel Sendrom' un Klinik Olarak Değerlendirmesi	13
2.1.8. Premenstrüel Sendrom Tedavisi.....	14
2.1.8.1. Farmakolojik Tedaviler	15
2.1.8.1.1. Serotonerjik Antidepresanlar	15
2.1.8.1.2. Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri	15
2.1.8.1.3. Ketipin.....	15
2.1.8.1.4. Oral Kontraseptifler	16
2.1.8.1.5. Diğer İlaçlar	16
2.1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler.....	17

2.1.8.2.1. Yaşam tarzı değişiklikleri	17
2.1.8.2.2. Diyet.....	18
2.1.8.2.3. Egzersiz.....	18
2.1.8.2.4. Bitkisel Tedaviler ve Akupunktur.....	19
2.1.8.2.5. Bilişsel Davranış Terapisi	19
2.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği.....	20
2.2.1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	22
3.3. Araştırma Ortamı.....	22
3.4. Araştırma Tasarımı.....	22
3.5. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	22
3.6. Değişkenler.....	23
3.7. Etik Kurul Onayı	24
3.8. Örneklem Hesabı.....	24
3.9. İstatistik Analizler	24
4. BULGULAR	26
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler.....	26
4.2. İkili Karşılaştırma Analizleri.....	31
4.3. Çoklu Karşılaştırma Analizleri.....	49
5. TARTIŞMA	51
5.1. Anahtar Bulgular	51
5.2. Bulguların Yorumlanması	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER.....	68
EK 1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği	68
EK 2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı ..	70
EK 3. Veri Toplama Formu.....	72
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	76

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca beni yönlendirdiği, bilgisini, değerli görüşlerini ve deneyimlerini bana aktardığı için değerli tez danışmanı hocam Doç. Dr. Kenan TAŞTAN’a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve birikimlerini her daim paylaşan Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR’a, öğretim üyelerimiz Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR ve Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN’a,

Asistanlığım süresince her zaman destekleriyle yanımda olan ve birlikte çalışmaktan gurur duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman eksik etmeyen, benim için her türlü fedakârlıkta bulunan, beni yüreklendiren ve bana güvenen annem Makbule DENİZ’e ve babam Hasan DENİZ’e, kardeşim Berna DENİZ’e,

İyi ve kötü günde hep yanımda olan, desteği sayesinde birçok zorluğun üstesinden geldiğim eşim Haluk YAŞAR’a ve canım kızım Beren YAŞAR’a,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Berfin DENİZ YAŞAR

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel Davranış Terapisi
GA	: Güven Aralığı
PMDD	: Premenstrüel disforik bozukluk
PMS	: Premenstrüel sendrom
PMSÖ	: Premenstrüel sendrom ölçeği
SH	: Standart Hata
SS	: Standart sapma
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SNRI	: Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
t	: Bağımsız gruplarda t testi değeri.
χ^2	: Ki-kare test değeri
Z	: Mann-Withney U test değeri.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Ülkelere göre PMS yaygınlığı.....	6
Tablo 2. PMS'nin Olası Nedenleri	11
Tablo 3. PMS belirtileri.....	12
Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı nümerik verilerinin normal dağılım durumları.....	26
Tablo 5. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	26
Tablo 6. Katılımcılarda risk faktörleri görülme sıklığı	27
Tablo 7. Bilgi sorularını cevaplama durumu	28
Tablo 8. Katılımcıların PMS ile başa çıkma yöntemleri	29
Tablo 9. PMS varlığı	30
Tablo 10. PMS ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı özellikleri	31
Tablo 11. Birinci ve altıncı sınıftaki öğrencilerin nümerik verilerinin karşılaştırılması	31
Tablo 12. ‘Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	32
Tablo 13. ‘PMS en sık hangi yaş aralığında görülür’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	33
Tablo 14. ‘Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	34
Tablo 15. PMS'nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	35
Tablo 16. ‘PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	36
Tablo 17. “PMS kimlerde nispeten az görülür” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	37
Tablo 18. “PMS tanısı nasıl konur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması ...	38
Tablo 19. “PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	39
Tablo 20. “PMS hangi fazda başlar” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması .	40

Tablo 21. “Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	41
Tablo 22. Kendi algısına göre PMS varlığının karşılaştırılması	42
Tablo 23. Son üç âdetde depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olması durumunun karşılaştırılması	43
Tablo 24. Son üç âdetde meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması durumunun karşılaştırılması	44
Tablo 25. Semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması	45
Tablo 26. PMS olup olmamasına göre nümerik verilerin karşılaştırılması.....	46
Tablo 27. PMS ile başa çıkma yöntemleri karşılaştırılması	47
Tablo 28. Kendi algısına ve semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması	48
Tablo 29. Sınıfların PMSÖ alt boyutları açısından karşılaştırılması.....	48
Tablo 30. PMS bilgi puanı ile nümerik değişkenlerin korelasyonu	49
Tablo 31. Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme durumuna göre oluşturulan lojistik regresyon modelinin duyarlılık ve özgüllüğü.....	50
Tablo 32. Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme durumuna göre oluşturulan lojistik regresyon modelinde anlamlı etki oluşturan değişkenler.....	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. ‘Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	32
Şekil 2. PMS en sık hangi yaş aralığında görülür’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	33
Şekil 3. ‘Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	34
Şekil 4. ‘PMS’nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	35
Şekil 5. PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	36
Şekil 6. “PMS kimlerde nispeten az görülür” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	37
Şekil 7. “PMS tanısı nasıl konur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması.....	38
Şekil 8. “PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	39
Şekil 9. “PMS hangi fazda başlar” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	40
Şekil 10. “Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması	41
Şekil 11. Kendi algısına göre PMS varlığının karşılaştırılması.....	42
Şekil 12. Son üç âdetde depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olması	43
Şekil 13. Son üç âdetde meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması durumunun karşılaştırılması.....	44
Şekil 14. Semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması.....	45

ÖZET

Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Yaygınlığı, Öğrencilerin Konu İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Premenstrüel Sendromun (PMS), üreme çağındaki kadınlarda periyodik olarak âdet dönemlerinin ikinci evresi olan luteal fazda ortaya çıkan, menstruasyon ile hızla iyileşen bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal bozukluklar olarak tanımlanabilir. Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, PMS prevalansının %5 ile %79,9 arasında değiştiği rapor edilmiştir.

Bu çalışmada, Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce eğitim veren Tıp Fakültesi 1. ve 6 sınıfta okuyan, çalışmayan katılmaya gönüllü olan kız öğrencileri arasında PMS yaygınlığının saptanması, öğrencilerin PMS ile ilgili bilgi düzeyleri ve baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlanan araştırmamız, Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesi'nde okuyan birinci ve altıncı sınıf kız öğrencilerinden (n=303) çalışmaya katılmayı kabul edenler (n=92) ile yapılmıştır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilere önceden hazırlanan içinde demografik bilgilerinde olduğu anket hakkında bilgi verilmiş ve bu anketle birlikte Premenstrüel Sendrom Ölçeğini (PMSÖ) doldurmaları istenmiştir.

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler SPSS 25,0 programı yardımıyla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı veya yüzde, nümerik olanlar ise ortalama ve standart sapma şeklinde belirtilmiştir.

Gruplar karşılaştırılırken nümerik verilerde parametrik test şartları karşılanıyorsa bağımsız gruplarda t testi, gerekli koşullar sağlanamamışsa Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında veriler bağımlı ise Mc-Nemar bağımsız ise Ki-kare testinden yararlanılmıştır. Nümerik verilerin

birbirleriyle olan korelasyonlarını incelemek için pearson analizinden faydalanılmıştır. Lojistik regresyon analizi çok değişkenli karşılaştırmalarda oluşturulan modellerin etkinliğini test etmek için kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik sınırı $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: PMS görülme oranı %79,3 oranında tespit edilmiştir. Katılımcıların anne ve kız kardeşlerinde âdet öncesi şikâyet bulunma durumu %60,9 oranında saptanmıştır. Katılımcıların PMS ile başa çıkma yöntemleri incelendiğinde en sık kullanılan yöntemin %39,1 ile uyumak olduğu tespit edilmiştir. Sınıflar PMS ölçeği alt boyutları açısından karşılaştırıldığında anksiyete ve ağrının birinci sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,032$ ve $p=0,038$). Birinci sınıflar ile altıncı sınıflar arasında bilgi puanı açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$). Âdet düzeni, egzersiz, ailede PMS varlığı ve sigara içme durumuna göre oluşturulan bir lojistik regresyon modeli %100 duyarlılığa sahip bulunmuştur.

Sonuç: PMS'nin, Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf da okuyan kız öğrencileri arasında yaygın olarak görülen bir rahatsızlık olduğu belirlenmiştir. Öğrencilere verilecek sağlık eğitimi, danışmanlık veya rehberlik programlarının sorunun çözümüne katkı sağlayabileceği ve öğrencilerin anksiyete ve ağrılarını azaltabileceği öngörülmüştür. Âdet düzeni, sigara kullanma alışkanlığı, düzenli egzersiz yapma ve ailede PMS varlığı bilgileri kullanılarak oluşturulan modelin, tanı koymak için yararlanılan PMS ölçeği ve diğer yöntemlere duyulan ihtiyacı belirlemede etkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel sendrom, yaygınlık, eğitim, tanı.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE PREVALENCE, KNOWLEDGE AND COPING METHODS OF THE FIRST AND SIXTH GRADE MEDICAL STUDENTS ON PREMENSTRUAL SYNDROME

Aim: Premenstrual syndrome (PMS) can be defined as a cognitive, somatic, behavioral, and emotional disorder that occurs in the luteal phase of menstruation in women of reproductive age, which rapidly heals with menstruation. Studies among university students reported that the prevalence of PMS in Turkey ranged from 5% to 79.9%.

This study aimed to determine the prevalence of PMS, to evaluate PMS knowledge levels, and coping methods among voluntary female students enrolled to the 1st and 6th grades of the Turkish or English sections of the Faculty of Medicine at Atatürk University.

Methods: Designed as a cross-sectional descriptive study, this research was conducted with the first and sixth grade female students (n=303) studying at the Turkish or English Medical Faculty at Atatürk University (n=92).

Students volunteered to participate in the study were informed about the questionnaire containing demographic information, and they were asked to fill the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS).

The data were transferred to the computer and analyzed using the SPSS 25.0 program. Categorical variables were given as numbers or percentages, while numerical data were presented as means and standard deviations.

For between-groups comparisons, the independent-samples t-test was used if the parametric test conditions were met, while the Mann-Whitney U test was used for non-parametric conditions. In comparing the categorical data, the Mc-Nemar or Chi-square tests were used for dependent and independent data, respectively. The Pearson's analysis was used to examine correlations between numerical data. Logistic regression analysis was done to test the effectiveness of models created in multivariate comparisons. The statistical significance threshold was set to $p < 0.05$.

Results: The incidence of premenstrual syndrome was 79.3%. Pre-menstrual complaints were present in 60.9% of the participants' mothers and sisters. When the methods of coping with the PMS of the participants were examined, it was found that the most frequently used method was to sleep (39.1%). When the classes were compared in terms of PMS scale sub-dimensions, anxiety and pain were significantly higher in the first grades ($p=0.032$ and $p=0.038$, respectively). A statistically significant difference was also found between the first and sixth grades regarding knowledge scores ($p<0.001$). The logistic regression model created according to the menstrual pattern, family history, exercise, and smoking status had a 100% sensitivity.

Conclusion: PMS is a common disease among Atatürk University Medical Faculty students. It is envisaged that health education, counseling, or guidance programs targeting students can contribute to the solution of the problem and reduce the anxiety and pain of the women. It was evaluated that the model, which was created by using the knowledge of menstrual pattern, smoking habit, regular exercise status, and the presence of menstrual symptoms in the family, can be effectively used in determining the need for the PMS scale and further methods used for diagnosis.

Keywords: Premenstrual syndrome, prevalence, education, diagnosis.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Menarştan başlayıp menopoza kadar devam eden menstrüasyon fizyolojik bir durumdur (1). Her dört kadından üçünün menstrüasyondan önce hafif fiziksel ve zihinsel bozukluklar yaşayabileceği bildirilmiştir (1). Bununla birlikte, PMS gibi âdet bozukluklarının kadınları, aileleri ve sosyal çevreyi olumsuz etkileyebileceği ve bir kısmında sorunları daha ciddi hale getirebileceği ortaya konmuştur (2).

PMS, üreme çağındaki kadınlarda periyodik olarak âdet dönemlerinin ikinci evresi olan luteal fazda ortaya çıkan, menstruasyon ile hızla iyileşen bilişsel, somatik, davranışsal ve duygusal bozukluklar olarak tanımlanabileceği belirtilmiştir (3).

Bu dönemde çok sık görülen belirtiler olarak alınganlık, sinirlilik, gerginlik, dikkatin azalması, huzursuzluk ve unutkanlık olarak sıralanabileceği fiziksel belirtilerden ise en sık iştah değişikliği, memede hassasiyet, akne, ağrı, ödem ve yorgunluk görüldüğü ifade edilmiştir (4). Bunların dışında kadınların bir kısmında çalışma kapasitesinin azalması, okul performansında azalma ve ruhsal durumun bozulduğu da gösterilmiştir (5).

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80-95'inin PMS semptomlarından farklı derecelerde şikâyet ettiği öte yandan, kadınların yaklaşık %5-10'unda tedavi gerektiren ciddi PMS görüldüğü bildirilmiştir Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, PMS prevalansının %5 ile %79,9 arasında değiştiği rapor edilmiştir (6).

Premenstural sorunların, genç kızların yaşamını, günlük aktivitelerini, üretkenliğini yaşam kalitesini etkileyebildiği belirtilmiştir (7). Genç kızın premenstrual dönemde yaşadığı sorunlar, şiddetli olduğunda ve bunlarla baş edemediğinde; beden algısında, yaşam aktivitesinde değişiklik, iş verimliliği, çalışma kalitesi ve kendine olan güvende azalma, kaza potansiyelinde artma, toplumsal ilişkilerinin ve derslere devamının olumsuz etkilenmesi ve eğitim hedeflerine ulaşmada engel gibi problemlere neden olabileceği iddia edilmiştir (5,8-11).

Bu çalışmada öğrencilerin yaşamı ve eğitimini böylesine ciddi bir şekilde etkileme potansiyeli olan PMS'nin tıp fakültesi ğrencilerinde yaygınlığının belirlenmesi, öğrencilerin bu sendrom ile ilgili bilgi düzeylerinin tespit edilmesi ve altı yıllık tıp eğitiminin bu konuda farkındalık oluşturmada yeterli olup olmadığının irdelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrüel Sendrom

2.1.1. Premenstrüel Sendrom'un Tanımı ve Tarihçesi

Tarih boyunca doğurganlığının en önemli işaretlerinden biri olarak kabul edilmiş olan âdet döngüsünün (menstruel siklus), kadının yaşamı boyunca geçirdiği biyolojik ve psikolojik değişimlerden etkilenen bir süreç olduğu belirtilmiştir (12).

Günümüzde kadın sağlığı, toplumların sosyal ve ekonomik kalkınmasının temel faktörlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle, PMS gibi kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığını tehdit eden sorunlara ve hastalıklara dikkat etmek sağlık öncelikleri arasındadır. Âdet döngüsünün luteal safhasındaki fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişikliklerin kombinasyonunun periyodik olarak tekrarlanmasını ifade eden PMS, kadınlar arasında sık karşılaşılan sorunlardan biridir (13).

PMS'nin tarihi arka planının gözden geçirilmesi bu bozukluğun antik çağlarda bile bilindiğini göstermektedir. Hipokrat, âdet döngüsü ile ilişkili davranış değişikliklerinin olduğunu ifade ettiği bilinen ilk kişidir. Âdet görme öncesi baş ağrısı ve ağırlığın nedeninin çıkış yolu arayan endişeli bir kan olduğuna inanıyordu (14). “Bakirelerin Hastalığı” adlı eserinde delusyonlar, mani ve intihar fikirleri gibi bilişsel ve davranışsal belirtilerin akmaktan alıkonmuş menstrüel kanla bağlantılı olduğunu ifade etmektedir (12).

16. yüzyılda Padua Üniversitesi'nden Giovanni da Monte menstrüasyon ile depresyon arasındaki olası bir bağlantıyı vurgularken, 18. ve 19. yüzyıllarda Pinel, Esquirol, Morel, Greissinger ve Sutherland premenstrüel dönem ve menstrüasyonla bağlantılı manik ataklardan söz etmişlerdir. Leacock ise 1840'da kadınların bu dönemde yaşadıkları “histerik semptomların, acayip ve huzursuzluk verici” belirtilerin, mevcut hastalıkların bir alevlenmesi olduğunu bildirmiştir (12).

Frank tarafından 1931 yılında ilk kez belirlenen PMS, cinsel olgunluk çağındaki kadınlarda âdet döngüsünün geç luteal evresinde görülen psikolojik, fiziksel ve davranışsal semptomların bir birleşimidir. Âdetin başlangıcında ve birçok döngüde tekrar eder (15)

Bu durum 1950'lerden sonra hem somatik hem de psikolojik unsurları içeren PMS adı altında tanımlanmıştır. PMS, üreme çağındaki kadınların çoğunda görülmesi ve ulusal harcamalara ciddi bir mali yük getirmesi nedeniyle dikkate değer bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmıştır (16,17).

1987'de daha sonra, bu sendrom Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geç luteal faz disforik bozukluğu olarak tanımlanmış ve 1992'de kontrolden çıkma gibi diğer semptomların da eklenmesinden sonra premenstrüel disforik bozukluk (PMDD) olarak adlandırılmıştır (18).

Birçok araştırmacı PMS'i kadınların yaşamını önemli ölçüde bozan en yaygın psikosomatik bozukluklardan biri olarak görmektedir (19). Kadınların ruh hallerinde veya duygusal hallerinde değişiklikler ve aksamalar içeren PMS oldukça önemlidir, çünkü ruh halleri yaşam tarzını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır (20).

Birçok kadın menstrüasyondan önce rahatsızlık hisseder. PMS'li kadınların, işe gitmemeyi daha çok tercih ettiği, bazen hastanede yatmaları gerekebildiği, zihinsel rahatsızlıklar yaşayabildiği ve hatta intihar etmeye bile çalışabildiği bildirilmiştir (20). Bu günlerde bir sınava veya iş görüşmesine katılmak zorunda kaldıklarında, puan ortalamalarının %13 düşebildiği belirtilmiştir (19).

Bu sendrom bütün yaş gruplarını etkiler; ancak, en sık görüldüğü yaş aralığı 25-45 arasındadır ve tedavi için en sık başvuru dönemi yaşamın üçüncü on yılıdır. Bunun yanında, yaştaki artışın semptomların da artmasında önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (20).

Bazıları bu sendromlu hastaların jinekolojik kliniklere başvuran hastaların % 50'sini oluşturduğuna inanıyor. PMS temel olarak biyolojik, psikolojik veya sosyolojik

olarak âdet döngüsüne bağlı psikososyal bir sorundur (21). PMS'nin nedeni halen tam olarak anlaşılamamıştır ve araştırma sonuçları nedenlerinin ne kadar çok olabileceğine dikkat çekmektedir (20). Genetik faktörler, ailesel kalıtım, cinsiyet hormonlarındaki rol ve değişiklikler, nörotransmitterler ve merkezi sinir sistemi, çevresel faktörler, depresyon, migren ve sosyal ve duygusal destek eksikliği semptomların gelişimini ve şiddetini etkileyebilir (22).

Kadının hayatında her ay tekrarlanan âdet görme her ne kadar sağlıklı olduğunun bir işareti olsa da âdet döngüsünün ikinci yarısında ortaya çıkan semptomlar çoğu kadının yaşamını olumsuz yönde etkiler (23). PMS, âdetlerden önceki günlerde ortaya çıkan ve kişinin işine ya da yaşam tarzına etki eden ve ardından semptomsuz bir döneme giren somatik ve duygusal semptomların döngüsel bir olgusudur (24). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (ACOG), PMS'yi, önceki üç âdet döneminin her birinde âdetlerden önceki 5 gün içinde ortaya çıkan ve âdetin başlamasından birkaç gün içinde (yaklaşık dört gün) sona eren herhangi bir organik hastalıkla ilişkili olmayan fiziksel ve duygusal semptomların döngüsel varlığı ile karakterize edilen klinik durum olarak tanımlar (25).

PMS’de fiziksel semptomların yanında, depresyon, anksiyete, sinirlilik, güven kaybı ve ruh hali değişiklikleri gibi çok çeşitli psikolojik semptomları da kapsar. Premenstrüel dönemde aşırı yeme ve iştah artışı, kilo alımı, ödem, meme hassasiyeti, eklemlerde şişlik ve ağrı, karın ağrısı, mide problemleri, bel ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve sersemlik, ellerde ve ayaklarda terleme, yorgunluk, sivilce gibi cilt problemleri, uykusuzluk ve kısa süreli uyuşukluk, libido azalması, depresif ruh hali, öfke patlamaları, sinirlilik, ağlama nöbetleri, anksiyete, huzursuzluk ve kafa karışıklığı gibi problemler gözlenmiştir.

PMS tanısında semptomun tipinden çok zamanlama ve günlük aktivite üzerindeki etki derecesi önemlidir. Bireysel bir hastadaki semptomların karakteri tanıyı etkilemez. Fizyolojik menstrüel semptomları PMS'den ayırt etmek için, menstrüel siklusun luteal fazı sırasında semptomların bireyde önemli bir bozulmaya neden olduğu kanıtlanmalıdır (26).

APA şiddetli PMS veya PMDD tanısı için de kriterler belirlemiştir (27).

2.1.2. Premenstrüel Sendrom Yaygınlığı

PMS prevalansı için yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkelere göre farklı oranlar göze çarpmaktadır. Kraliyet Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji, 10 kadından 4'ünde premenstrüel semptom olduğunu ve %5-8'inin PMS'den ciddi şekilde etkilendiğini bildirmiştir (4). Fransa'da PMS'nin en düşük (% 12), İran'da ise en yüksek oranda (% 98) görüldüğü rapor edilmiştir (28).

Tablo 1. Ülkelere göre PMS yaygınlığı

Araştırmacı	Yıl	Katılımcı Sayısı	Ülke	Yaygınlık (%)	%95 Aralığı	Güven
Jabeen	1996	200	Pakistan	41	34-48	
Silva	2003	1395	Brezilya	60	58-63	
Potter	2003	2863	Fransa	12	10.8-13.2	
Antai	2004	200	Nijerya	85	80.1- 89.9	
Tabassum	2004	384	Pakistan	53	47.8-58.2	
Bakhshani	2005	300	İran	98.2	96.7-99.7	
Sibel	2006	1992	Türkiye	79	74.9-83.1	
Nisar	2006	172	Pakistan	51	43.5-58.5	
Rizk	2006	700	Birleşik Emirlikleri	Arap 16.8	14-19.6	
Knauss	2007	3518	İsviçre	19	17.7-20.3	
Erbil	2007	300	Türkiye	49.7	44-55.4	
Tschudin	2007	3913	İsviçre	10	9.1-10.9	
Lete	2008	2018	İspanya	73	70.8-75.2	
Butsripoom	2009	161	Tayland	16.8	10.9-29.7	
Carlos	2009	1053	Brezilya	60	57-63	
Lakshmi	2011	300	Hindistan	67	61.7-72.3	
Qiao	2011	947	Çin	21	19.8-22.2	
Toplam		18803		47.8	32.6-69.9	

Ülkemizde de PMS oldukça yaygındır ve özellikle genç yaş grubundaki kadınlarda yapılan çalışmalarda yüksek oranlar (%66-91,8) bildirilmiştir (29,30). Diğer ülkelerde ergenlerde PMS prevalansı, çalışılan popülasyona ve kullanılan tanı önlemlerine bağlı olarak %10 ile %53 arasında değişmektedir (31–34).

Üreme çağındaki kadınların %80'inin âdet döngüsünün premenstrüel fazında âdet ile ilgili değişiklikler yaşadığı bildirilmiştir (35). Kadınların yaklaşık %20'si bu semptomların günlük aktivitelerden uzaklaştırdığını, %10'u ise semptomların tıbbi yardım gerektirecek kadar ağır olduğunu belirtmiştir (36). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki ergen kızlarda PMS prevalansının %70-90 arasında olduğu belirtilmiştir (35). Türkiye'de yapılan toplum bazlı çalışmalarda PMS prevalansı 15-49 yaş grubundaki kadınlarda %5,9 ile %76 arasında, 15-25 yaş grubundaki kadınlarda ise %17,2 ile %67,5 arasında bulunmuştur (37).

2.1.3. Premenstrüel Sendrom'un Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri

Yaşam kalitesi, refah duygusunu ve günlük işleyiş duygusunu etkileyebilecek subjektif semptomları temsil eden çok boyutlu bir sağlık konseptidir. Refah algısı, fiziksel, psikolojik, sosyal fonksiyon ve rol problemleri gibi önemli alanlar üzerinde araştırma yapmaya çalışır.

PMS'nin, ergenlerde yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığı ve PMS semptomlarındaki şiddetin artması ile psikolojik durum ve canlılıktaki bu azalmanın arttığı belirtilmiştir (38).

PMS, mesleki verimliliğin azalmasına, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşmesine, özel sağlık hizmetlerine bağımlılığın artmasına ve kişilerarası ilişkilere ve günlük yaşam aktivitelerinde olumsuz etkiye yol açabilir (39). PMS, bireyin kapasite kaybına, ekonomik kayıplara, kaza potansiyelindeki artışa, kaygı, depresyon gibi sağlık sorunlarına yol açmakta ve dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir (39). Ayrıca, PMS hipertansiyon riskini artırabilir (40), işle ilgili yaşam kalitesini (30) azaltabilir, kolej sporcularının atletik performansını ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilir (41).

Bazı araştırmacılar PMS'li kadınlarda cinsel istismara maruz kalma ve stresle başa çıkma becerilerinde azalmanın daha sık olduğunu belirtmiştir (42,43). Ayrıca PMS'li hastaların ailelerinde çocuk problemleri ve aile içi şiddet bildirilmiştir (44). Bu anlamda, PMS sadece bireyi değil aynı zamanda ailesini ve yaşadığı topluluğu da etkileyebilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelerde PMS varlığının işle ilgili ve bireysel kişisel puanları azalttığını göstermiştir (30). Bu çalışmaya göre PMS'li hemşirelerde iş ve kariyer memnuniyet düzeyleri düşmüş, kendilerini daha az iyi hissetmiş, aile ve iş taahhütlerini dengeleyen daha fazla sorun yaşamış, işyerinde daha fazla strese girmiş, işyerinde kendilerini etkileyen kararlara daha az dâhil olmuş ve çalışma koşullarından daha az mutlu olmuşlardır.

Premenstural sorunların, genç kızların yaşamını, günlük aktivitelerini, üretkenliğini yaşam kalitesini etkileyebildiği belirtilmiştir (7). Genç kızın premenstrual dönemde yaşadığı sorunları, şiddetli olduğunda ve bunlarla başedemediğinde; beden algısında, yaşam aktivitesinde değişiklik, iş verimliliği, çalışma kalitesi ve kendine olan güvende azalma, kaza potansiyelinde artma, toplumsal ilişkilerinin ve derslere devamının olumsuz etkilenmesi ve eğitim hedeflerine ulaşmada engel oluşturabileceği iddia edilmiştir (5,8–11).

2.1.4. Premenstrüel Sendrom'un Patofizyolojisi

PMS yıllardır tıbbi bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen etyopatogenezindeki gizem hala tam olarak aydınlatılabilmiş değildir (

Tablo 2). Hormonlar arasında varolan karmaşık ilişkiler, bazı kadınların neden diğerlerinden daha fazla acı çektiği konusunda fikir verebilir. Örneğin, öncelikle hamilelik sırasında memenin gelişimini düzenlemede rol oynayan bir hormon olan prolaktinin yükselmesi, PMS, âdet düzensizlikleri ve meme hassasiyeti ile ilişkilendirilmiştir buna karşın düşük seviyelerde tiroid hormonunu depresyon, yorgunluk ve ağır âdetlere yol açıyor olabilir (45).

2.1.4.1. Hormonal Etkiler

PMS'li kadınlarda hormon düzeylerini karşılaştıran çalışmalarda bir fark bulunamamasına rağmen, luteal fazda progesteron eksikliği veya anormal derecede yüksek östrojen-progesteron oranı, yıllardan beri luteal fazda PMS'nin kökenine dair popüler bir teoridir (46).

1950'lerde, Dr. Katherina Dalton bu teoriyi öne süren ilk kişidir. Dr. Dalton, enjeksiyon, fitiller veya deri altı pellet formunda doğal progesteron uygulamış; çalışmadaki kadınların %83'ü, PMS semptomlarının tamamen düzeldiğini bildirmiştir (47). Ancak çalışmanın katı katılım kriterleri nedeniyle, PMS'li kadınların sadece %18'i bu tedavi için uygun adaylar gibi görülmüştür. Yetersiz veri nedeniyle, bu konuda uygun şekilde yapılmış iki klinik araştırmanın Cochrane incelemesi progesteronun PMS için yararlı olup olmadığını belirleyememiştir (48).

2.1.4.2. Prolaktin

Prolaktin seviyeleri ovulasyonda pik yapar ve genellikle âdet döngüsünün luteal evresi sırasında yüksek kalır. Prolaktin fazlalığı âdet düzensizlikleri, azalmış libido, depresyon ve karşıtlık duygusu ile ilişkilidir (49). Bazı otoriteler âdet düzensizliği olan kadınların %62'sinde prolaktin yükselmesinin olduğunu öne sürmektedir (50). Prolaktin meme stimülasyonunda rol oynar âdet öncesi meme hassasiyeti ile ve ilişkili olabilir. Bununla birlikte, PMS'li kadınlarda tutarlı bir anormallik bulunamamıştır (46).

2.1.4.3. Aldosteron

Aldosteron seviyeleri normalde yumurtlama döneminde yükselir ve âdet döngüsünün luteal fazında yüksek kalır. Aldosteronun bu yükselmesi, ödem, meme şişmesi, karın şişkinliği, kilo alımı ve baş ağrıları gibi PMS'nin konjestif semptomlarından sorumlu olabilir. Bununla birlikte, semptomatik ve asemptomatik kadınlar arasında aldosteron düzeyinde kesin bir farklılık literatürde bildirilmemiştir (51).

2.1.4.4. Endojen Opioidler

Ovulasyondan sonra beta-endorfin seviyelerinde bir artış gözlemleyen bazı araştırmacılar, PMS'li kadınların dolaşımdaki bu endojen opioidlerden daha düşük bir seviyeye sahip olabileceğini ya da âdet döngüsünün luteal evresinde ağrı ve depresyona daha fazla duyarlılık yaşamalarına neden olan ani bir geri çekilme olabileceğini varsaymışlardır (52).

2.1.4.5. Hipoglisemi

Vücudun âdet döngüsünün luteal fazındaki insüline daha duyarlı olmasından dolayı bazı araştırmacılar geçici hipogliseminin bazı PMS semptomlarını açıklayabileceği hipotezini ileri sürmüşlerdir (45).

2.1.4.6. Prostaglandinler

Prostaglandinler meme ağrısı, sıvı tutulumu, karın krampları, baş ağrıları, sinirlilik ve depresyon ile ilişkilidir (53). Premenstrüel fiziksel şikâyeti veya dismenoresi bulunan hastaların prostaglandin inhibitörlerine olumlu cevap verdiği gösterilmiştir (45).

2.1.4.7. Psikososyal Teori

Duygusal ve fiziksel stresörlerin âdet döngüsünü etkilediği bulunmuştur. Seyahat, hastalık, stres, hava durumu değişiklikleri ve diğer çevresel faktörler yumurtlamayı, âdet döngüsünün uzunluğunu ve PMS'nin şiddetini etkileyebilir (54). PMS'nin varlığı ve şiddetinde kültürel, toplumsal ve kişisel tutum da rol oynar. Çevrenin, psikolojik yapının ve fizyolojinin dinamik etkileşimi, tedaviye entegre bir biyopsikososyal yaklaşım gerektirir (45).

Tablo 2. PMS'nin Olası Nedenleri

Hormonal faktörler	Östrojen eksikliği Östrojen fazlalığı Yüksek östrojen / progesteron oranı Progesteron eksikliği Prolaktin fazlası Beta-endorphin eksikliği
Sıvı ve elektrolitler	Aldosteron fazlalığı Vazopressin fazlası Yüksek sodyum / potasyum oranı Renin-anjiyotensin anomalileri
Nörotransmitterler	Serotonin eksikliği Kortizol fazlalığı Hipoglisemi Azaltılmış glukoz toleransı Tiroid anomalileri Adrenal yetmezlik
Prostaglandinler	Prostaglandin fazlalığı Prostaglandin eksikliği Esansiyel yağ asidi eksiklikleri
Vitaminler ve mineraller	Piridoksin eksikliği A vitamini eksikliği E vitamini eksikliği Magnezyum eksikliği Kalsiyum fazlalığı Kalsiyum eksikliği Potasyum eksikliği İz mineral eksikliği Çinko eksikliği Dopamin eksikliği Norepinefrin eksikliği Düşük trombosit monoamin oksidaz aktivitesi
Kalıtsal Faktörler	Genetik risk
Psikolojik faktörler	Âdet döngüsü hakkında inançlar Bir arada var olan psikiyatrik bozukluklar Zayıf baş etme becerileri Zayıf benlik saygısı
Sosyal faktörler	Güncel evlilik ve cinsel ilişkiler Eski evlilik ve cinsel ilişkiler Sosyal stres Psikoseksüel deneyimler PMS ile ilgili kültürel tutumlar PMS ile ilgili toplumsal tutumlar Kötü sosyal ağ

Diğer birçok sendrom gibi, PMS de çeşitli genetik faktörler ile (ırk/etnik köken) ve yaşam tarzı (en etkili faktörler arasında görülen diyet faktörleri gibi) arasındaki etkileşimin bir sonucudur (55–57). Literatür, kültürel bağlam/etnisite ile PMS ve diğer âdet öncesi bozukluklar arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (58,59). Kızların menstruasyonla nasıl başa çıktıkları inançlar ve kültürlerden (hijyenik bir kriz olarak görme veya Mısırlı ergen kızlar için yapılan araştırmalarda bildirildiği gibi, bir gizlenme kültürüne neden olan gizli bir olay olarak gösteren bazı inançların varlığı gibi) etkilenir (58). Ayrıca, menstrüasyon döneminde kızların menstrüel ağrıyı hafifletmek için kullandıkları, ısıtma yastığı, dinlenme, bitkisel içecekler, egzersiz ve kontraseptif olmayan kullanımı da dâhil olmak üzere farklı önlemlerde kültürden etkilenir (60).

2.1.5. Premenstrüel Sendrom'un Semptomları

150'den fazla semptom PMS ile ilişkilendirilmiştir; En yaygın olanları Tablo 3'te listelenmiştir.

Tablo 3. PMS belirtileri

Karın şişkinliği	Uykusuzluk hastalığı
Akne	İrritabilite
Kaygı	Eklem ağrısı
Sırt ağrısı	Letarji
İştahta değişim	Düşük libido
Sakarlık	Kendine güvensizlik
Kabızlık	Ruh hali
Depresyon	Sinirlilik
İshal	Sosyal izolasyon
Baş dönmesi	Şeker isteği
Yorgunluk	İhale göğüsleri
Baş ağrısı	Ödem

2.1.6. Premenstrüel Sendrom'un Tanısı

APA, daha şiddetli bir PMS formu olan PMDD için DSM-V'te tanısal kriterler yayınlamıştır. Buna göre PMDD tanısı alabilmek için, bir kadının aşağıdaki belirtilerden en az beşi olmalı ve bu semptomlar döngüsel olarak ortaya çıkmalı ve kişinin normal aktivitelerini etkileyebilecek kadar ciddi olmalıdır:

1. Üzüntü ya da umutsuzluk hissi; olası intihar düşünceleri,
2. Gerginlik veya kaygı hissi
3. Moral salınımının yırtılma süreleri ile işaretlenmesi
4. Kalıcı sinirlilik veya öfke
5. Günlük aktivitelere ve ilişkilere ilgisizlik
6. Odaklanmada zorluk
7. Yorgunluk veya enerji azlığı
8. Aşırı iştah veya iştahsızlık
9. Uyku problemleri
10. Kontrolden çıkmış hissetme
11. Şişkinlik, meme hassasiyeti, baş ağrısı ve eklem veya kas ağrısı gibi fiziksel belirtiler.

APA 1994'te yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının dördüncü sayısına yapılan bu ekleme PMDD'yi geçerli bir hastalık olarak tanımak için yararlı olsa da, davranışsal yönlerin bozukluğun ana odağını oluşturması rahatsız edicidir. Bir kadının vücudunda gerçekleşen çok sayıda fizyolojik ve hormonal etkileşim ile birlikte, semptomların çeşitliliği için çok sayıda açıklama var gibi görünmektedir. Bu nedenle, çok sayıda tedavinin yardımcı olabileceğini ve bütün ilaç yollarının evrensel olarak etkili olmadığını varsaymak mantıklıdır.

2.1.7. Premenstrüel Sendrom' un Klinik Olarak Değerlendirmesi

Anemi ve hipotiroidizmi dışlamak için pelvik değerlendirme ve laboratuvar testleri de dâhil olmak üzere tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Bir prolaktin testi dâhil edilebilir. Kadının, klinisyenin semptomlarının ne olduğunu ve bunların

âdetleriyle ilişkisini görmesini sağlamak için en az iki tam âdet döngüsü boyunca, günlük olarak semptomlarını kaydetmesi, son derece yararlı bir yaklaşımdır.

Klinisyen, PMS'yi maskeleyebilecek diğer tıbbi durumları da göz önünde bulundurmalıdır. Bir çalışmada, PMS şikâyetiyle başvuran kadınların %75'inde, semptomların nedeninin başta majör depresyon ve diğer duygudurum bozuklukları olmak üzere başka bir tanı olduğunu tespit etmiştir (45).

PMS ve PMDD için değerlendirme yapılırken semptomların zamanlamasını belirlemek esastır. Belirtiler luteal evrede ortaya çıkmalı ve âdetin başlamasından kısa bir süre sonra çözülmelidir. Depresyon veya anksiyete gibi diğer koşullar luteal dönemde kötüleşebilir, ancak âdet döngüsü boyunca devam ettikleri için PMS'den ayırt edilebilir. Migren, anemi, endometriozis ve hipotiroidizm PMS veya PMDD'ye benzer semptomlar üretebilir ve ayrıca düşünülmelidir. Tanısal laboratuvar testleri veya görüntüleme, alternatif tıbbi tanıları ekarte etmemelidir (62).

2.1.8. Premenstrüel Sendrom Tedavisi

PMS ve PMDD tedavisi, fiziksel ve psikiyatrik semptomların giderilmesine odaklanır. Kullanılan ilaçların birçoğu, yumurtlamanın baskılanması yoluyla vücudun hormonal aktivitesini ele alırken, diğerleri, beyindeki serotonin, norepinefrin veya dopamin gibi nörotransmitterlerin konsantrasyonunu etkiler. Farklı etki mekanizmalarına sahip üçüncü bir tamamlayıcı veya alternatif ajan grubu da kullanılır. ABD'de , seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) birincil tedavi için onaylanmıştır. SSRI'lar psikiyatrik ilaçlar olarak kabul edilmekle birlikte, premenstrüel bozuklukları tedavi etmek için kullanıldığında çoğu hastada fiziksel ve psikiyatrik semptomları iyileştirir (63). Tedavi hastanın toleransına ve ilaca verilen cevaba göre uyarlanmalıdır.

2.1.8.1. Farmakolojik Tedaviler

2.1.8.1.1. Serotonerjik Antidepresanlar

PMS ve PMDD'nin ciddi semptomları için birinci basamak tedavidir. Sertralin, paroksetin, fluoksetin, sitalopram ve essitalopram, PMS ve PMDD'nin psikiyatrik semptomlarını tedavi etmek için kullanılabilir ve bazı fiziksel semptomları hafiflettiği gösterilmiştir (63). 2013 yılında yapılan bir Cochrane incelemesi, SSRI'ları, PMS'nin semptomlarını gidermek için plasebo ile karşılaştıran 31 randomize kontrollü çalışmayı analiz etmiş (62). Çalışılan beş SSRI'dan her birinin, sürekli veya sadece luteal faz sırasında alındığında hastanın bildirdiği semptomlar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı yararları olduğu görülmüştür (63), ancak luteal faz uygulamasını sürekli uygulama ile karşılaştıran daha doğrudan çalışmalara ihtiyaç vardır (62). Yan etkiler bulantı, asteni, yorgunluk ve cinsel işlev bozukluğunu içerir (63). Bu metaanalizde bütün SSRI preparatları, psikiyatrik belirtiler için etkili olarak görünmüş ve bunların tolere edilebilirliği iyi olarak yorumlanmıştır. Fiziksel semptomların giderilmesi için daha yüksek dozlara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (63). Bupropion (Wellbutrin), PMS veya PMDD'nin semptom hafifletilmesinde etkili olmadığı rapor edilmiştir (63).

2.1.8.1.2. Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri

Venlafaksin gibi Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI), ağırlıklı olarak psikolojik semptomları olan kadınlarda PMDD'yi tedavi etmek için etiket dışı kullanılmıştır (64). 3-4 haftalık bir kullanımdan sonra ilacın etkisi ortaya çıkar.

2.1.8.1.3. Ketiapin

Bu antipsikotik PMS veya PMDD hastalarında bir SSRI veya SNRI ile ek bir tedavi olarak incelenmiştir. Amaç, yalnızca SSRI veya SNRI tedavisine cevap vermeyen kadınlarda luteal faz ruh halini iyileştirmek olduğu bildirilmiştir (65). Küçük bir çalışmada, 25 mg ketiapin üzerinde 20 kadın başlatılmış ve üç adet âdet

döngüsü izlemiştir. Luteal faz duygudurum değişkenlik, anksiyete ve sinirlilik ketiapin grubunda azalma görülmüştür (65).

2.1.8.1.4. Oral Kontraseptifler

Çalışmalar oral kontraseptiflerin PMS veya PMDD'nin fiziksel ve psikiyatrik semptomlarının tedavisinde fayda sağladığını göstermiştir (66). Günlük kaydedilen problemlerin ciddiyetinin (The Daily Record of Severity of Problems (DRSP)) incelendiği dört orta kaliteli çalışmaya göre kadınlarda sürekli oral kontraseptif kullanımı (90 mcg levonorgestrel / 20 mcg ethinyl estradiol) her ne kadar sonuçlar biraz tutarsız olsa da, depresif ve fiziksel semptomlarda bir iyileşmeyi (%30'dan %59'a kadar) sağladığı tespit edilmiştir (66). Bu çalışmalarda PMDD'li kadınlarda daha yüksek bir plasebo yanıtı olduğu; özellikle psikiyatrik semptomları olanlarda plaseboya cevabın dolayısıyla iyileşme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrı bir PMDD çalışması, DRSP skorlarında en yüksek iyileşme oranının 112 gün boyunca sürekli tedavi ile elde edildiğini bildirmiştir (67).

Drospirenon içeren oral kontraseptifler 2012 yılında yapılan 1.920 kadın ile beş çalışmanın analiz edildiği Cochrane incelemesi ile değerlendirilmiştir (68). Buna göre, drospirenon kombinasyonlu hapların PMDD'li kadınlarda üretkenlik ve sosyal işlevsellikteki düşüşü azalttığı gösterilmiş, ancak PMS'li hastalar için yeterli fayda sağladığına dair kanıt bulunamamıştır. Drospirenonlu ve drospirenonuz oral kontraseptifler abdominal şişkinlik, mastalji, baş ağrısı, kilo alımı ve ekstremitelerde şişliklerinin giderilmesinde etkili gibi görünmektedir. Daha fazla analiz için üç aydan uzun süren çalışmalara ihtiyaç olduğu değerlendirilmiştir (68).

2.1.8.1.5. Diğer İlaçlar

Kalsiyum takviyesi PMS tedavisi olarak kullanılmıştır. PMS ve duygudurum dengesizliği olan kadınların, kalsiyum seviyelerinde döngüsel değişikliklere sahip olduğu belirtilmiştir (69). Bunun etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Başka bir psikiyatrik tanı olmadan PMS kriterlerini karşılayan 179 Tahran Üniversitesi öğrencisinin alındığı randomize kontrollü bir çalışma, üç ay boyunca günde iki kez

500 mg ilave kalsiyum karbonat alan kadınlarda depresyon, iştah problemleri ve yorgunlukta %50'lik bir azalma bulunmuştur (70). Bu sonuç, günde 1.200 mg kalsiyum karbonat ile takviye edilmiş 400'den fazla kadının ABD'de yaptığı bir çalışmada da gösterilmiştir (69).

Bir çalışmada, 401 kadın 16 yıl boyunca takip edilmiş ve PMS olanlar ile yapmayanları olmayanlar karşılaştırılmış ve sonuçta D vitamini seviyelerinin düşük PMS riski ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (71). D vitamininin PMS ve PMDD semptomlarının tedavisi için kullanımının değerlendirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. B₆ Vitamini günde 80 mg'lık dozda PMS'nin psikolojik semptomlarını tedavi etmek için çalışılmış ve önerilmiştir, ancak bu çalışmalar küçüktür ve birinci basamakta tedavi olarak önermek için daha fazla veriye ihtiyaç vardır (72).

Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği rehberleri, luteal faz semptomlarını ortadan kaldırarak PMS ve PMDD'nin potansiyel tedavisi olarak gonadotropin salgılayan hormon agonistlerine değinmiştir (73). Bu ilaçlar 1980'lerden beri kullanılmış ve etkili olmasına rağmen, uzun süreli kullanımda artmış kardiyovasküler ve osteoporoz riskleri nedeniyle pratik bulunmamıştır (73). Uzun süreli kullanıcılar, çoğu zaman hipo-östrojenik etkilerinin önüne geçmek için hormon eklenme tedavisine ihtiyaç duyar ve bu da PMS semptomlarının geri dönmesine neden olabilir (74).

2.1.8.2. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

2.1.8.2.1. Yaşam tarzı değişiklikleri

PMS nin tedavisinde ilk ve en önemli adım (diyet, egzersiz siagaranın bırakılması gibi) yaşam tarzı değişiklikleri olmalıdır (75). Yaşam tarzı değişiklikleri farmakolojik tedaviye gerek duymadan hafif ve orta PMS belirtilerini ortadan kaldırabilir (75).

2.1.8.2.2. Diyet

PMS'nin bazı semptomlarının azaltılması için birçok diyet takviyesi önerilmiştir. Bununla birlikte, sadece bir takviyenin - kalsiyumun, büyük, titiz, çift kör, plasebo kontrollü bir denemede önemli yararı olduğu gösterilmiştir. Sınırlı kanıtlar magnezyum, E vitamini ve karbonhidrat takviyelerinin de faydalı olabileceğini düşündürmektedir, ancak bu bulguları doğrulamak için ek araştırmalara ihtiyaç vardır (76). B6 vitamini takviyesi ile ilgili çalışmalar çelişkili sonuçlara sahiptir ve uzun süreler boyunca alınan bu vitaminin yüksek dozları nörolojik semptomlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Çuha çiçeği yağının denemelerinde de çelişkili sonuçlar olmuştur; en sıkı iki çalışma hiçbir faydalı kanıt gösterememiştir (76). PMS semptomlarını azaltmak için çeşitli bitkisel ürünler önerilmektedir. Bilimsel araştırmalardan elde edilen tutarlı veri eksikliğinden dolayı bu ürünlerin etkinliği belirsizdir. Sağlık uzmanları, bu takviyelerin olası kullanımının farkında olmalı ve PMS'li kişilere bu ürünleri kullanmalarını sormalı ve kanıtların bütünlüğüne dayanarak onlara tavsiyede bulunmalıdır.

2.1.8.2.3. Egzersiz

Egzersizin PMS üzerindeki etkileri üzerindeki araştırmalar çelişkilidir. 2009 yılında PMS ile egzersiz ilişkisinin araştırıldığı bir derlemeye göre bu konudaki çalışmalar yetersizdir ve ACOG, düzenli aerobik egzersizin, egzersizin etkinliği ile ilgili kanıta dayalı politika önerileri yapmak için PMS'yi rahatlatmaya yardımcı olabileceğini söylese de, daha kaliteli araştırmalar gerektiğini bildirmiştir (77).

2018 yılında yapılan bir çalışma ise PMS'li kişilerde 8 haftalık düzenli aerobik egzersiz yapmak, sendromun bazı fiziksel semptomlarında anlamlı derecede bir azalmaya neden olacağı gösterilmiştir. Bu nedenle, üreme çağındaki bütün kadınlara özellikle de PMS'li olanlara düzenli bir egzersiz programı yapılması önerilmiştir (78).

2.1.8.2.4. Bitkisel Tedaviler ve Akupunktur

PMS yönetiminde etkinlik iddialarının klinik deneylerle kanıtlanması nadirdir. Tanımlanan çalışmalardan biri, Qiao 2002'nin PMS tedavisinde Jingqianping'in etkinliği konusunda iyi tasarlanmış ve rapor edilmiştir. Ancak, şu anda, Çin bitkisel ilaçlarının PMS için kullanılmasını destekleyen kanıtlar yetersizdir ve ayrıca, herhangi bir nihai sonuca varılmadan önce iyi kontrol edilen çalışmalara ihtiyaç vardır (79).

PMS için Çin bitkisel takviyelerinin 2010 Cochrane incelemesi de, kullanımlarını destekleyecek kadar güçlü kanıtlar bulamamıştır. Çalışmalar arasında safran, St. John's wort, ginkgo, vitex agnus-castus, nane, angelica kökü, ejderha dişleri, zerdeçal, mandalina yaprağı ve acı portakalın kullanımı değerlendirilmiştir (79).

Sınırlı düzeydeki kanıtlar, akupunktur ve bitkisel ilaç gibi alternatif tıbbi müdahalelerin PMS ve PMDD kontrolünde etkinliğini desteklemektedir. PMS ve PMDD tedavisinde akupunktur ve bitkisel ilaçlar, başlangıç durumuna göre semptomlarda %50 veya daha çok azalma göstermiştir. Hem akupunktur hem de bitkisel tıbbi müdahalelerde, müdahalelerin çoğu %50'nin üzerinde PMS/PMDD ile ilişkili semptomların hafiflemesini sağlarken, müdahalelerin güvenliğini kanıtlayan ciddi bir olumsuz olay bildirilmemiştir. Daha katı tanı kriterleri ile yapılan analizler, bazı çalışmaları dışlamış olabilir. Ayrıca, semptomların ciddiyetine bağlı olarak, çalışmaların sonuçlarındaki iyileşme oranı büyük ölçüde farklılık gösterebilir (80).

2.1.8.2.5. Bilişsel Davranış Terapisi

2009'da yapılan bir meta-analiz, üçü randomize kontrollü çalışma olan yedi deneyi analiz etmiş ve PMS veya PMDD hastaları için işlevsellik ve depresyon puanlarında düzelme görülmüştür (81). Bu çalışmalarda tedavinin sıklığı ve süresi tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, sonuçlar farkındalığa dayalı egzersizlerin ve kabul bazlı Bilişsel Davranış Terapisi (BDT)'nin semptomların azaltılmasında yardımcı olabileceğini göstermiştir. BDT'nin birinci basamak tedavi olarak kullanılmasını desteklemek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

PMDD olan kadınlarda 6 ay süren randomize kontrollü bir tedavi çalışmasında, bir gruba fluoksetin (20mg/g), ikinci gruba BDT (on oturum), üçüncü gruba kombine tedavi (fluoksetin+BDT) verilerek tedavilerin rölatif etkinliğini değerlendirmiştir. Tedavi sonrası bir yıl boyunca izlem yapıldığında; 6 aylık tedavi sonrası bütün tedavi gruplarında belirgin iyileşme gerçekleştiği saptanmıştır. Fluoksetin alan grupta daha hızlı bir gelişme tespit edilmiştir, ancak, izlemde BDT'nin fluoksetinle kıyaslandığında tedavi yan etkileri bakımından daha iyi olduğu gözlenmiştir. Tedavileri kombine etmenin ek bir yararı görülmemiş ve tedavi gruplarında etkinlikte bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir (82).

2.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Gençdoğan tarafından geliştirilmiş olan PMSÖ; premenstrüel semptomların şiddetini ölçen, beş seviyeli 44 maddeden oluşan (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeği puanlarken, “hiç” seçeneği bir, “çok az” seçeneği iki, “bazen” seçeneği üç, “sık sık” seçeneği dört ve “sürekli” seçeneği beş puan olarak değerlendirilmeye alınmıştır (1). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220 olarak belirlenmiştir. (EK 1)

PMSÖ dokuz alt boyut (depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik) ve ölçeğin tamamından alınan toplam puan değerlendirilebilmektedir. PMSÖ' nün 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7.maddeleri depresif duygulanım, 8., 9., 10., 11., 13., 15.ve 16. maddeleri anksiyete, 12., 14.,17., 18., 25. ve 37. maddeleri yorgunluk, 19., 20., 21., 22. ve 23. maddeleri sinirlilik, 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. maddeleri depresif düşünceler, 31., 32., 33. maddeleri ağrı, 38., 39., 40. maddeleri iştah değişimleri, 41., 42., 43. maddeleri ise şişkinlik olmak üzere toplamda 9 alt boyutu bulunmaktadır (3). Sonuçlar değerlendirilirken toplam ve alt boyutlar için alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçmiş olma durumu dikkate alınmaktadır. %50'yi geçen olgularda PMS varlığından söz edilebilmektedir. Puan artıka PMS belirtilerinin daha yoğun yaşandığı değerlendirilmesi yapılmaktadır.

2.2.1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği

İçerik (kapsam) geçerliliği için yapı geçerliliğine benzer ölçek geçerliliğinden yararlanılmıştır. Çalışmada PMSÖ ve geriye dönük premenstrüel değerlendirme formu birlikte kullanılmış ve korelasyon değeri 0,72 olarak bulunmuştur (61).

PMSÖ'nün yapı geçerliliğini saptamak için faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda 9 alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Tüm faktörlerin varyansın %70,51'ini açıkladığı bulunmuştur (1).

Güvenirliliğe yönelik olarak madde toplam puan korelasyonu incelenmiş ve PMSÖ toplam puan korelasyonu 0,40-0,87 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa analizleri yapılmış; her bir alt boyutun Cronbach Alfa değerinin sırasıyla; 0,76-0,91 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanda Cronbach Alfa Katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Çalışma toplam puan Cronbach Alfa Katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (1).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 2019-2020 öğretim döneminde Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf kız öğrencileri ile yapılmıştır.

3.3. Araştırma Ortamı

Araştırmamız Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf kız öğrencileri arasından gönüllü olanlar (n=92) ile yapılmıştır. Her iki fakültenin 2019-2020 döneminde birinci sınıflarında toplam 148 kız öğrenci, altıncı sınıflarında ise toplam 155 kız öğrenci, olmak üzere toplamda 303 kız öğrenci bulunmaktadır.

3.4. Araştırma Tasarımı

Araştırmanın raporlanması STROBE kriterlerine (83) uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Akademik Kurulu'na gönderilen tez konusu onay formu ile uygunluk alınmıştır (EK 2).

3.5. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıfta okuyan kız öğrenci olmak,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak.

3.6. Değişkenler

Çalışmamızın ana değişkeni PMS varlığı olarak belirlenmiştir. Diğer değişkenler aşağıda sıralanmıştır:

- Yaş
- Boy (cm)
- Ağırlık (kg)
- Ekonomik durum algısı
- Sigara kullanma durumu
- Haftada en az üç kez ve en az 20 dk egzersiz yapma durumu
- Günlük bir fincandan fazla kahve tüketme durumu
- Annede veya kız kardeşte âdet öncesi şikâyetler olma durumu
- Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma durumu
- Alkol kullanma durumu
- İlk âdet yaşı
- Âdet peryodu (gün)
- Âdet süresi (gün)
- Doğum kontrol hapı kullanma durumu
- Âdet dönemlerinde genellikle ağrı yaşama durumu;
- Bilgi soruları:
 - Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur?
 - PMS en sık hangi yaş aralığında görülür?
 - Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz?
 - PMS'nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir?
 - PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır?
 - PMS kimlerde nispeten az görülür?
 - PMS tanısı nasıl konur?
 - PMS tanısı koymak için aşağıdakilerden hangisi zorunludur?
 - PMS hangi fazda başlar?
 - Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır?

- Son üç âdetde depresyon, öfke nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olma durumu
- Son üç âdetde meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması;
- PMSÖ,
- Kendi algısına göre PMS varlığı
- PMS ile başa çıkma yöntemleri veya kullandığı maddeler

PMS ile ilgili bilgi soruları puanlanarak doğru cevap yüzdesi olarak sunulmuştur.

3.7. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma için Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmış (Tarih: 07.11.2019 Toplantı No:07 Karar No:27, EK 2) ve araştırma Helsinki bildirgesine uygun olarak yürütülmüştür.

3.8. Örneklem Hesabı

Çalışmamızda her hangi bir örneklem hesabı yapılmamıştır. Çalışmaya Atatürk Üniversitesi Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıfta okuyan tüm kız öğrenciler davet edilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerle çalışma yapılmıştır.

3.9. İstatistik Analizler

Bilgisayar ortamına aktarılan veriler SPSS 25,0 programı (SPSS Inc., Şikago, IL, ABD) yardımıyla analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı veya yüzde, nümerik olanlar ise ortalama ve standart sapma şeklinde belirtilmiştir. Nümerik verilerin normal dağılıma uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına göre değerlendirilmiştir. Bunun için George ve Mallery'nin 2010 yılında yayınladıkları; 'çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında olması normal dağılıma uygunluk analizleri yapmak için yeterlidir,' görüşü kriter olarak kullanılmıştır (85). Gruplar karşılaştırılırken nümerik verilerde parametrik test şartları karşılanıyorsa bağımsız

gruplarda t testi, gerekli koşullar sağlanamamışsa Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında veriler bağımlı ise Mc-Nemar bağımsız ise Ki-kare testinden yararlanılmıştır. Numerik verilerin birbirleriyle olan korelasyonlarını incelemek için pearson analizinden faydalanılmıştır. Lojistik regresyon analizi çok değişkenli karşılaştırmalarda oluşturulan modellerin etkinliğini test etmek için kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik sınırı $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların nümerik verileri incelendiğinde âdet periyodu dışındaki verilerin normal dağılıma uyduğu görülmüştür (Tablo 4). Nümerik değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık değerleri dikkate alınarak hesaplanmıştır. Çarpıklık veya basıklık değerleri +2 ile -2 arasında olanlar normal dağılıma uygun olarak kabul edilmiştir (85).

Tablo 4. Katılımcıların tanımlayıcı nümerik verilerinin normal dağılım durumları

	n	En Az	En Çok	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Yaş	92	15	26	21,08	2,80	0,04	-1,45
Boy (cm)	92	155	174	165,48	4,67	-0,08	-0,89
Ağırlık (kg)	91	45	82	58,19	6,91	0,73	0,99
PMS toplam puan	76	44	183	122,56	31,36	-0,583	-0,102
İlk âdet yaşı	80	9	16	12,89	1,22	-0,16	0,80
Âdet periyodu (gün)	81	18	40	27,77	3,30	-0,21	3,07
Âdet süresi (gün)	81	3	10	6,40	1,68	0,39	-0,10

SS: Standart sapma

Katılımcıların çoğunun (%69,6) âdet dönemlerinde ağrı yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		Sıklık	%
Ekonomik durum	İyi	33	35,9
	Orta	56	60,9
	Kötü	2	2,2
	Toplam	91	98,9
	Eksik	1	1,1
Doğum kontrol hapi kullanma durumu	Hayır	82	89,1
	Evet	8	8,7
	Toplam	90	97,8
	Eksik	2	2,2
Âdet dönemlerinde genellikle ağrı yaşama durumu	Hayır	20	21,7
	Evet	64	69,6
	Toplam	84	91,3
	Eksik	8	8,7

Katılımcıların anne ve kız kardeşlerinde âdet öncesi şikâyet bulunma durumu %60,9 oranında saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcılarda risk faktörleri görülme sıklığı

Risk Faktörü		Sıklık	%
Sigara kullanma durumu	Hayır	71	77,2
	Evet	21	22,8
	Toplam	92	100
Haftada en az üç kez ve en az 20 dk egzersiz yapma durumu	Hayır	54	58,7
	Evet	37	40,2
	Toplam	91	98,9
	Eksik	1	1,1
Günlük bir fincandan fazla kahve tüketme	Hayır	45	48,9
	Evet	45	48,9
	Toplam	90	97,8
	Eksik	2	2,2
Annede veya kız kardeşte âdet öncesi şikâyetler olma durumu	Hayır	35	38
	Evet	56	60,9
	Toplam	91	98,9
	Eksik	1	1,1
Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma durumu	Hayır	76	82,6
	Evet	15	16,3
	Toplam	91	98,9
	Eksik	1	1,1
Alkol kullanma durumu	Hayır	73	79,3
	Evet	16	17,4
	Toplam	89	96,7
	Eksik	3	3,3

Katılımcılar bilgi sorularını cevaplarken en yüksek doğru cevap oranını (%69,6) ‘Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz’ sorusunda; en yüksek yanlış cevap oranını da (%94,6) ‘PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır’ sorusunda kaydettikleri saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Bilgi sorularını cevaplama durumu

		Sıklık	%
Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur?	Yanlış	59	64,1
	Doğru	33	35,9
	Toplam	92	100
PMS en sık hangi yaş aralığında görülür?	Yanlış	82	89,1
	Doğru	10	10,9
	Toplam	92	100
Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz?	Yanlış	28	30,4
	Doğru	64	69,6
	Toplam	92	100
PMS’nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir?	Yanlış	66	71,7
	Doğru	26	28,3
	Toplam	92	100
PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır?	Yanlış	87	94,6
	Doğru	5	5,4
	Toplam	92	100
PMS kimlerde nispeten az görülür?	Yanlış	55	59,8
	Doğru	37	40,2
	Toplam	92	100
PMS tanısı nasıl konur?	Yanlış	34	37
	Doğru	58	63
	Toplam	92	100
PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur?	Yanlış	86	93,5
	Doğru	6	6,5
	Toplam	92	100
PMS hangi fazda başlar?	Yanlış	58	63
	Doğru	34	37
	Toplam	92	100
Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır?	Yanlış	49	53,3
	Doğru	43	46,7
	Toplam	92	100

Katılımcıların PMS ile başa çıkma yöntemleri incelendiğinde en sık kullanılan yöntemin %39,1 oran ile uyumak olduğu tespit edilmiştir (Tablo 8). Hipnoz ve akupunktur yöntemlerini soruya cevap veren hiçbir katılımcı kullanmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların PMS ile başa çıkma yöntemleri

		Sıklık	Yüzde
Hiçbir şey yapmaz	Hayır	19	20,7
	Evet	11	12
	Eksik	62	67,4
	Toplam	92	100
Vitamin	Hayır	28	30,4
	Evet	6	6,5
	Eksik	58	63
	Toplam	92	100
Kalsiyum preparatı	Hayır	32	34,8
	Evet	1	1,1
	Eksik	59	64,1
	Toplam	92	100
Hormon ilaçları	Hayır	30	32,6
	Evet	4	4,3
	Eksik	58	63
	Toplam	92	100
Bitkisel ilaçlar	Hayır	31	33,7
	Evet	6	6,5
	Eksik	55	59,8
	Toplam	92	100
Uyuma	Hayır	8	8,7
	Evet	36	39,1
	Eksik	48	52,2
	Toplam	92	100
Diyet	Hayır	28	30,4
	Evet	6	6,5
	Eksik	58	63
	Toplam	92	100
Egzersiz	Hayır	19	20,7
	Evet	20	21,7
	Eksik	53	57,6
	Toplam	92	100

Tablo 8. (Devamı)

Magnezyum preparatı	Hayır	32	34,8
	Evet	2	2,2
	Eksik	58	63
	Toplam	92	100
Antidepresan/anksiyolitik	Hayır	31	33,7
	Evet	3	3,3
	Eksik	58	63
	Toplam	92	100
Ağrı kesici	Hayır	11	12
	Evet	30	32,6
	Eksik	51	55,4
	Toplam	92	100

Katılımcılar arasında PMS görülme oranı %79,3 oranında tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. PMS varlığı

		Sıklık	Yüzde
Semptomlara göre PMS	Yok	18	19,6
	Var	73	79,3
	Eksik	1	1,1
	Toplam	92	100
Kendi algısına göre PMS	Yok	29	31,5
	Var	58	63
	Eksik	5	5,4
	Toplam	92	100

Katılımcıların PMS ölçek puan ortalaması $122,57 \pm 31,36$ olarak hesaplanmıştır. PMS toplam puan ortalamasının PMS tanısı için gerekli olan 111'in üstünde olduğu saptanmıştır.

PMS ölçeği alt boyutları incelendiğinde bütün değişkenlerin normal dağılıma uyduğu görülmüştür (Tablo 10)

Tablo 10. PMS ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı özellikleri

	n	En Az	En Çok	Ortalama	SS	Çarpıklık	Basıklık
Depresif duygulanım	86	7	35	20,23	6,59	-0,19	-0,62
Anksiyete	87	7	30	15,23	5,57	0,29	-0,64
Yorgunluk	85	6	29	18,96	5,20	-0,55	-0,05
Sinirlilik	88	5	25	15,17	5,01	-0,21	-0,64
Depresif düşünceler	86	7	33	17,99	6,55	-0,11	-0,67
Ağrı	88	3	15	8,58	3,19	0,00	-0,55
İştah değişimi	86	3	14	8,26	2,96	-0,25	-0,90
Şişkinlik	87	3	15	9,08	3,41	-0,02	-0,86

SS: Standart sapma

4.2. İkili Karşılaştırma Analizleri

Birinci ile altıncı sınıftaki öğrenciler nümerik veriler açısından karşılaştırıldıklarında yaş ve PMS bilgi düzeyi dışında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Birinci ve altıncı sınıftaki öğrencilerin nümerik verilerinin karşılaştırılması

	Sınıf	n	Ortalama	SS	t/Z	p
Yaş	1. Sınıf	48	18,58	1,05	25,137	<0,001
	6. Sınıf	44	23,8	0,93		
Boy (cm)	1. Sınıf	48	166,08	4,96	1,302	0,196
	6. Sınıf	44	164,82	4,30		
Ağırlık (kg)	1. Sınıf	47	58,83	7,43	0,916	0,362
	6. Sınıf	44	57,5	6,33		
PMS bilgi puanı	1. Sınıf	48	28,00	16,84	5,560	<0,001
	6. Sınıf	44	47,72	16,52		
PMS ölçeği toplam puan	1. Sınıf	38	123,81	35,27	0,345	0,731
	6. Sınıf	38	121,31	27,32		
İlk âdet yaşı	1. Sınıf	38	13	1,25	0,781	0,437
	6. Sınıf	42	12,79	1,20		
Âdet periyodu (gün)	1. Sınıf	38	27,83	3,83	0,281	0,779
	6. Sınıf	43	27,72	2,80		
Âdet süresi (gün)	1. Sınıf	38	6,21	1,75	0,930	0,355
	6. Sınıf	43	6,56	1,62		

SS: Standart sapma. t: Bağımsız gruplarda t testi değeri. Z: Mann-Withney U test değeri.

Bilgi sorularına verilen cevaplar karşılaştırıldığında “PMS’nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir”, “PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır”, “PMS kimlerde nispeten az görülür”, “PMS tanısı nasıl konur” ve “PMS hangi fazda başlar” sorularına verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmışken diğer sorularda anlamlı bir fark tespit edilememiştir (Tablo 12, Tablo 13,

Tablo 14,

Tablo 15,

Tablo 16,

Tablo 17,

Tablo 18,

Tablo 19,

Tablo 19,

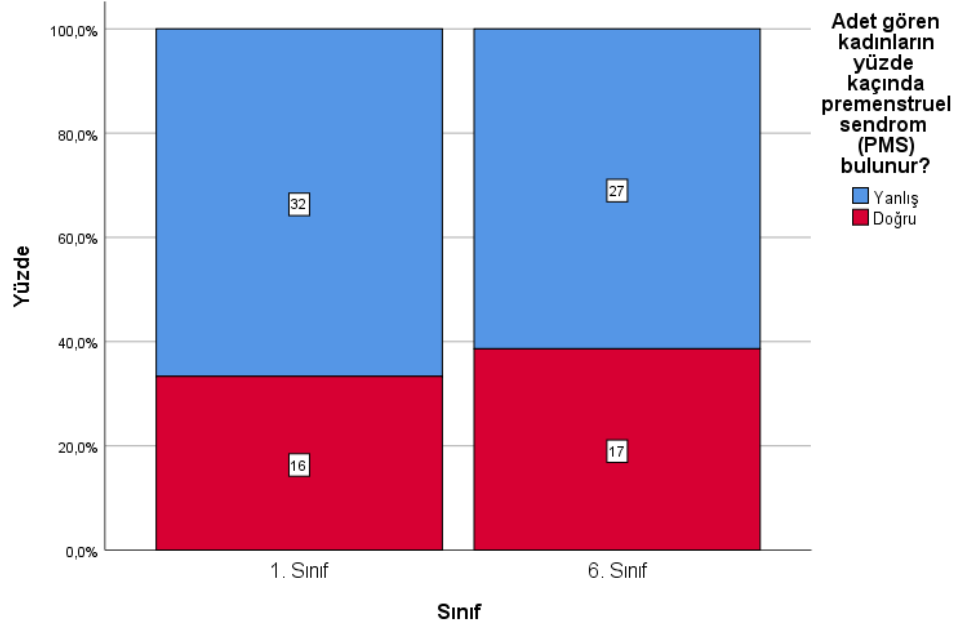
Tablo 20,

Tablo 21; Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.1, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.2, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.3, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.4, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.5, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.6, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.7, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.8, Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı., Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı., Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.).

Tablo 12. ‘Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur?			
		Yanlış	Doğru	χ^2	P
Sınıf	1. Sınıf	32 (%54,20)	16 (%48,50)	0,281	0,596
	6. Sınıf	27 (%45,80)	17 (%51,50)		
Toplam		59 (%100)	33 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



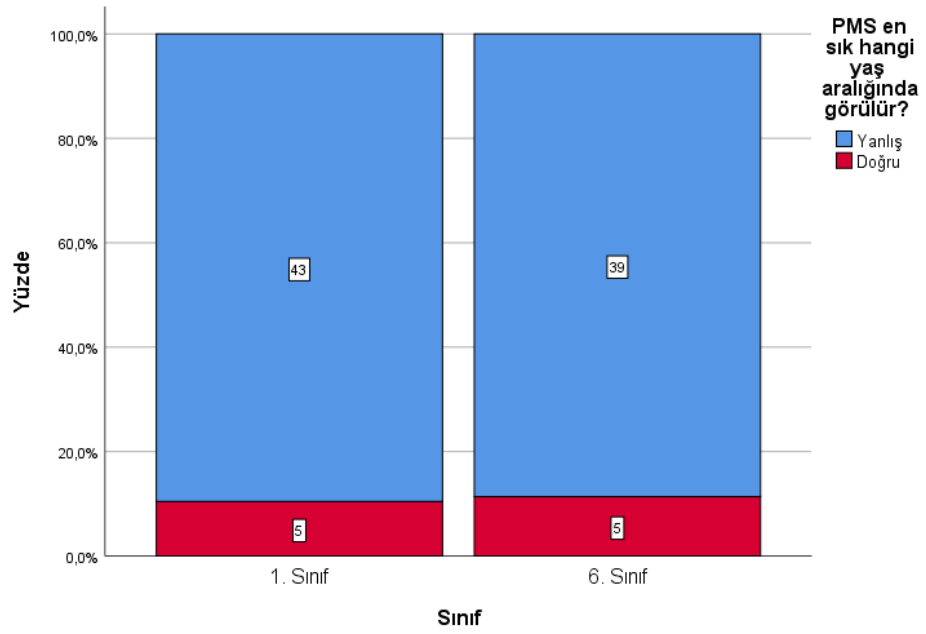
Şekil 1. ‘Âdet gören kadınların yüzde kaçında PMS bulunur?’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 13. ‘PMS en sık hangi yaş aralığında görülür’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

PMS en sık hangi yaş aralığında görülür?
--

		Yanlış	Doğru	χ^2	p
Sınıf	1. Sınıf	43 (%52,40)	5 (%50)	0,021	0,884
	6. Sınıf	39 (%47,60)	5 (%50)		
Toplam		82 (%100)	10 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

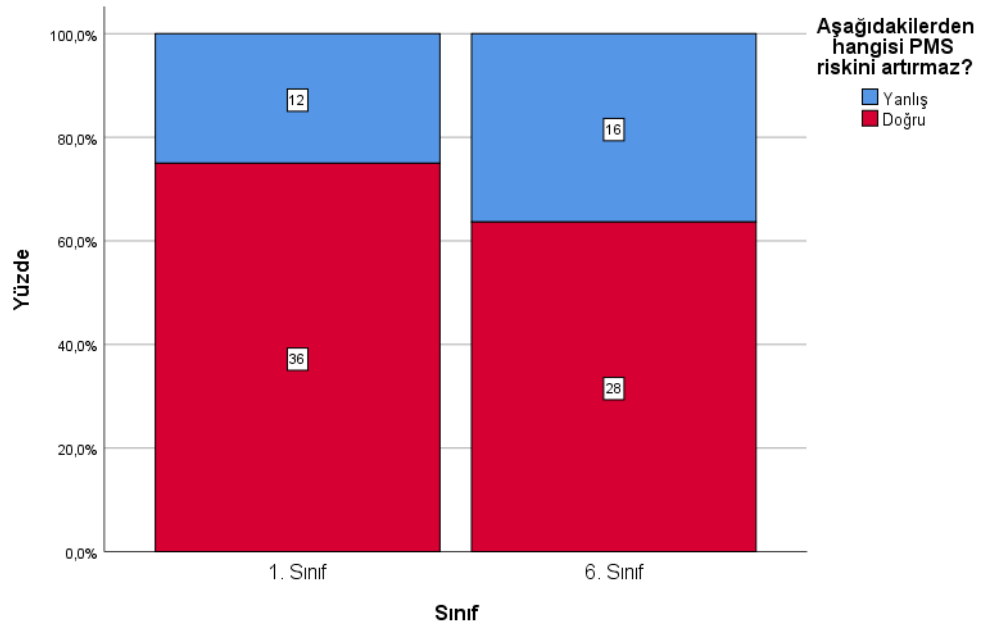


Şekil 2. PMS en sık hangi yaş aralığında görülür' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 14. ‘Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz?		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	12 (%42,90)	36 (%56,30)	0,021	0,081
	6. Sınıf	16 (%57,10)	28 (%43,80)		
Toplam		28 (%100)	64 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

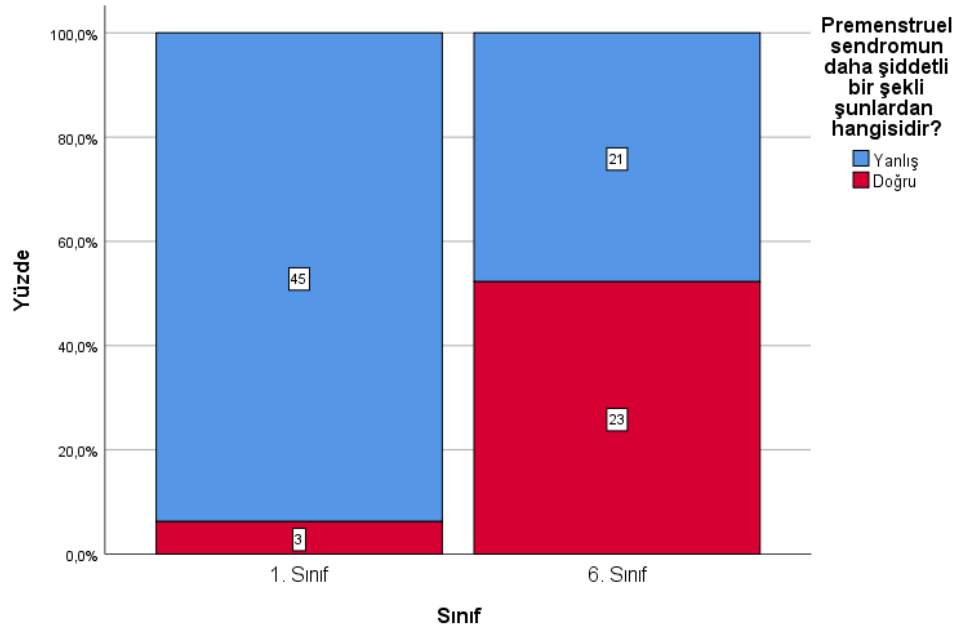


Şekil 3. ‘Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 15. PMS'nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

PMS'nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir?				χ^2	p
Sınıf		Yanlış	Doğru		
	1. Sınıf	45 (%68,20)	3 (%11,50)	23,983	<0,001
	6. Sınıf	21 (%31,80)	23 (%88,50)		
Toplam		66(%100)	26(%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

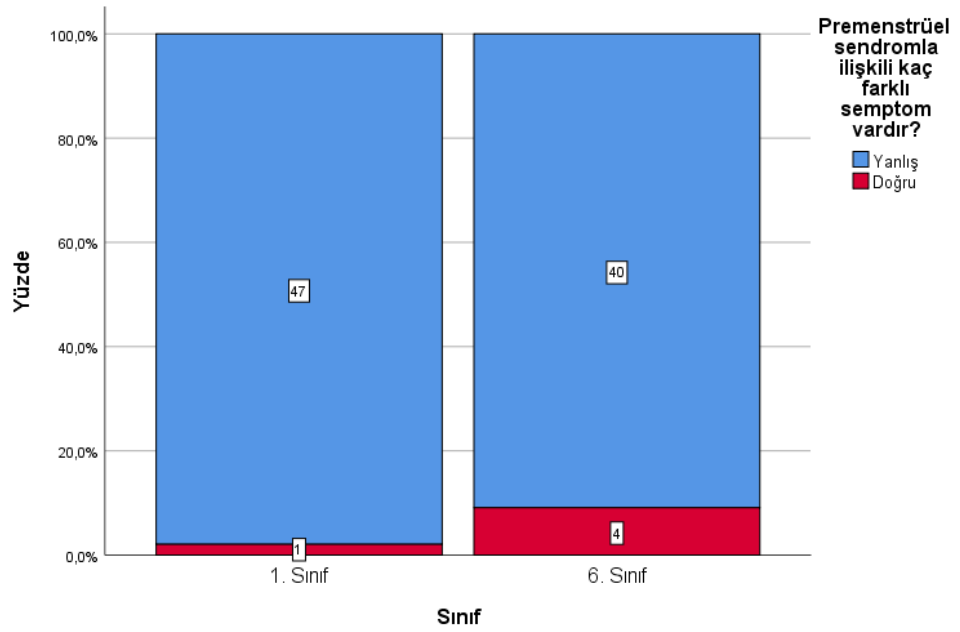


Şekil 4. 'PMS'nin daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir' sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 16. ‘PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır?			
		Yanlış	Doğru	χ^2	p
Sınıf	1. Sınıf	47 (%54)	1 (%20)	23,983	<0,001
	6. Sınıf	40 (%46)	4 (%80)		
Toplam		87 (%100)	5 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

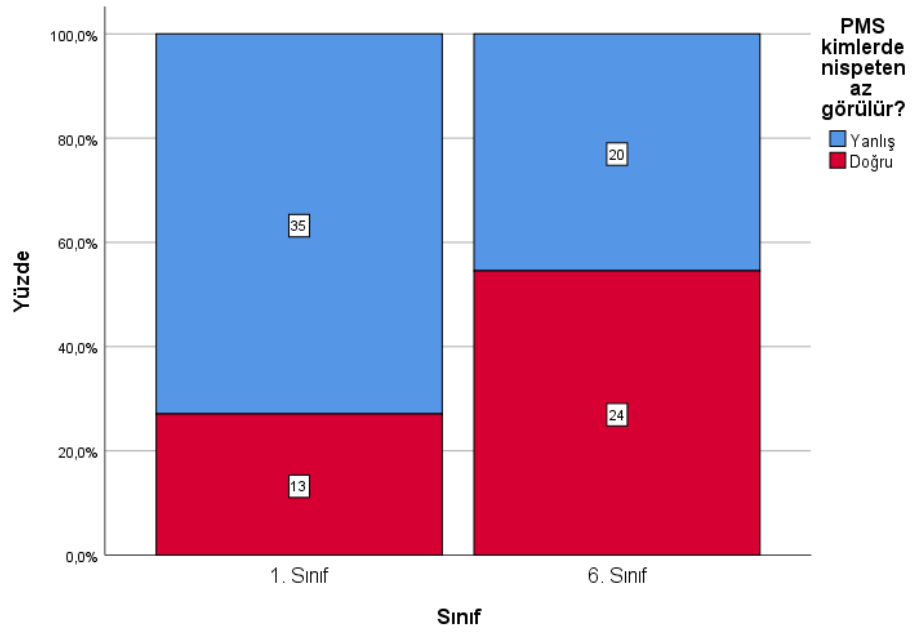


Şekil 5. PMS ile ilişkili kaç farklı semptom vardır’ sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 17. “PMS kimlerde nispeten az görülür” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		PMS kimlerde nispeten az görülür?		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	35 (%63,60)	13 (%35,10)	7,201	0,007
	6. Sınıf	20 (%36,40)	24 (%64,90)		
Toplam		55 (%100)	37 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

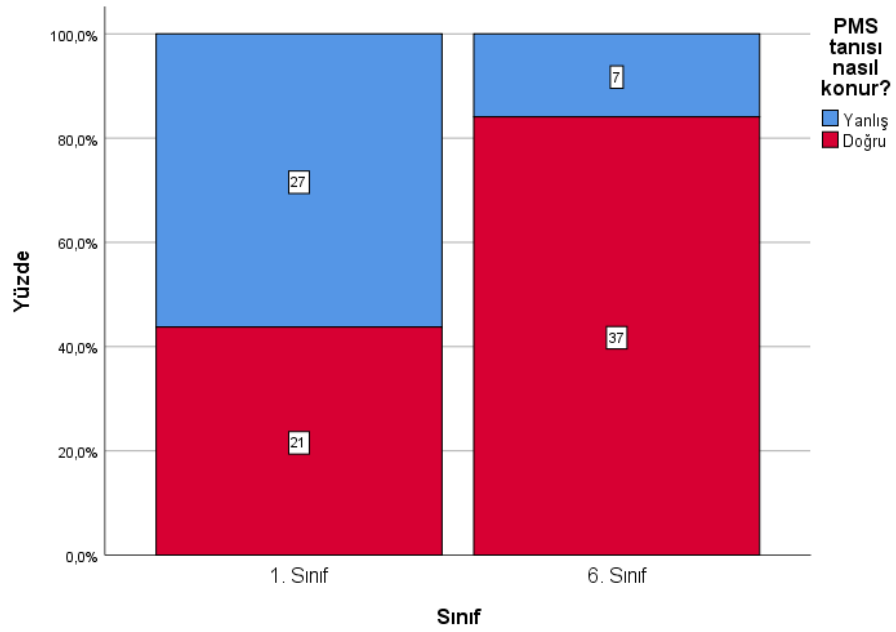


Şekil 6. “PMS kimlerde nispeten az görülür” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 18. “PMS tanısı nasıl konur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		PMS tanısı nasıl konur?		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	27 (%79,40)	21(%36,20)	16,035	<0,001
	6. Sınıf	7 (%20,60)	37 (%63,80)		
Toplam		34 (%100)	58 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

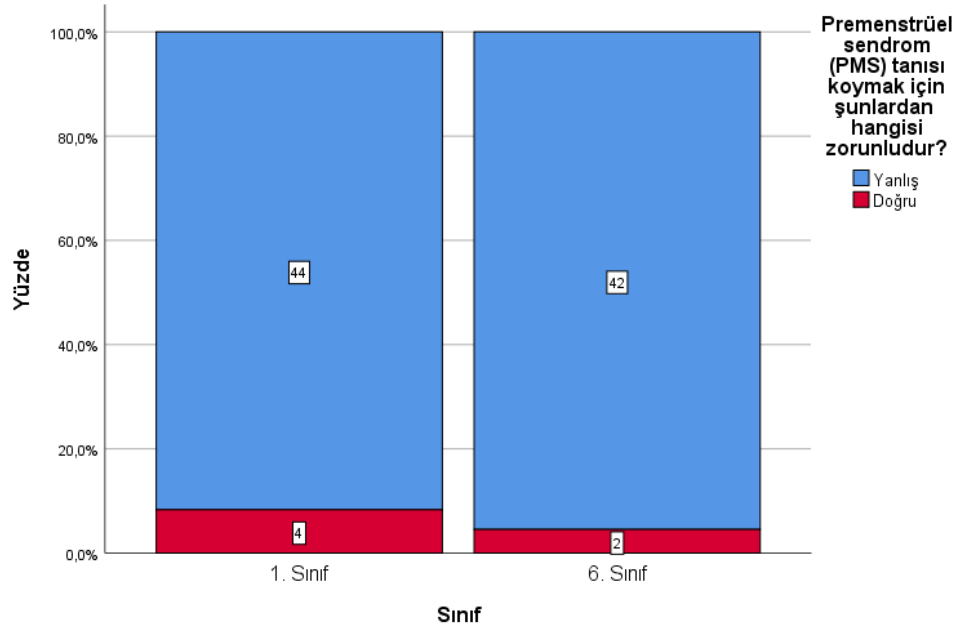


Şekil 7. “PMS tanısı nasıl konur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 19. “PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur?			
		Yanlış	Doğru	χ^2	p
Sınıf	1. Sınıf	44 (%51,20)	4 (%66,70)	0,540	0,462
	6. Sınıf	42 (%48,80)	2 (%33,30)		
Toplam		86(%100)	6(%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

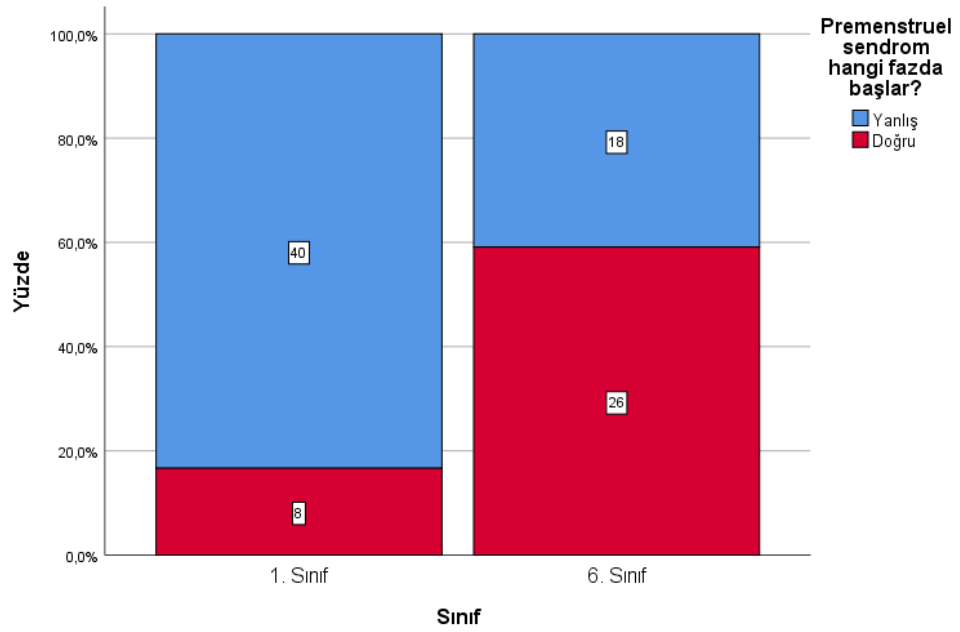


Şekil 8. “PMS tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 20. “PMS hangi fazda başlar” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		PMS hangi fazda başlar?		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	40 (%69)	8 (%23,5)	17,734	<0,001
	6. Sınıf	18 (%31)	26 (%76,5)		
Toplam		58 (%100)	34 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri

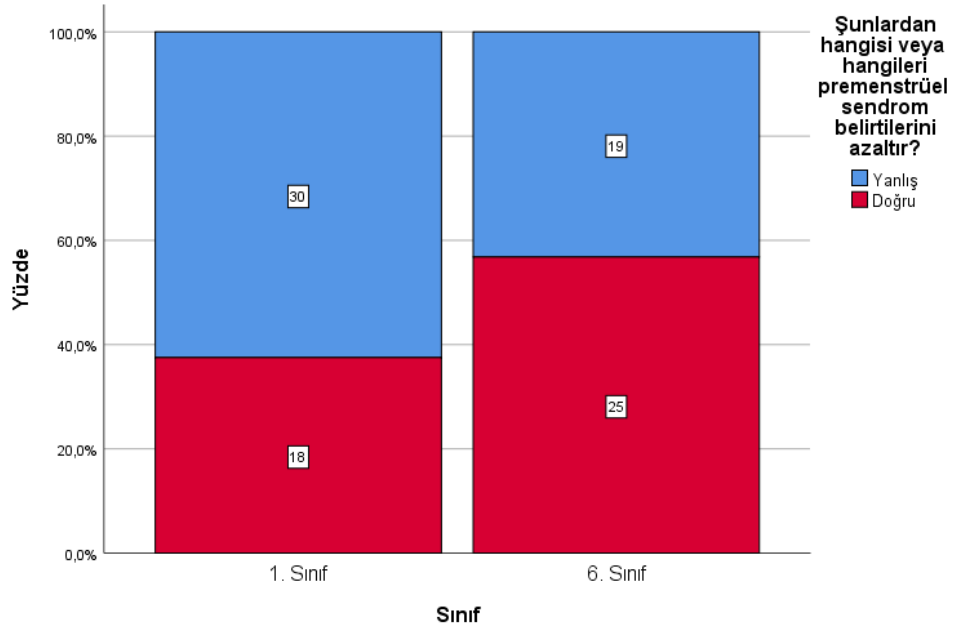


Şekil 9. “PMS hangi fazda başlar” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Tablo 21. “Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

		Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır?		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	30 (%61,2)	18 (%41,9)	3,442	0,064
	6. Sınıf	19 (%38,8)	25 (%58,1)		
Toplam		49 (5100)	43 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



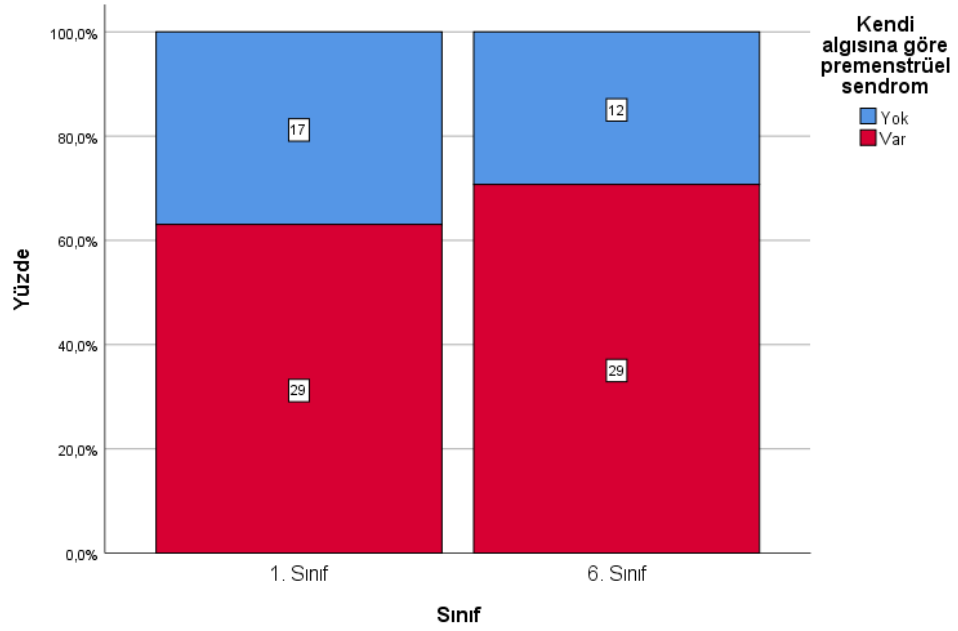
Şekil 10. “Şunlardan hangisi veya hangileri PMS belirtilerini azaltır” sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması

Katılımcıların algılarına göre PMS varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 22, **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**Tablo 22).

Tablo 22. Kendi algısına göre PMS varlığının karşılaştırılması

		Kendi algısına göre PMS		χ^2	p
		Yok	Var		
Sınıf	1. Sınıf	17 (%58,6)	29 (%50)	0,577	0,448
	6. Sınıf	12 (%41,4)	29 (%50)		
Toplam		29(%100)	58 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



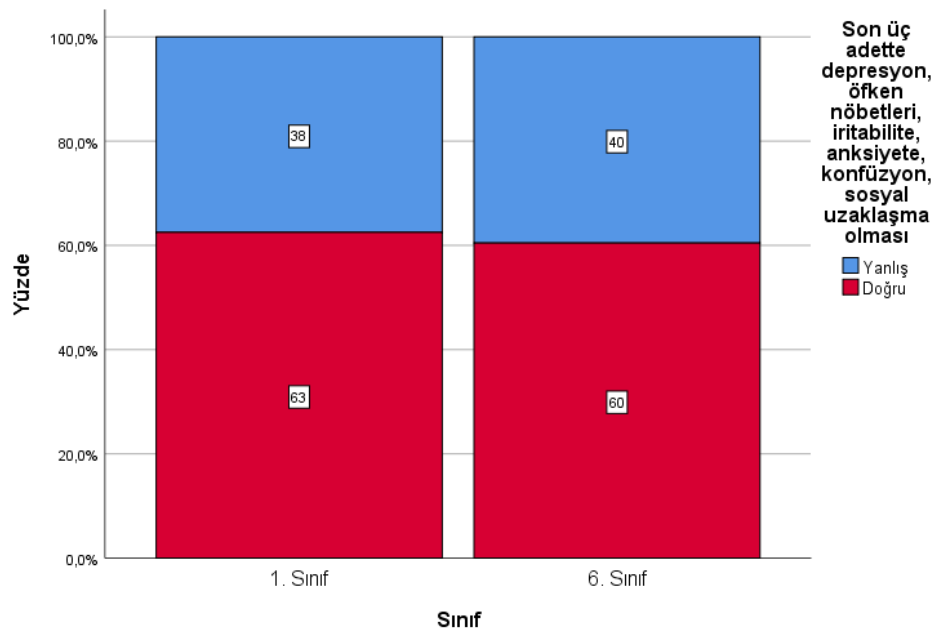
Şekil 11. Kendi algısına göre PMS varlığının karşılaştırılması

Son üç âdette depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 23, **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**)

Tablo 23. Son üç âdette depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olması durumunun karşılaştırılması

		Son üç âdette depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olması			
		Yanlış	Doğru	χ^2	p
Sınıf	1. Sınıf	18 (%51,4)	30 (%53,6)	0,040	0,842
	6. Sınıf	17 (%48,6)	26 (%46,4)		
Toplam		35 (%100)	56 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



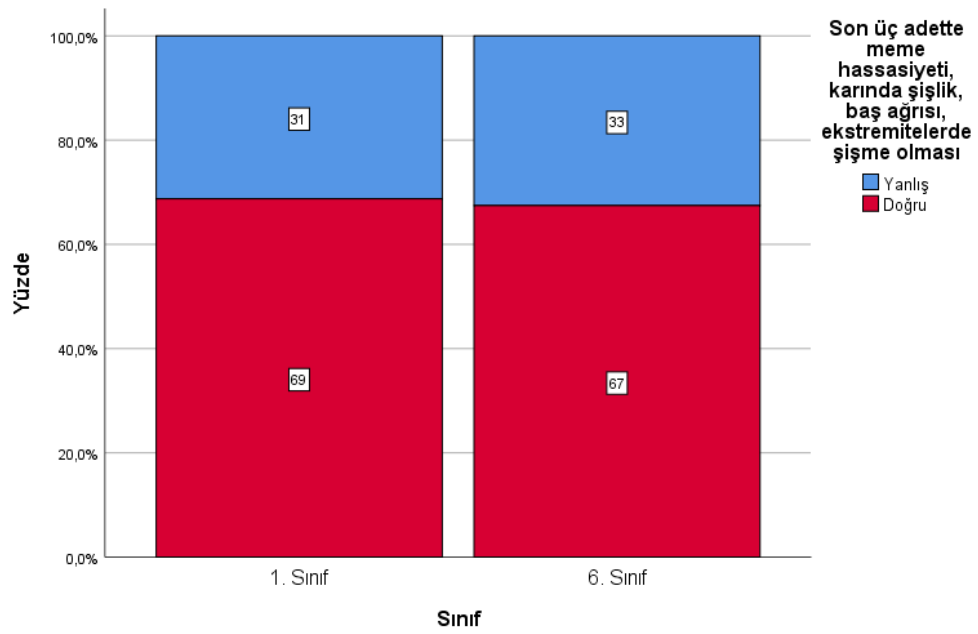
Şekil 12. Son üç âdette depresyon, öfken nöbetleri, iritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma olması

Son üç âdette meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 24, **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.3**).

Tablo 24. Son üç âdette meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması durumunun karşılaştırılması

		Son üç âdette meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması		χ^2	p
		Yanlış	Doğru		
Sınıf	1. Sınıf	15 (%51,7)	33 (%53,2)	0,018	0,894
	6. Sınıf	14 (%48,3)	29 (%46,8)		
Toplam		29 (%100)	62 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



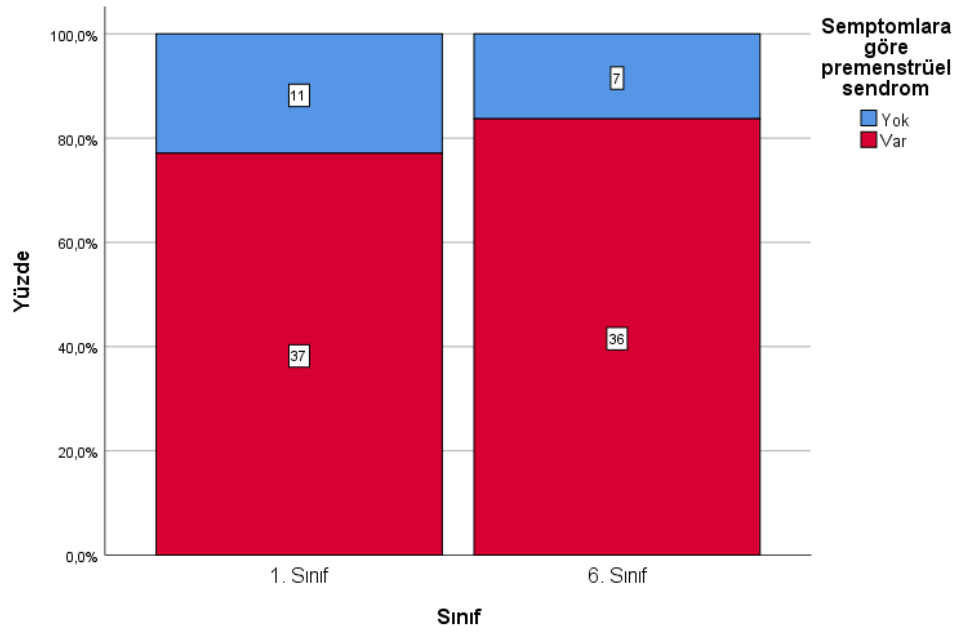
Şekil 13. Son üç âdette meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik olması durumunun karşılaştırılması

Semptomlara göre PMS varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 25, Şekil 144).

Tablo 25. Semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması

		Semptomlara göre PMS		χ^2	p
		Yok	Var		
Sınıf	1. Sınıf	11 (%61,1)	37 (%50,7)	0,630	0,427
	6. Sınıf	7 (%38,9)	36 (%49,3)		
Toplam		18 (%100)	73 (%100)		

χ^2 : Ki-kare test değeri



Şekil 14. Semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması

PMS varlığına göre karşılaştırma yapıldığında âdet süresinin anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. PMS olup olmamasına göre nümerik verilerin karşılaştırılması

	Semptomlara göre PMS	n	Ortalama	SS	t/Z	p
Yaş	Yok	18	20,78	3,02	0,466	0,642
	Var	73	21,12	2,77		
Boy (cm)	Yok	18	165,33	4,46	0,196	0,845
	Var	73	165,58	4,76		
Ağırlık (kg)	Yok	18	56,28	4,03	1,917	0,061
	Var	72	58,75	7,41		
İlk âdet yaşı	Yok	16	13,19	0,91	1,056	0,294
	Var	63	12,83	1,29		
*Âdet periyodu (gün)	Yok	15	26,90	3,22	0,967	0,333
	Var	65	27,97	3,34		
Âdet süresi (gün)	Yok	15	5,63	1,70	2,032	0,046
	Var	65	6,59	1,64		
PMS bilgi puanı	Yok	18	33,33	18,67	1,012	0,314
	Var	73	38,51	19,61		

SS: Standart sapma

t: Bağımsız gruplarda t testi değeri.

Z: Mann-Whitney U test değeri

PMS ile başa çıkma yöntemleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (

Tablo 27).

Tablo 27. PMS ile başa çıkma yöntemleri karşılaştırılması

Başa çıkma yöntemi			Hayır	Evet		
Hiçbir şey yapmaz	Sınıf	1. Sınıf	10	3	1,824	0,177
		6. Sınıf	9	8		
	Toplam		19	11		
Vitamin	Sınıf	1. Sınıf	14	5	2,227	0,136
		6. Sınıf	14	1		
	Toplam		28	6		
Kalsiyum preparatı	Sınıf	1. Sınıf	18	1	0,760	0,383
		6. Sınıf	14	0		
	Toplam		32	1		
Hormon ilaçları	Sınıf	1. Sınıf	16	3	0,672	0,412
		6. Sınıf	14	1		
	Toplam		30	4		
Bitkisel ilaçlar	Sınıf	1. Sınıf	17	3	0,047	0,828
		6. Sınıf	14	3		
	Toplam		31	6		
Uyuma	Sınıf	1. Sınıf	4	22	0,334	0,563
		6. Sınıf	4	14		
	Toplam		8	36		
Diyet	Sınıf	1. Sınıf	15	4	0,344	0,558
		6. Sınıf	13	2		
	Toplam		28	6		
Egzersiz	Sınıf	1. Sınıf	10	12	0,215	0,653
		6. Sınıf	9	8		
	Toplam		19	20		
Magnezyum preparatı	Sınıf	1. Sınıf	18	1	0,030	0,863
		6. Sınıf	14	1		
	Toplam		32	2		
Antidepresan/anksiyolitik	Sınıf	1. Sınıf	17	2	0,155	0,694
		6. Sınıf	14	1		
	Toplam		31	3		
Ağrı kesici	Sınıf	1. Sınıf	5	18	0,691	0,406
		6. Sınıf	6	12		
	Toplam		11	30		

 χ^2 : Ki-kare test değeri

Kendi algısına ve semptomlara göre PMS varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 28). Semptomlara göre PMS varlığı daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 28. Kendi algısına ve semptomlara göre PMS varlığının karşılaştırılması

		Kendi algısına göre PMS		χ^2	p
		Yok	Var		
Semptomlara göre PMS	Yok	12	5	5,5	0,017
	Var	17	52		

χ^2 :Mc-Nemar test değeri

Sınıflar PMSÖ alt boyutları açısından karşılaştırıldığında anksiyete ve ağrının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (Tablo 29). Her iki durum için birinci sınıfların ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 29. Sınıfların PMSÖ alt boyutları açısından karşılaştırılması

Alt Boyut	Sınıf	n	Ortalama	SS	t	p
Depresif duygulanım	1. Sınıf	45	21,04	7,28	1,199	0,234
	6. Sınıf	41	19,34	5,70		
Anksiyete	1. Sınıf	46	16,43	6,02	2,184	0,032
	6. Sınıf	41	13,88	4,73		
Yorgunluk	1. Sınıf	44	18,68	5,71	0,518	0,606
	6. Sınıf	41	19,27	4,64		
Sinirlilik	1. Sınıf	46	15,22	5,53	0,091	0,927
	6. Sınıf	42	15,12	4,45		
Depresif düşünceler	1. Sınıf	45	17,96	7,17	0,048	0,962
	6. Sınıf	41	18,02	5,89		
Ağrı	1. Sınıf	47	9,23	3,30	2,103	0,038
	6. Sınıf	41	7,83	2,91		
İştah değişimi	1. Sınıf	45	8,02	3,14	0,766	0,443
	6. Sınıf	41	8,51	2,76		
Şişkinlik	1. Sınıf	46	8,87	3,76	0,609	0,539
	6. Sınıf	41	9,32	3,00		

4.3. Çoklu Karşılaştırma Analizleri

Yapılan analizlerde PMS bilgi puanı ile sadece yaş değişkeninin anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır (Tablo 30).**Tablo 30).**

Tablo 30. PMS bilgi puanı ile numerik değişkenlerin korelasyonu

		Boy (cm)	Ağırlık (kg)	İlk âdet yaşı	Âdet periyodu (gün)	Âdet süresi (gün)	PMS bilgi puanı (%)	PMS ölçeği toplam puan
Yaş	r	-0,131	-0,047	-0,115	-0,127	0,041	0,489	-0,025
	p	0,212	0,656	0,308	0,26	0,714	<0,001	0,828
	n	92	91	80	81	81	92	76
Boy (cm)	r		0,360	0,218	0,145	0,081	-0,027	0,03
	p		<0,001	0,052	0,198	0,474	0,796	0,796
	n		91	80	81	81	92	76
Ağırlık (kg)	r			-0,051	0,075	-0,12	-0,13	0,12
	p			0,655	0,509	0,289	0,218	0,301
	n			79	80	80	91	76
İlk âdet yaşı	r				0,083	0,099	0,095	-0,158
	p				0,468	0,387	0,404	0,189
	n				79	79	80	71
Âdet periyodu (gün)	r					-0,087	-0,13	-0,016
	p					0,438	0,246	0,894
	n					81	81	72
Âdet süresi (gün)	r						0,141	0,017
	p						0,209	0,887
	n						81	72
PMS bilgi puanı	r							-0,118
	p							0,308
	n							76

PMS'yi tahmin edebilmek için yapılan modelin duyarlılığı %100 olarak saptanmışken özgüllüğünün çok düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 31). Modeli oluşturan maddeler ilk âdet yaşı, âdet periyodu (gün), âdet süresi (gün), annede veya kız kardeşte âdet öncesi şikâyetler olma durumu, haftada en az üç kez ve en az 20 dk

egzersiz yapma durumu ve sigara kullanma durumu olarak belirlenmiştir. Modeliın Nagelkerke R kare değeri %26,9 log- likelihood değeri ise 62,023 olarak saptanmıştır.

Tablo 31. Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme durumuna göre oluşturulan lojistik regresyon modelinin duyarlılık ve özgüllüğü

Gözlenen		Tahmin edilen		
		Semptomlara göre PMS		Doğru tahmin
		Yok	Var	Yüzde
Semptomlara göre PMS	Yok	5	10	33,3
	Var	0	63	100

Tablo 32. Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme durumuna göre oluşturulan lojistik regresyon modelinde anlamlı etki oluşturan değişkenler

	B	SH	Wald	p	Exp(B)	%95 GA	
						Alt	Üst
İlk âdet yaşı	-0,17	0,27	0,41	0,523	0,84	0,50	1,43
Âdet periyodu (gün)	0,27	0,13	4,37	0,037	1,31	1,02	1,69
Âdet süresi (gün)	0,58	0,24	5,74	0,017	1,78	1,11	2,86
Sigara kullanma durumu(1)	-0,68	0,79	0,73	0,392	0,51	0,11	2,39
Annede veya kız kardeşte âdet öncesi şikâyetler olma durumu(1)	-1,20	0,72	2,77	0,096	0,30	0,07	1,24
Haftada en az üç kez ve en az 20 dk egzersiz yapma durumu(1)	1,74	0,83	4,37	0,037	5,72	1,12	29,33
Sabit Katsayı	-7,14	5,26	1,84	0,175	0,00		

GA: Güven Aralığı. SH. Standart Hata

5. TARTIŞMA

5.1. Anahtar Bulgular

Bu araştırma sonunda elde edilen önemli bulgular aşağıda özetlenmiştir:

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2019-2020 eğitim öğretim döneminde 1. ve 6. sınıflarda eğitim görmekte olan kız öğrenciler arasında PMS görülme oranı %79,3 olarak tespit edilmiştir.

PMSÖ puan ortalaması $122,57 \pm 31,36$ olarak hesaplanmıştır. PMS toplam puan ortalamasının PMS tanısı için gerekli olan 111'in üstünde olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların çoğunun (%69,6) âdet dönemlerinde ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. PMS'li kadınlarda âdet süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların anne ve kız kardeşlerinde âdet öncesi şikayet bulunma durumu %60,9 oranında saptanmıştır.

Katılımcılar bilgi sorularını cevaplarken en yüksek doğru cevap oranını (%69,6) 'Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini artırmaz' sorusunda; en yüksek yanlış cevap oranını da (%94,6) 'Premenstrüel sendromla ilişkili kaç farklı semptom vardır' sorusunda kaydettikleri saptanmıştır.

Katılımcıların PMS ile başa çıkma yöntemleri incelendiğinde en sık kullanılan yöntemin %39,1 oran ile uyumak olduğu tespit edilmiştir. Hipnoz ve akupunktur yöntemlerini soruya cevap veren hiçbir katılımcı kullanmamıştır.

Birinci sınıflar ile altıncı sınıflar arasında bilgi puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Kendi algısına ve semptomlara göre PMS varlığı karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Semptomlara göre PMS varlığı daha yüksek bulunmuştur.

Birinci ve altıncı sınıflar PMS ölçeği alt boyutları açısından karşılaştırıldığında anksiyete ve ağrının birinci sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme durumuna göre oluşturulan lojistik regresyon modeli %100 duyarlılığa ve %33,3 özgüllüğe sahip bulunmuştur.

5.2. Bulguların Yorumlanması

PMS prevalansı üzerine yapılan farklı araştırmalar, yaygınlığın kullanılan yöntem ve değerlendirme araçlarına bağlı olarak önemli ölçüde değiştiğini göstermiştir (5,86). Epidemiyolojik araştırmalar, üreme çağındaki kadınların %90'a yakın bir kısmının âdet döngüsünün âdet öncesi evresine atfedilen bazı semptomlar yaşadığını ve %2-8'inin de PMDD muzdarip olduğunu tahmin etmiştir (87). Bizim çalışmamızda çıkan sonuçlar (%79,3) bu literatür ile uyumludur.

Suudi Arabistan'da 18-25 yaş arasında 172 tıp öğrencisi ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %78,5, şiddetli PMS formu ise %5,9 oranında bulunmuştur (88). Hindistan'da fen bilimleri bölümünde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada ise PMS bulunma oranı %62,7 olarak rapor edilmiştir (89). Hong Kong'ta öğrenim gören 452 Çinli kadın lisans öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada PMS prevalansı %76 olarak bildirmiştir (90).

PMS'nin toplumumuzda da üniversite öğrencileri arasında oldukça yaygın olarak görülen bir durum olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. 2015 yılında ülkemizde yapılan sağlık bilimleri öğrencilerinde PMS ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada PMS yaygınlık oranı %84,5 olarak bulunmuştur (91). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören öğrenciler ile yapılan bir başka araştırmada bu oran %72,1 olarak saptanmıştır (35). Her iki çalışma da PMS varlığının yaşam kalitesini düşürdüğünü bildirmiştir. Çalışmamızda tespit ettiğimiz PMS yaygınlığının (%79,3) önceki çalışmalarla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

PMSÖ ile ilgili değerlendirme yapılırken yüksek puanın belirti yoğunluğu olarak alınabileceği bildirilmiştir (92). PMSÖ ile yapılan çalışmalarda alınan puanların değişken olduğu görülmüştür. Bir çalışmada öğrencilerin PMSÖ'den aldıkları ortalama puan $98,15 \pm 35,83$ olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada katılımcıların PMSÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $110,49 \pm 32,62$ olarak belirtilmiştir (93). Başkent Üniversitesi'ndeki çalışmada ise ortalama PMS skoru $118,34 \pm 37,3$ olarak bulunmuştur (91). Çalışmamızda bulunan PMSÖ puan ortalamasının PMS tanısı için gerekli olan 111'in üstünde olduğu ve ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 220 olduğu dikkate alındığında bu ortalamanın ($122,57 \pm 31,36$) orta derecede yüksek olarak değerlendirilebilecek seviyede olduğu görülmüştür.

Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada PMS'li kadınlarda dismenore prevalansı (%85,9) olarak bulunmuş ve PMS olmayanlara göre anlamlı derecede daha uzun süren âdet kanama süresi ve daha yüksek pozitif aile öyküsü (%57,8) bildirilmiştir (88). Bizim araştırmamızda da benzer şekilde katılımcıların çoğunun (%69,6) âdet dönemlerinde ağrı yaşadığı, PMS'li kadınlarda âdet süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte oranlar benzer olsa da (%60,9) PMS'li olanlarda, aile öyküsü pozitifliği istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edilmemiştir.

PMS yönetiminin hem hastalar hem de doktorlar için sık sık sinir bozucu olabileceği, başlangıçta, bütün PMS hastalarına farmakolojik olmayan tedavi önerilmesi gerektiği belirtilmiştir (94). PMS için bu farmakolojik olmayan müdahaleler arasında hasta eğitimi, destekleyici tedavi ve davranış değişikliği bulunmaktadır. Sağlıklı diyet gibi bazı tedavilerin, yan etki riskinin çok düşük olduğu ve neredeyse bütün kadınlara önerilebileceği ifade edilmiştir (3).

PMS yüksek morbidite seviyesine sahip olan ve sınırlı etkinliği ve önemli yan etkileri olan farmasötik tedavilerin de katkısıyla üreme çağındaki birçok kadın için yaşam kalitesini azaltabileceği gösterilmiştir (35,91,94). Menstrüel semptom şiddetini azaltmanın bir yöntemi olarak fiziksel aktivite önerilmiştir. Bununla birlikte, fiziksel aktivite ve PMS arasında açık bir ilişkiyi destekleyen çok az kanıt vardır. PMS'nin tedavi hedefleri semptomları iyileştirmek veya ortadan kaldırmak, aktiviteler ve kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkilerini azaltmak ve tedavinin olumsuz etkilerini en aza

indirmektir. Çok sayıda tedavi stratejisi mevcut olmasına rağmen, randomize, kontrollü çalışmalarda çok azı yeterli düzeyde değerlendirilmiştir. PMS semptomları kronik ve uzun süreli olabileceğinden, farmakolojik müdahalelerin yan etkilerine özel dikkat gösterilmesi gerektiği, başlangıçta, bütün PMS hastalarına farmakolojik olmayan tedavi önerilmesi gerektiği, ancak kalıcı PMS semptomları olan ve PMDD kriterlerini karşılayan hastalara ilaç tavsiyesinin uygun olabileceği bildirilmiştir (94).

Çalışmamıza katılanlar arasında rahatlamak için en çok uyumanın tercih edildiği, takip eden non farmakolojik yöntemin egzersiz olduğu görülmüştür. Ağrı kesici kullanma, farmakolojik tedavi yöntemlerinden en sık tercih edileni olarak dikkat çekmiştir. Antidepresan ve anksiyolitik kullanım oranının nispeten düşük olması ve birinci sınıflar ile altıncı sınıflar arasında bu ilaçları kullanma açısından anlamlı bir fark bulunmaması çalışmamızın dikkat çeken saptamalarından biri olarak değerlendirilmiştir. Bunun yanında başatme yöntemleri ile ilgili maddelere verilen yanıtlardaki eksiklik oranının yüksek olması, öğrencilerin PMS konusunda desteğe ihtiyaç duyduklarını düşündürmüştür. Bilgi sorularının doğru cevaplanma oranlarının düşük olması da bu iddiayı doğrular nitelikte bir düşünceye sebebiyet vermiştir.

Konya’da üniversite öğrencileri ile yapılan PMS semptomları üzerinde eğitimin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada sigara kullanma oranı %7 olarak bulunmuştur (61). Malatya’da tıp öğrencilerinde sigara içme yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, kadınlarda sigara kullanma sıklığı %13,2 olarak saptanmıştır (95).

Olasılıklı küme örneklem yöntemi kullanılarak seçilen sekiz tıp fakültesinin dâhil edildiği bir çalışmada sigara kullanım yaygınlığı birinci sınıflarda %10,4, son sınıf öğrencileri arasında %29,1 ve genel ortalama %22 olarak bulunmuştur (96).

Konya’daki çalışmada öğrencilerin %37’sinin düzenli egzersiz yapmadığı bildirilmiştir (61). 2015 yılında yapılan bir araştırmada ise öğrencilerin %64’ünün (erkek öğrencilerin %51,5’i kız öğrencilerin %73,4’ü) düzenli fiziksel aktivite açısından yetersiz olduğu bulunmuştur (97).

Artvin’de 525 öğrenci ile yapılan bir çalışmada PMS’li öğrencilerde; sigara kullanma %14,1, yemeğin tadına bakmadan tuz atma %35,6, geçmişte anksiyete veya depresyon tedavisi görme %11,5, kendini stres altında hissetme %74,9, premenstrüel gerginlik şikâyeti öyküsü annede %56 kız kardeşte ise %74,2 oranlarında bildirilmiştir (98).

Katılımcılardaki risk faktörleri değerlendirildiğinde sigara içme durumunun literatürde uyumlu olarak değerlendirilebilecek oranlarda bulunduğu, bununla birlikte egzersiz yapma oranının önceki yayınlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki katılımcıların tıp fakültesi öğrencisi olması nedeniyle kendilerini daha fazla ders çalışma baskısı altında hissetmeleri nedeniyle bu sonuçların ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Yapılan bir çalışmada PMS konusunda eğitim alanların, almayanlara göre yaşam kalitesi puanlarının olumlu yönde daha yüksek olduğu iddia edilmiştir (61). Bu çalışmada öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi alt boyutları analiz edildiğinde; psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt boyutlarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında anlamlı fark saptanmışken, fiziksel sağlık ve çevre alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonra anlamlı fark tespit edilmemiştir (61). Çalışmamızda da alt boyutlar açısından yapılan değerlendirmede ağrı ve anksiyete puanlarında saptanan anlamlı iyileşmenin eğitimin etkisinden kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Bilgi puanlarında altıncı sınıflar lehine tespit edilen anlamlı yükseliş de bu görüşü destekler mahiyette ele alınmıştır. Ancak altıncı sınıflardaki bu düzelme de yeterli düzeyde görülmemiştir. Çünkü depresif duygulanım gibi diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte, bilgi sorularına doğru cevap verme oranının altıncı sınıflar için de yeterli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir.

Kendi algısına göre PMS varlığı ile semptomlara göre PMS varlığı arasında anlamlı ilişki saptanması, PMS’li olduğu halde bunun bilincinde olmayan öğrenciler bulunabileceğini göstermiştir. Bu bulgu da tıp fakültesi öğrencilerinde bile PMS konusunda ciddi eğitim eksikliğinin olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızın bize göre önemli bulgularından biri de %100 duyarlılığa sahip bir modelin ortaya konmuş olmasıdır. Âdet düzeni, egzersiz ve sigara içme, ailede âdet öncesi şikâyet bulunması gibi anamnez alırken rahatlıkla sorulabilecek sorularla, PMS tanısı için yararlanılan günlük tutma veya PMSÖ gibi yöntemlerin kullanılmasına karar verilebileceği, bu nedenle metodumuzun klinik açıdan zaman kazandıracak kullanışlı bir yöntem olabileceği değerlendirilmiştir. Çünkü PMS tanısı, semptomların âdetlere göre zamanlamasının, post ve premenstrüel semptom şiddeti arasında, en az ardışık iki âdet döneminde, anlamlı değişikliğin ve semptomların klinik olarak anlamlı şiddet derecelerinin belirlenmesinden oluştuğu, hormon veya laboratuvar testlerinin bu konuda çok etkili olmadıkları belirtilmiştir (99). Tanıda yardımcı olarak kullanılabilecek olan ve Gençdoğan tarafından geliştirilmiş PMSÖ; premenstrüel semptomların şiddetini ölçen, beş seviyeli 44 maddeden oluşan ve PMS varlığından söz edebilmek için alınan puanın toplam alınabilecek puanların yarısından fazla olması gereken bir ölçek olarak bildirilmiştir (1).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonucunda aşağıdaki çıkarımlar ve önerilerde bulunmak mümkündür:

1. PMS'nin, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yaygın olarak görülen bir rahatsızlık olduğu belirlenmiştir.
2. Öğrencilerin PMS ile başetme konusunda desteğe ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.
3. Katılımcıların düzenli egzersiz yapma oranları oldukça düşük olması PMS semptomlarının hafifletilmesi ve öğrencilerin daha kolay sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmesi için, düzenli egzersiz konusunda teşvik edici önlemler alınması gerektiği değerlendirilmiştir.
4. Kişinin sağlığını ve sosyal yaşantısını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren PMS konusunda öğrencilere verilecek sağlık eğitimi, danışmanlık veya rehberlik programlarının sorunun çözümüne katkı sağlayabileceği ve anksiyete ve ağrılarını azaltabileceği öngörülmüştür.
5. Âdet düzeni, sigara kullanma alışkanlığı, düzenli egzersiz yapıp yapmadığı ve ailede PMS varlığı kullanılarak oluşturulan bir modelin, tanı koymak için yararlanılan PMSÖ ve diğer yöntemlere duyulan ihtiyacı belirlemede etkili olabileceği düşünülmüştür.

7. KAYNAKLAR

1. Gençdoğan B. Premenstrüel sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye’de Psikiyatr. 2006;8(2):81–7.
2. Aşcı Ö, Gökdemir F, Kahyaoğlu Süt H, Payam F. The Relationship of Premenstrual Syndrome Symptoms with Menstrual Attitude and Sleep Quality in Turkish Nursing Student. J caring Sci. 2015;4(3):179–87.
3. Garan EM. Premenstrüel sendrom ile postpartum depresyon gelişme riski arasındaki ilişkinin incelenmesi. Tıpta Uzm Tezi. 2019;
4. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. [The prevalence of premenstrual syndrome and its relationship with depression risk in adolescents]. [Anatolian J Psychiatry]. 2009;10(1):55–61.
5. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adolesanlarda premenstrüel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatr Derg. 2009;10(1):55–61.
6. Arıöz A, Ege E. Effectiveness of education in increasing the quality of life and the control of premenstrual syndrome on university students who have premenstrual syndrome problem. Genel Tıp Derg. 2013;23(3):63–9.
7. Elkin N. Sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2015;1(2):94–110.
8. Taşçı KD. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2006;5(6):434–43.
9. Erci B, Okanlı A, Kılıç D. Premenstrüel sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2010;2(2).
10. Çıtak N, Üniversitesi TFAİB. nde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sağlık ve Toplum Derg. 2002;12(3):69–80.
11. Bölükbaş N, Tiryaki N. Öğrencilerin premenstrual sendrom hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Hemşirelik Forumu Derg. 2003;6(3):44–9.

12. Sayal E, Do Z, Atay O, Okyar M, Karada B, Özcan Y. Premenstrüel sendrom yaygınlığı ve değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekim Derg. 1998;2(2):72–5.
13. Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. Maturitas. 2015 Dec;82(4):436–40.
14. Babazadeh R, Keramat A. Premenstrual syndrome and complementary medicine in Iran: a systematic review. KAUMS J. 2011;15(2):174–87.
15. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. Arch Fam Med. 1999;8(2):122–8.
16. LM D, PJ M, MH H. Premenstrual syndrome. Am Fam Physician. 2003;67(8):1743–840.
17. Brechin S, Owen P. Management of premenstrual dysphoric disorder. Hosp Med. 2003 Jun;64(6):348–51.
18. Teng C-T, Filho AHGV, Artes R, Gorenstein C, Andrade LH, Wang Y-P. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005 Feb;255(1):51–6.
19. Zendehdel M, Elyasi F. Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. J Fam Med Prim care. 2018;7(2):346–56.
20. Karami J, Zalipoor S, Pourjavad M. Efficacy of emotional disclosure on premenstrual syndrome. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2015;17(131):6–12.
21. Novak E. Berek & Novak's gynecology. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
22. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. Psychoneuroendocrinology. 2003 Aug;28 Suppl 3:55–99.
23. Abay H, Kaplan S. Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management. 2018;
24. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. lippincott Williams & wilkins; 2005.
25. Buddhabunyakan N, Kaewrudee S, Chongsomchai C, Soontrapa S, Somboonporn W, Sothornwit J. Premenstrual syndrome (PMS) among high

- school students. *Int J Womens Health*. 2017;9:501–5.
26. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ*. 2011 Jun;342:d2994.
 27. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013.
 28. A D-M, K S, A D, Sattar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res*. 2014 Feb;8(2):106–9.
 29. Goker A, Artunc-Ulkumen B, Aktenk F, Ikiz N. Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. *J Obstet Gynaecol*. 2015 Apr;35(3):275–8.
 30. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. *Saf Health Work*. 2016 Mar;7(1):78–82.
 31. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Dec;13(6):485–94.
 32. Takeda T, Koga S, Yaegashi N. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Dec;13(6):535–7.
 33. Ogebe O, Abdulmalik J, Bello-Mojee MA, Holder N, Jones HA, Ogun OO, Omigbodun O. A comparison of the prevalence of premenstrual dysphoric disorder and comorbidities among adolescents in the United States of America and Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Dec;24(6):397–403.
 34. Rapkin AJ, Mikacich JA. Premenstrual dysphoric disorder and severe premenstrual syndrome in adolescents. *Paediatr Drugs*. 2013 Jun;15(3):191–202.
 35. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sex Reprod Healthc*. 2011 Jan;2(1):21–7.

36. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. A simple method of assessing premenstrual syndrome in large prospective studies. *J Reprod Med.* 2007 Sep;52(9):779–86.
37. Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Oct;116(2):201–6.
38. Arbabi M, Shirmohammadi M, Taghizadeh Z, Mehran A. The effect of premenstrual syndrome on quality of life in adolescent girls. *Iran J Psychiatry.* 2008;105–9.
39. Dennerstein L, Lehert P, Backstrom TC, Heinemann K. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertil Steril.* 2010 Aug;94(3):1059–64.
40. Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Rich-Edwards JW, Hankinson SE, Manson JE. Premenstrual Syndrome and Subsequent Risk of Hypertension in a Prospective Study. *Am J Epidemiol.* 2015 Dec;182(12):1000–9.
41. Takeda T, Imoto Y, Nagasawa H, Takeshita A, Shiina M. Stress fracture and premenstrual syndrome in Japanese adolescent athletes: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2016 Oct;6(10):e013103.
42. Hsiao M-C, Liu C-Y. Unusual manifestations of premenstrual syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Feb;61(1):120–3.
43. Indusekhar R, Usman SB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007 Apr;21(2):207–20.
44. Koci A, Strickland O. Relationship of adolescent physical and sexual abuse to perimenstrual symptoms (PMS) in adulthood. *Issues Ment Health Nurs.* 2007;28(1):75–87.
45. Tieraona Low Dog M. Premenstrual Syndrome. In: *Integrative Medicine (Fourth Medicine)*. Fourth Edi. 2018. p. 560–8.
46. Rubinow DR, Hoban MC, Grover GN, Galloway DS, Roy-Byrne P, Andersen R, Merriam GR. Changes in plasma hormones across the menstrual cycle in

- patients with menstrually related mood disorder and in control subjects. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158(1):5–11.
47. Zietal BE. The Premenstrual Syndrome" (1953), by Raymond Greene and Katharina Dalton. In: Embryo Project Encyclopedia. 2017.
 48. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BWJ. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane database Syst Rev.* 2012 Mar;(3):CD003415.
 49. Kellner R, Buckman MT, Fava GA, Pathak D. Hyperprolactinemia, distress, and hostility. *Am J Psychiatry.* 1984;
 50. Bohnert KJ. Clinical study on chaste tree for menstrual disorders. *Q Rev Nat Med Spring.* 1997;19–21.
 51. MUNDAY MR, Brush MG, Taylor RW. Correlations between progesterone, oestradiol and aldosterone levels in the premenstrual syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1981;14(1):1–9.
 52. Chuong CJ, Coulam CB, Kao PC, Bergstralh EJ, Go VLW. Neuropeptide levels in premenstrual syndrome. *Fertil Steril.* 1985;44(6):760–5.
 53. Budoff PW. The use of prostaglandin inhibitors for the premenstrual syndrome. *J Reprod Med.* 1983;28(7):469–78.
 54. Hamilton JA, Parry BL, Alagna S, Blumenthal S, Herz E. Premenstrual mood changes: A guide to evaluation and treatment. *Psychiatr Ann.* 1984;14(6):426–35.
 55. Treloar SA, Heath AC, Martin NG. Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample. *Psychol Med.* 2002;32(1):25–38.
 56. Farasati N, Siassi F, Koohdani F, Qorbani M, Abashzadeh K, Sotoudeh G. Western dietary pattern is related to premenstrual syndrome: a case-control study. *Br J Nutr.* 2015 Dec;114(12):2016–21.
 57. Hirokawa K. Premenstrual Symptoms in Young Japanese Women: Agency, Communion and Lifestyle Habits. *Sex Roles.* 2011;65(1–2):56–68.
 58. Abdelmoty HI, Youssef MA, Abdallah S, Abdel-Malak K, Hashish NM, Samir

- D, Abdelbar M, Hosni AN, Abd-El Ghafar M, Khamis Y, Seleem M. Menstrual patterns and disorders among secondary school adolescents in Egypt. A cross-sectional survey. *BMC Womens Health*. 2015 Sep;15:70.
59. Figert AE. Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact. *Integr Physiol Behav Sci*. 2005;40(2):102–13.
 60. Hashim MS, Obaideen AA, Jahrami HA, Radwan H, Hamad HJ, Owais AA, Alardah LG, Qiblawi S, Al-Yateem N, Faris MA-IE. Premenstrual Syndrome Is Associated with Dietary and Lifestyle Behaviors among University Students: A Cross-Sectional Study from Sharjah, UAE. *Nutrients*. 2019 Aug;11(8).
 61. Ayten Arıöz. Premenstrüel sendrom (pms) sorunu olan üniversite öğrencilerinde pms semptomlarının kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. 2009.
 62. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016 Aug;94(3):236–40.
 63. Marjoribanks J, Brown J, O’Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane database Syst Rev*. 2013 Jun;(6):CD001396.
 64. Hsiao M-C, Liu C-Y. Effective open-label treatment of premenstrual dysphoric disorder with venlafaxine. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Jun;57(3):317–21.
 65. Jackson C, Pearson B, Girdler S, Johnson J, Hamer RM, Killenberg S, Meltzer-Brody S. Double-blind, placebo-controlled pilot study of adjunctive quetiapine SR in the treatment of PMS/PMDD. *Hum Psychopharmacol*. 2015 Nov;30(6):425–34.
 66. Freeman EW, Halbreich U, Grubb GS, Rapkin AJ, Skouby SO, Smith L, Mirkin S, Constantine GD. An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Contraception*. 2012 May;85(5):437–45.
 67. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, Cohen LS, Grubb GS, Bergeron R, Smith L, Mirkin S, Constantine GD. Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol

- for treating premenstrual dysphoric disorder. *Contraception*. 2012 Jan;85(1):19–27.
68. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Feb;(2):CD006586.
 69. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J, Group PSS. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(2):444–52.
 70. Ghanbari Z, Haghollahi F, Shariat M, Foroshani AR, Ashrafi M. Effects of calcium supplement therapy in women with premenstrual syndrome. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2009 Jun;48(2):124–9.
 71. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Forger NG, Powers SI, Willett WC, Johnson SR, Manson JE. Plasma 25-hydroxyvitamin D and risk of premenstrual syndrome in a prospective cohort study. *BMC Womens Health*. 2014 Apr;14:56.
 72. Kashanian M, Mazinani R, Jalalmanesh S. Pyridoxine (vitamin B6) therapy for premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Jan;96(1):43–4.
 73. Nevatte T, O'Brien PMS, Backstrom T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, Eriksson E, Freeman EW, Halbreich U, Ismail K, Panay N, Pearlstein T, Rapkin A, Reid R, Rubinow D, Schmidt P, Steiner M, Studd J, Sundstrom-Poromaa I, Yonkers K. ISPMDD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Aug;16(4):279–91.
 74. Imai A, Ichigo S, Matsunami K, Takagi H. Premenstrual syndrome: management and pathophysiology. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2015;42(2):123–8.
 75. Karaca PP. Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir sağlık Bilim Derg*. 2015;(Tablo 1):178–86.
 76. Bendich A. The Potential for Dietary Supplements to Reduce Premenstrual Syndrome (PMS) Symptoms. *J Am Coll Nutr*. 2000 Feb;19(1):3–12.
 77. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review.

- J Womens Health (Larchmt). 2009 Jun;18(6):895–9.
78. Mohebbi Dehnavi Z, Jafarnejad F, Sadeghi Goghary S. The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study. BMC Womens Health. 2018 May;18(1):80.
 79. Jing Z, Yang X, Ismail KM, Chen X, Wu T. Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome. Cochrane database Syst Rev. 2009 Jan;(1):CD006414.
 80. Jang SH, Kim D Il, Choi M-S. Effects and treatment methods of acupuncture and herbal medicine for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: systematic review. BMC Complement Altern Med. 2014 Jan;14:11.
 81. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. Arch Womens Ment Health. 2009 Apr;12(2):85–96.
 82. Hunter MS, Ussher JM, Browne SJ, Cariss M, Jelley R, Katz M. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2002 Sep;23(3):193–9.
 83. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, for the STROBE initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008;61(4):344–9.
 84. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):1149–60.
 85. George D, Mallery P. SPSS for Windows Step by Step Simple Eleventh Edition. 2003;
 86. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
 87. Mishell JDR. Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden. Am J Manag Care. 2005;11(16 Suppl):S473-9.

88. Al-Batanony MA, AL-Nohair SF. Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among University Medical Students, Al Qassim University, KSA. *Public Heal Res.* 2014;4(1):1–6.
89. Bhuvaneswari K, Rabindran P, Bharadwaj B. Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among selected college students in Puducherry. *Natl Med J India.* 2019;32(1):17.
90. Hui KT, Ip SK, Leung HL, Liu HL, Lui SF, Ng YH, Wong MF, Wong TC. Premenstrual symptoms among Chinese female undergraduates: relationship with stress and mental health. *HKJGOM;* 2005.
91. Işık H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish J Med Sci.* 2016;46(3):695–701.
92. Kaya D, Gölbaşı Z. Hemşirelik/Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(4):305–11.
93. Tarı Selçuk K, Avcı D, Alp Yılmaz F. The prevalence of premenstrual syndrome among nursing students and affecting factors. *J Psychiatr Nurs.* 2014;5(2):98–103.
94. Zaka M, Mahmood KT. Pre-menstrual syndrome-a review. *J Pharm Sci Res.* 2012;4(1):1684.
95. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. 1997;
96. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Derg.* 2003;51(4):390–7.
97. Ölçücü B, Vatansever Ş, Özcan G, Çelik A, Paktaş Y. Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi İle Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilim Derg.* 2015 Apr;2015(4):294–303.
98. Aşcı Ö, Süt HK, Gökdemir F. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom

prevalansı ve risk faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Elektron Derg. 2016; 9(3):79–87.

99. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology. 2003; 28:25–37.

8. EKLER

EK 1. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ (PMSÖ)

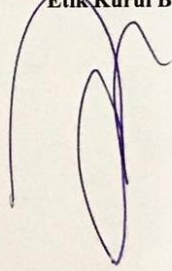
Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA** olma durumunu cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmamasını değerlendirmeyiniz. Hiçbir soruyu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

ADETEN BİR HAFTA ÖNCE

	Örnek Soru	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum.					
2	İçimden ağlamak geliyor.					
3	Canım sıkılıyor.					
4	Kendimi bezgin hissediyorum.					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor.					
6	Herşey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum.					
12	Kendimi yorgun hissediyorum.					
13	Sanki herşey kötü olacak.					
14	Çok çabuk yoruluyorum.					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor.					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum.					
18	Her zamanki işler beni yoruyor.					
19	Kendimi sinirli hissediyorum.					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum.					

21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum.					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor.					
23	Sinirlerim geriliyor.					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum.					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.					
26	Kendimi değersiz görüyorum.					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum.					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor.					
29	Dalıp gidiyorum.					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum.					
31	Baş ağrısı oluyor.					
32	Kaslarım ağrıyor.					
33	Eklem yerlerim ağrıyor.					
34	İştahım artıyor.					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum.					
36	Daha fazla yemek yiyorum.					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor.					
38	Uykumda bölünme oluyor.					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum.					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.					
41	Göğüslerim şişiyor.					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı.					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum.					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum.					

EK 2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Bölümü : Dekanlık Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/20 Konu : Etik Kurul Kararı		
07.11.2019		
Sayın:Arş.Gör.Dr.Berfin DENİZ YAŞAR Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi		
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Atatürk Üniversitesi Tıp fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Yaygınlığı, Bilgi Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemleri" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR Etik Kurul Başkanı		
		
Eki : 1 Adet Etik Kurul Kararı		



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Berfin DENİZ YAŞAR
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Atatürk Üniversitesi Tıp fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Yaygınlığı, Bilgi Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemleri
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 27	Tarih: 07.11.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr.Ayşe AKSOY
Üye

Doç.Dr.Yasemin ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.Sinan ÇALMAZ
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK 3. Veri Toplama Formu

TIP FAKÜLTESİ BİRİNCİ VE ALTINCI SINIF ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRÜEL SENDROM YAYGINLIĞI, BİLGİ DÜZEYLERİ VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Yaşınız:
Boyunuz:
Kilonuz:
Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 1.İyi 2.Orta 3.Kötü

Sigara kullanıyor musunuz?	0. Hayır 1. Evet	Haftada en az üç kez ve en az 20 dk egzersiz yapar mısınız?	0. Hayır 1. Evet
Günlük bir fincandan fazla kahve tüketir misiniz?	0. Hayır 1. Evet	Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?	0. Hayır 1. Evet
Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanır mısınız?	0. Hayır 1. Evet	Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?	0. Hayır 1. Evet

İlk adet yaşıınız: kaç gün sürer?	Kaç günde bir adet olursunuz?		Adetiniz
Doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz?	0. Hayır 1. Evet	Adet dönemlerinde genellikle ağrı yaşar mısınız?	0. Hayır 1. Evet
Adet gören kadınların yüzde kaçında premenstruel sendrom (PMS) bulunur?	1. %25 2. %50 3. %75 4. %85	PMS en sık hangi yaş aralığında görülür?	1. 15-25 2. 20-30 3. 25-40 4. 41-55
Aşağıdakilerden hangisi PMS riskini <u>artırmaz</u>?	1. Alkol 2. Kahve 3. Uyku 4. Kilo alma 5. Sigara	Premenstruel sendromun daha şiddetli bir şekli şunlardan hangisidir?	1. Premenstrüel disforik bozukluk 2. Menstrüasyonla ilişkili duygudurum bozukluğu

			3. Luteal boukluk 4. Baby blues
Premenstrüel sendromla ilişkili kaç farklı semptom vardır?	1. 15 2. 25 3. 100 4. 150	PMS kimlerde nispeten az görülür?	1. Ev kadınlarında 2. Çalışan kadınlarda 3. Eğitimi yüksek olanlarda 4. Doğurmamış kadınlarda
PMS tanısı nasıl konur?	1. Kan tahlili ile 2. Fizik muayene bulguları ile 3. Öykü ile 4. Ultrason görüntüleme ile	Premenstrüel sendrom (PMS) tanısı koymak için şunlardan hangisi zorunludur?	1. PMS ile ilgili ≥ 5 belirti olmalı 2. Belirtiler sadece adet in ikinci fazında görülmelidir. 3. Belirtiler her gün olmalıdır. 4. Belirtiler en az 1 yıldır olmalı
Premenstruel sendrom hangi fazda başlar?	A) Luteal faz B) Folliküler faz C) Menstruasyon D) Ovulasyon	Şunlardan hangisi veya hangileri premenstrüel sendrom belirtilerini azaltır?	1. Düzenli egzersiz 2. Kompleks karbonhidratlardan zengin bir diyet 3. Diyet katkıları 4. Yukarıdakilerin hepsi

Son üç adetinizin her birisinde adetten önceki 5 gün boyunca şunlardan en az biri oldu ve adet in 4-13. günlerinde azaldı mı?

Depresyon, öfke nöbetleri, iritabilite (huzursuzluk), anksiyete, konfüzyon, sosyal uzaklaşma (isteksizlik)	0. Hayır 1. Evet
Meme hassasiyeti, karında şişlik, baş ağrısı, ekstremitelerde şişme	0. Hayır 1. Evet

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

Premenstrüel Sendrom Ölçeği						
ADETEN BİR HAFTA ÖNCE		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldırırmış gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklemlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor					
38	Uykumda bölünme oluyor					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
41	Göğüslerim şişiyor					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum					

Kendinizde premenstrüel sendrom olduğunu düşünüyor musunuz? 0. Hayır 1. Evet
 Evetse başa çıkmak için ne yapıyorsunuz? (Hayırsa sorular bitmiştir)

<i>Hiçbir şey yapmıyorum</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Diyet</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Vitamin alırım</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Egzersiz</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Kalsiyum preparatı</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Magnezyum preparatı</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Hormon ilaçları</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Antidepresan/anksiyolitik</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Bitkisel ilaçlar</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Hipnoz</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Akupunktur</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Ağrı kesici kullanırım</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>
<i>Uyurum</i>	<i>0. Hayır 1. Evet</i>	<i>Diğer (Lütfen belirtiniz)</i>	

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	
---	--	---

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Atatürk Üniversitesi Aile hekimliği A.B.D. Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kenan TAŞTAN ve Arş. Gör. Dr. Berfin DENİZ YAŞAR tarafından yürütülen “Tıp Fakültesi Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Yaygınlığı, Öğrencilerin Konu ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Baş Etme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi” amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dille olmalıdır)

- Araştırmanın Amacı: Atatürk Üniversitesi tıp fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde premenstrüel sendrom yaygınlığı, öğrencilerin konu ile ilgili bilgi düzeyleri ve baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi
- Araştırmanın İçeriği: Premenstrüel sendromun öğrencilerin yaşamına ve eğitimine olumsuz yansımaları en aza indirmek için öncelikle mevcut durumun saptanması, farkındalığın belirlenmesi ve altı yıllık tıp eğitiminin bu farkındalığı oluşturmadaki etkisini anket çalışması ile ortaya koymak
- Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 4 ay
- Araştırmanın Yapılacağı Yer: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığı takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Berfin DENİZ YAŞAR

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.