SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

S.B.Ü. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN KADIN HEKİMLERDE PREMENSTRÜEL SENDROM SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Hasan Basri SİNCAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

S.B.Ü. ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN KADIN HEKİMLERDE PREMENSTRÜEL SENDROM SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Hasan Basri SİNCAR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
TEŞEKKÜR iii
KISALTMA VE SİMGELER iv
TABLO LİSTESİ v
ŞEKİL LİSTESİ vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
GİRİŞ VE AMAÇ 1
GENEL BİLGİLER 3
TANIMLAR 3
Menstrüasyon 3
Menstrüel Faz 3
Foliküler Faz 3
Ovulasyon Fazı 4
Luteal faz 4
PREMENSTRÜEL SENDROM 4
Premenstrüel Sendromun Tanımı 4
Premenstrüel Sendromun Tarihçesi 8
Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi 9
Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri 10
Premenstrüel Sendromunun Etyolojisi ve Patofizyolojisi 10
Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma 11
Seks steroidleri 11
Prostaglandinler (PG) 12
Hormon dengelerindeki değişiklikler 12
Magnezyum ve Çinko eksikliği 13
Hipoglisemi 13
Vitamin eksiklikleri 13
Stres 14
Nörotransmitterler 14
PMS'nin Psikososyal Teorisi, Faktörleri ve Kültürel yönü 15
PMS'de tanı 15
Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanı 18

Tedavi 18
Nonfarmakolojik Tedavi 19
Yaşam tarzı değişiklikleri 19
Psikoterapi 20
Cerrahi Tedavi 20
Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler 20
Farmakolojik Tedavi 20
Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) 20
Diğer serotonerjik antidepresanlar 21
Anksiyolitikler 21
Hormon tedavisi 21
MATERYAL ve METOD 23
Araştırmanın Özellikleri 23
Araştırmanın tipi 23
Araştırmanın evreni 23
Araştırmanın Örneklem Hacmi 23
Örneklem seçimi ve Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 23
Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 24
Araştırmanın Anket Formu (veri toplama formu) 24
İSTATİSTİKSEL ANALİZ 26
ETİK KURUL ONAYI 26
BULGULAR 27
TARTIŞMA 74
SONUÇ VE ÖNERİLER 81
KAYNAKÇA 84

TEŞEKKÜR

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştıma Hastanesinde geçen asistanlık dönemimde engin tecrübe ve bilgileriyle hem akademik hem mesleki olarak bana çok şey katan, iyi hekimlik dışında hoca asistan iletişimin nasıl olması gerektiğini bizlere gösteren, enerjisi ve zorlu pandemi döneminde de her daim güler yüzüyle yanımızda olan, konu ve saat farketmeksizin kendisine ulaşabileceğimizi hissettiren hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren ÖZTÜRK'e,

Asistanlığımda beraber çalıştığım ve bir aile gibi olduğumuz aile hekimliği kliniğimizdeki tüm uzmanlarımıza, hemşire, ebe, sekreter, personel, güvenlik görevlilerimizle beraber diğer çalışanlarımıza,

Asistanlık sürecinde aynı zorlu ve eğlenceli yollardan geçtiğimiz, güzel anılar biriktirdiğimiz, birbirimize her daim destek olan ve aile gibi hissettiren tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezin her aşamasında sayısız konuda destek olan, engin tecrübeleriyle yol gösteren meslektaşım, arkadaşım Uzm. Dr. Ziya KÖSEOĞLU'na

Hayatım boyunca her konuda bana destek olan, hiçbir zaman güvensizlik hissettirmeyen, iyi bir insan, iyi bir hekim olmam için bana her zaman ve her koşulda destek olan mensubu olduğum için hem şanslı hem gururlu olduğum aileme, annem Saliha'ya, babam Mehmet Latif'e, bana hep yol gösteren ilk öğretmenlerim olan ablalarım Hülya, Zeliha, Elif, Yasemin'e onlarla beraber bana abiliği tattıran sorumluluk sahibi yapan ve hep güldüren, gururlandıran kardeşlerim Miray, Büşra, Feyzanur ve Peyruze'ye, hayata umutla bakmamı sağlayan yeğenlerime, çocukluğumdan bu yaşıma kadar her zorlukta, mutlulukta, başarımda her koşulda yanımda olan, yol gösteren, abim olan eniştem İsa YILDIZ'a,

Lise yıllarından itibaren aynı yollardan ve zorluklardan beraber geçtiğim, bana her zaman kardeş olan meslektaşım Dr. Arif ERTUĞRUL'a

Tıp fakültesi yıllarının bana katmış olduğu, dostluğunu eksiksiz tarifleyebilecek herhangi bir tanımlama olmayan ve her zaman yeri ayrı olan dostum Dr. Ozan AKHAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimle.

Dr. Hasan Basri SİNCAR

KISALTMA VE SİMGELER

%: Yüzde

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

SUAM: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

PMS: Premenstrüel Sendrom

HPF: High Power Field

ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists): Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği

PMDB (PMSD): Premenstrüel Sendrom Disforik Bozukluk

Max: Maksimum

Med: Medyan

Min: Minimum

n: Sayı

ort: Ortalama

ss: Standart Sapma

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

RAAS: Renin- Anjiyotensin- Aldosteron Sistemi

GnRH: Gonodotropin Releasing Hormon

SSRI: Selective Serotonin Geri Alım (Reuptake) İnhibitörü

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

GABA: Gama Amino Bütirik Asit

WHO: World Health Organisation

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

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 Premenstrüel disfori bozukluk tanı kriterleri 7
Tablo 2 Katılımcılarda Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=216) 34
Tablo 3 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması 36
Tablo 4 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BKİ Açısından Karşılaştırılması 38
Tablo 5 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması . 39
Tablo 6 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması 40
Tablo 7 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Meslekteki Unvan Açısından Karşılaştırılması 43
Tablo 8 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alan Açısından Karşılaştırılması 47
Tablo 9 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı Açısından Karşılaştırılması 49
Tablo 10 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması 51
Tablo 11 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması 52
Tablo 12 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumu Açısından Karşılaştırılması 53
Tablo 13 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Düzenli Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması 55
Tablo 14 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kronik Rahatsızlık Açısından Karşılaştırılması 57
Tablo 15 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menstrüasyon Öncesi Doktora Hiç Başvurma Açısından Karşılaştırılması 59
Tablo 16 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menstrüasyon Öncesi Tedavi Alma Açısından Karşılaştırılması 61
Tablo 17 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Birinci Derece Akrabalarda Premenstrüel Sendrom Semptomları Veya Tanısı Olma Açısından Karşılaştırılması 63
Tablo 18 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menslerin Ağrılı Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması 64
Tablo 19 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Görme Yaşları Açısından Karşılaştırılması 67
Tablo 20 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Görme Süresi Açısından Karşılaştırılması 68
Tablo 21 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Tekrar Süresi Açısından Karşılaştırılması 69
Tablo 22 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Döneminde Günlük Kanama Miktarı Açısından Karşılaştırılması 69
Tablo 23 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Açısından Karşılaştırılması 71
Tablo 24 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Son 3 Ayda Psikiyatrik Tedavi Alma Açısından Karşılaştırılması 72
Tablo 25 PMS gruplarina göre çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması 73

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Katılımcıların Yaş dağılımı 27
Şekil 2 Katılımcıların BKİ dağılımı 27
Şekil 3 Katılımcıların Medeni Durum dağılımı 28
Şekil 4 Katılımcıların Çocuk Sayılarına göre dağılımı 28
Şekil 5 Katılımcıların Sigara kullanma durumlarına göre dağılımı 29
Şekil 6 Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre dağılımı 29
Şekil 7 PMSÖ TOPLAM PUANINA GÖRE PMS VARLIĞI DURUMU 30
Şekil 8 Katılımcıların Meslekteki Ünvanlarına göre dağılımları 30
Şekil 9 Katılımcıların Mesleki alanlarına göre dağılımı 31
Şekil 10 Katılımcıların Günlük Çay Kahve İçme Durumlarına göre dağılımları 31
Şekil 11 Katılımcıların Düzenli Uyku Durumlarına göre Dağılımları 32
Şekil 12 Katılımcıların Aile Planlaması Yöntemi Kullanıyor Olma durumlarına göre dağılımları **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Şekil 13 Katılımcıların Kronik Bir Hastalıklarının Olması durumlarına göre dağılımları 32
Şekil 14 Katılımcıların Menstrüasyon Öncesi Doktora Başvuru Durumlarına göre dağılımları 33
Şekil 15 Katılımcıların Menstrüasyon Öncesi Tedavi Alma durumlarına göre dağılımları 33
Şekil 16 Katılımcıların Menslerinin Ağrılı olma durumlarına göre dağılımları 34
Şekil 17 Katılımcıların Mens Görme Yaşlarına göre dağılımları 34

ÖZET

Amaç: Çalışmamız sadece kadın üreme sisteminde olan, biyolojik bir döngü olan menstrüel siklusun geç luteal döneminde görülebilen ve sadece bu döneme spesifik olan foliküler dönemde en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, davranışsal ve psişik değişiklikler olarak kabul edilen premenstrüel sendromun sıklığını, kadınlar üzerindeki etkisi, özellikle kadın hekimler üzerindeki sonuçları ele almayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tek merkezli bir anket çalışması olmakla beraber, 01.07.2022 ile 31.08.2022 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışan 18-49 yaş arası kadın hekimleri kapsayacak şekilde çalışılmıştır. Katılımcılara 'Premenstrüel Sendrom Ölçeği' anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 217 kadın hekim katılmış olup katılımcıların %39,4'ü 18-28 yaş arası, %35,6'sı 29-32 yaş arasında idi. Premenstrüel Sendrom tanı kriterleri açısından değerlendirildiğinde yapılan analizde katılımcıların%61,6'sı olan 133 kişide Premenstrüel sendrom saptanmıştır. PMS'nin 18-28 yaş arası gibi daha genç yaşlarda daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Medeni durumu bekar olanlarda PMS'nin daha sık olduğu gözlenmiştir. (p=0,05) PMS'nin çocuk sayısı arttıkça azaldığı çocuk sahibi olmayanlarda PMS'nin daha fazla olduğu gözlenmiştir.(p=0,05) PMS sıklığının mesleki ünvanla değiştiği, öğretim görevlisi olan kadın hekimlerde daha yüksek bulunduğu gözlenmiştir.(p=0,001) PMS'nin cerrahi branşta olan kadın hekimlerde daha sık olduğu da gözlenen bulgulardan biridir.(p=0,05) Günlük çay/kahve tüketimi 3 veya daha fazla olanlarda PMS'nin daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bunların yanında sigara ve veya alkol kullananların da PMS açısından daha riskli olduğu gözlemlenmiştir. Düzenli egzersiz yapan kadın hekimlerde PMS'nin daha az saptandığı gözlemlenmiştir. (p=0,006) Düzenli uyumanın PMS riskini azalttığı düzenli uyumayan kadın hekimlerde PMS'nin daha sık olduğu gözlemlenmiştir. Menstrüasyon öncesinde 'ağrı' yaşayan kadın hekimlerde PMS'nin daha sık görüldüğü gözlenmiştir (p=0,008).

Sonuç: Katılımcılarımız olan kadın hekimlerde PMS'nin önemli bir sağlık problemi olduğu ve sıklığının ciddi boyutlarda olduğu görülmüştür. Saptanan şikayetlerin kadın hekimlerin sosyal hayatlarını, iş hayatlarını, ruhsal durumlarını beraberinde ailevi durumlarını da olumsuz etkilediği görülmüştür. Kadın hekimlerin ve dolayısıyla beraber çalıştıkları iş arkadaşlarının, mesleki performanslarının etkilenmemesi biyopsikososyal problemler yaşanmaması içim PMS tanımlanması, mümkünse engellenmesi, tanısının koyulup tedavi edilmesi gerektiği çok net

olarak görülmüştür. Bu süreçte PMS tanısına giden süreçte biz hekimlere önemli bir görev düşmektedir. Bu şikayetlerle ilişkili faktörleri ve bunlara neden olan durumları belirlemek için daha detaylı ve ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: PMS, Dismenore, Semptom, Sıklık, Kadın Hekimler

ABSTRACT

Aim: Our study focused on the frequency of premenstrual syndrome, which is considered as physical, behavioral and psychic changes, which is only in the female reproductive system, can be seen in the late luteal period of the menstrual cycle, which is a biological cycle, and which is not seen for at least one week in the follicular period specific to this period, especially aimed its effects on women and to address the results on female physicians.

Materials and Methods: Although this study is a single-centered survey study, it was studied to include female physicians between the ages of 18-49 working at Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital between March 2022 and May 2022. The 'Premenstrual Syndrome Scale' questionnaire was applied to the participants. The obtained data were analyzed using appropriate statistical methods.

Results: A total of 217 female physicians participated in our study, and 39.4% of the participants were between the ages of 18-28 and 35.6% were between the ages of 29-32. When the Premenstrual Syndrome was evaluated in terms of diagnostic criteria, Premenstrual syndrome was found in 133 people, 61.6% of the participants in the analysis. It has been observed that PMS is more common in younger ages, such as those between the ages of 18-28. It has been observed that PMS is more common in those whose marital status is single. (p=0.05) It was observed that PMS decreased as women's number of children increased and PMS was higher in those who did not have children. (p=0.05) It was observed that the frequency of PMS changed with professional title, and it was higher in female physicians who were lecturers.(p=0.001) It is one of the findings observed that PMS is more common in female physicians who are in surgery. In addition, it has been observed that those who use cigarettes and alcohol are at a higher risk in terms of PMS. It has been observed that PMS is less common in female physicians who exercise regularly. (p=0.006) It was observed that regular sleep reduced the risk of PMS, and PMS was more common in female physicians who did not sleep regularly. It has been observed that PMS is more common in female physicians who experience 'pain' before menstruation (p=0.008).

Conclusion: It has been observed that PMS is an important health problem and its frequency is serious in female physicians who are our participants. It has been observed that the detected complaints negatively affect the social lives, work lives, and mental states of female physicians, as well as their family situations. It has been clearly seen that PMS should be defined, if possible, prevented, diagnosed and treated in order not to affect the professional performance

of female physicians and therefore their colleagues, and to avoid biopsychosocial problems. In this process, we, the physicians, have an important role in the process leading to the diagnosis of PMS. It has been seen that more detailed and advanced studies are needed to determine the factors associated with these complaints and the conditions that cause them.

Key Words: PMS, Diysmenorhea, Symptom, Frequency, Female Physicians

GİRİŞ VE AMAÇ

Premenstrüel sendrom (PMS) 1932 yılında ilk kez Frank tarafından tanımlanan üreme döneminde bulunan kadınlarda periyodik olarak menstrüel siklusun ikinci evresi olarak adlandırılan geç luteal döneminde halsizlik, memelerde şişkinlik, baş ağrısı ve tartı artışı vs gibi bilişsel, somatik, emosyonel bozukluklar, depresif duygudurum, irritabilite ve gerginlik gibi ruhsal belirtilerle kendini gösteren ve menstrüasyonun gerçekleşmesiyle ortadan kalkması olarak tanımlanan önemli jinekolojik problemlerdendir (1) (2). Semptomlar, ilk menstrüasyon olarak tanımlanan menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabildiği ve şikayetlerin yaşla artmakta olduğu belirtilmiştir. Semptomların unutkanlık, konsantrasyonda azalma, alınganlık, gergin olma, alınganlık gibi fiziksel, bilişsel, yaygın duygu durum değişikliği gibi ruhsal açıdan da çok sayıda olması ve kişiden kişiye farklılık göstermesi premenstrüel sendromun tanımlanmasını zorlaştırmaktadır. Premenstrüel sendromun az görülen ve daha ağır şekli olarak bilinen 'Premenstrüel disforik bozukluk' sinirlilik, gerginlik, irritabilite, duygu durum değişikliği ve disfori gibi göze çarpan semptomlarla tanımlanmaktadır. 'Adet Öncesi Disforik Bozukluk (AÖDB)' olarakta bilinen bu tanımlama DSM-5'te "Depresyon Bozuklukları" sınıflaması içinde tanı kriterleriyle tanımlanmış olsa da, bu tanımlamalarda terminoloji tartışmaları halen daha devam etmektedir. Hastalığın sebebi tam olarak aydınlatılamamış olmakla beraber etyolojisinde biyopsikososyal nedenlerin olduğu tahmin edilmektedir (3). Genetik faktörler, seks hormon değişimlerine hassaslık, sosyal ve psikolojik nedenler, serotonerjik disfonksiyon gibi faktörlerin etyolojide yer aldığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.

Premenstrüel sendrom üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen hastalıklardan biri olmakla beraber kadın nüfusunun %70-90'ında görülebildiği ve %3-8'inde tedavi ihtiyacı hissedecek kadar ağır geçirildiği belirtilmiştir. Farklı coğrafyalarda prevelansı farklı bulunmuştur. Örnek vermek gerekirse Brezilya'da %60 Çin'de %21 olarak saptanmıştır. 2015 yılında yapılan bir çalışmada genel prevalansı %48 olarak bulunmuştur. (2) Ülkemizde 2010 senesinde Kayseri ilimizde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %39,8, Gaziantep'te üniversite talebeleri arasında yapılan başka bir çalışmada %57.4 olarak bulunmuştur (4)(5).

Görüldüğü gibi PMS oldukça sık görülen, kadınlarda hayatı tehdit etmemekle beraber günlük yaşam aktivitelerinde, çalışma potansiyeli ve eğitim alanında ki her türlü performansta belirgin

düşüşlere neden olmakla beraber mesleki üretkenliği azalttığı, akademik çalışmalardaki performansı azalttığı bir çok çalışmada belirtilmiştir. PMS`nin birçok psikiyatrik hastalığın prognozunu etkilediği, kişinin zaten var olan hastalıklarını agreve edebildiği prognozunu etkilediği de görülmüştür. Tedavisi olmasına rağmen ortaya konan çalışmalarda hastaneye başvuru oranının menstrüasyon öncesi semptomların normal görülmesi sebebiyle düşük olduğu görülmüştür (6)(7).

Premenstrüel sendromun tanımı, etyolojik faktörlerinin prevalansı ve tedavi algoritmaları hala tartışıldığı ve net olarak ortaya koyulamadığı görülmektedir. Kadınlarımızın iş hayatındaki etkisini, başarısını, aile içi bağları, çevresini, yaşam kalitesini ve daha birçok açıdan kötü etkilediği aşikar olan PMS ile ilgili daha fazla araştırma yapılması gerektiği ülkemizdeki az sayıda çalışma olmasından anlaşılmaktadır. Ülkemizde özellikle sağlık sektöründe kadınlarımızın çok önemli rolü olduğu bilinmekle beraber kadın hekimlerde PMS`nin sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin irdelendiği çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma ile S.B.Ü Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 18-49 yaş arası kadın hekimlerde PMS sıklığının belirlenmesi, PMS`nin sosyodemografik özellikler ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

TANIMLAR

Menstrüasyon

Menstrüel döngü; yalnızca kadın üremesinde mevcut olan, hipotalamus, hipofiz ve ovaryum kaynaklı hormonlarının birbirlerini ve diğer hormonlarla etkileşimlerinden oluşan, günlük hayatımızı temelden etkileyen bedenimizdeki sirkadiyen ritim gibi en önemli biyolojik sikluslardan biridir. Bir tür hazırlık aşaması olarak değerlendirilen ve erkeklerde mevcut olmayan bu döngüsel durum dişilerde döllenme ve gebelik için olmazsa olmaz periyodik değişimler olarak görülmektedir (8). Dişilerde menopoza kadar devam eden bu siklusların ergenliğin son evresinde başladığı ve döngü aralığı 19-30`lu yaşlar süresince düzenli bir döngü halinde seyreder. Her siklus sonunda; birleşme olarak adlandırılan gebelik meydana gelmediyse endometriyumun tabakalarından olan iç tabaka vücuttan atılır ve devamında mens kanaması olarak adlandırılan ve 4-5 gün sürebilen dönemle devam eder. Kanamanın başladığı gün menstrüel döngünün başlangıcıdır. Bu 24-35 günlük sikluslarla tekrarlayan ve ortalama olarak 28 gün olarak kabul edilen bu siklus ailesel özelliklere göre de değişkenlik gösterebilmektedir (9).

Menstrüel Faz

Kanamanın devam ettiği ve 1 ile 4 gün kadar sürebilen Menstrüel döngünün bir evresidir.

Foliküler Faz

Bu süreç bir önceki döngünün luteal evre sonundan başlayıp ovulasyona kadar devam eden ve bu evrede sentezlenen Gonadotropin Serbestleyici Hormon (GnRH) tarafından salınımları arttırılan granüloza hücrelerinden östrojen sekresyonunu sağlayan Folikül Stimüle edici Hormon (FSH) ve Luteinleyici Hormon (LH)'ın görev aldığı foliküler faz olarak tanımlanmaktadır. FSH ek olarak folikülleri de olgunlaşmasını sağlamaktadır. Menstrüel döngünün 5-7. Günlerinde biri hariç diğer folikülleri atreziye uğrar. Dominant folikül olarak adlandırılan atreziye olmayan folikülde serumdaki FSH artışıyla granülosa hücre sayısı ve östrojen sekresyonunda artış meydana gelir (10).

Ovulasyon Fazı

Bu fazda LH artışındaki ani ve belirgin artışıyla folikülün yırtılması ve oositin atılmasına sebep olan folikülden E2 (estradiol) sekresyonunu aynı zamanda endometriumda hücre artışına da neden olur. Artan LH progesteronu bir dizi reaksiyonla arttırmasıyla artan progesteron FSH ve LH seviyesini daha da yükseltir. Bu sıralı düzenle olgunlaşan ovum oositten atılır. Bu olayın gerçekleştiği faz menstrüel döngünün ovulasyon fazı olarak adlandırılır (11).

Luteal faz

GnRH'ın azalması ve beraberinde LH ile FSH düzeylerinin de azalmaya başlamasıyla 'korpus luteum'dan progesteronla beraber '17 hidroksiprogesteron' sentezlenir. Bu sentezle beraber östrojenin de artması endometriyumun sekretuvar faza girmesine neden olan bu süreç ovulasyonun 8-10 gün sonrasına denk gelir. Progesteron seviyeleri östrojenle beraber düşüşe geçer. Menstrüel döngünün 1. evresi foliküler 2. Evresi ovulasyon 3. Evresi luteal ve 4. Evresi menstrüel evredir. Dördüncü evrede endometriyumun iç katmanının atılmasına 'menstruasyon kanaması' denir (11). Bu kanamanın birinci günü mens döngüsünün birinci günü olarak görülür ve siklus bir sonraki adet kanamasına kadar sürer. Luteal evre yaklaşık 14 gün ve genellikle sabit olmakla beraber foliküler faz ise 7 ile 21 gün kadar devam edebilmektedir (12).

PREMENSTRÜEL SENDROM

Premenstrüel Sendromun Tanımı

Doğurganlık çağındaki kadınların çoğunluğunda, mens başlamadan 24-48 saat önce önemli problemlere ve fonksiyonel sorunlara sebep olmayan ve premenstrüel sendrom (PMS) olarak kabul edilmeyen, hafif fiziksel ve duygudurum değişiklikleriyle karakterize duygusal semptomlar hissedebilirler (2). Buna ek olarak, klinik açıdan anlam ifade eden PMS'nin bilimsel ve kültürel bakımdan çok farklı şekillerde tanımı yapılmış olmasına rağmen henüz kabul edilmiş ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Bunun yanında döngüsel bir tablo olmakla beraber Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (ACOG) PMS'yi adet siklusunun başlangıcından 4-6 gün sonrasına kadar hissedilebilen, menstrüasyon döngüsünün geç luteal evresinde, bu zamana özel olarak gelişen, en az 3 menstrüasyon döngüsünde tekrar eden, ekonomik ve sosyal işlev bozukluğu ile bağlantılı somatik, psişik, emosyonel ve davranışsal bir veya birden fazla semptomu olan ve en önemlisi menstrüasyonun meydana gelmesiyle hemen hafifleyerek ortadan yok olan, foliküler evrede en az 7 gün süreyle görülmeyen döngüsel bir kavram olarak tanımlanmaktadır (13)(14,15).

Bir çok kadında premenstrüel semptomların ifade edilmesi ve premenstrüel bozuklukların gruplandırılması ve ayrıştırılabilmesi için yeterli tanımlama ve görüş birliğinin olmaması PMS prevelansını da etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda çok farklı oranlar farkedilmiş olup PMS'nin gerçek prevelansını göstermek tanısal farklılıklar nedeniyle daha da zor olmaktadır. Kadınlarda 'Premenstrüel siklus'ta semptomların daha hafif görüldüğü ve tedavi ihtiyacı hissetmedikleri durumun 'Premenstrual Molimina' olarak tanımlanmasıyla beraber bu dönemde sadece psikiyatrik şikayetlerin daha fazla hissedilmesi ise 'Premenstrual Magnifikans' (PMM) olarak tanımlanmaktadır. Reprodüktif dönemdeki kadınların %5-10'u kadarının günlük yaşamlarını kötü etkileyecek semptomların yaşadığı belirtilmesine rağmen PMS'nin semptomlarını hissedenlerin kadınların %80-90'ı kadar olduğu tahmin edilmektedir (16,17).

PMS ile eş anlamlı olarak görülen "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder - LLPDD) semptomları ve kriterleri ilk olarak 1987'deki yayınlarda kabul görmüştür. Ancak tüm PMS'li hastaları kapsamadığı gerekçesiyle tartışmalara yol açmıştır. İlk olarak "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"ın 3. baskısının DSM-III-R ekinde, daha sonra yeniden değerlendirmeler sonrası 1994 senesinde yayımlanan 4. baskısında (DSM-IV) da yerini almıştır. Ancak bazı otorler LLPDD'nin tüm luteal evre boyunca şikayetleri olan kadınları görmezden geldiği sadece geç luteal evredekileri dikkate aldığı sebebiyle, PMS ile LLPDD'nin farklı anlamlarda kullanılması gerektiğini savunmaktadır (18). PMS, DSM IV'de "Başka Türlü Adlandırılamayan Depresif Bozukluk" kategorisi içinde "Premenstrüel Disforik Bozukluk" adıyla konumlandırılmıştır. Bu tanımlama; bir önceki sene süresince, herhangi bir organik patoloji hariç menstrüel döngülerin çoğunluğunda, luteal fazın geç evresi boyunca düzenli olarak bir takım yakınmalar (örneğin; yapılan aktivitelere ilgide kayıp, memede ağrı hassasiyet, iştah değişikliği, öfke patlaması, susama, ödem, dikkat dağınıklığı, yorgunluk, belirgin depresif duygudurum, endişe ve belirgin anksiyete) gibi hem fiziksel hem de ruhsal semptomların ortaya çıkması, bu yakınmaların menstrüel kanamanın başlamasından hemen sonraki süreçte ortadan kalkmış olması ve bu yakınmaların iş hayatında, okul başarısında ya da rutin aktivitelerde bozukluklara neden olacak kadar kötü ve etkileyici olmasıyla birlikte menstrüasyonların hemen sonrasında en az 7 gün süreyle hiç olmaması gerekmektedir (19,20).

Premenstrüel Sendrom (PMS) ve Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB); semptomların özellikleri, süreleri, şiddeti ile süreklilik durumlarına göre tanımlanan sağlık problemleridir.

Amerikan Psikiyatri birliği (APA), PMS'nin daha ciddi hali olan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) kavramını ele alırken daha özgül tanı kriterleri kullanmıştır. 2013 yılında yayınlanan 'Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın 5. baskısı DSM-V'de, depresif bozukluklar kategorisinde 'Premenstrüel Disfori Sendromu' adıyla yerini almıştır (2).

DSM-V'te mevcut olan 'premenstrüel disfori bozukluk' tanı kriterleri şunlardır;

Tablo 1 Premenstrüel disfori bozukluk tanı kriterleri

A	Aybaşı(menstruasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.
B	Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu)bulunmalıdır 1. Belirgin duygusal değişkenlik(örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık). 2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma. 3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler. 4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.
C	B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri(ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır 1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma(örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları). 2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme. 3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük. 4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma. 5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme. 6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu. 7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı,"davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler. Not: A-C tanı ölçülerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.
D	Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider
E	Bu bozukluk, yalnızca, yeğin(major) depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu(bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de)gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir
F	A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)
G	Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun(örn. Hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

*Belirtiler, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmamışsa, tanının adından sonra "geçici tanı" diye yazılmalıdır ("aybaşı öncesi disfori bozukluğu, geçici tanı") (21).

Premenstrüel Sendromun Tarihçesi

Antik çağlardan beri uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuş olup Hipokrat tarafından menstrüasyon öncesinde bazı kadınlarda intihar düşünceleri ve çok ağır belirtilerle seyreden duygudurum ve emosyonel değişikliklerin olduğu aynı zamanda bu tür semptomlara bedenlerinden kaçmak isteyen anksiyöz kanın; baş dönmesi, baş ağrısı ve bunaltıya neden olduğuna inanan ilk kişi olmuştur (22). İlerleyen zamanlar 11.yüzyılda Trotula De Salerno yazdığı 'kadın hastalıkları' hakkındaki kitabında PMS hakkında bilgiler paylaşmış daha sonra 16. Yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez 'Adet döngüsü' ile depresyon ilişkisini ortaya koymuştur. İcardi ise PMS hakkında detaylara yer vermekle beraber 'piromani' (birçok kez bilerek ve isteyerek yangına sebebiyet vermek) 'homisidal ve suisidal mani', nimfomani (kadında aşırı cinsel ilişki isteği), vs gibi birçok tanımlamaya yer vermiştir. 1840 yıllarına gelindiğinde bazı kadınların menstrüel dönemde 'histerik, nöraljik ve kaprisli' olabildiği Leacock tarafından belirtildikten sonra 1847 senesinde Dr. Ernst F.Von Feuchtersleben menstrüasyonla bağlantılı olabilecek duygu durum değişiklikleri ve ruhsal sorunlar tanımlamıştır (16,23). 1931 yılında ise 'premenstrüel gerginlik' tanımlanmasıyla Frank tarafından ilk kez literatürde yerini almış ve 15 kadın hastasının menstrüasyona bir hafta 10 gün kala başlayan rahatsızlıkları konu edinmiştir. 'Premenstrüel sendrom' tanımlamasını ise ilk olarak 1952 yılında kullanan bilim insanı Katharina Dalton olmuş ve sonrasında İngiltere'de ilk kliniği açmıştır. Devam eden 15 yıllık sürede PMS ili bağlantılı olduğu düşünülen 150 farklı semptom belirtilmiş olsa da daha geniş çaplı araştırmalar son iki dekatta artış göstermiştir (14,24).

1982 senesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) PMS tanısını ele almış ve ICD (İnternational Classification of Diseases) kodu tanımlanmasından sonra 1983 senesinde ise Amerika Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NHIS) 'PMS'yi semptomlar üzerinden ortak bir görüşte birleşmiştir. 2000 yılına gelindiğinde ise ACOG ICD koduyla beraber PMS için tanı ve tedavi kılavuzu hazırlamıştır (24)(25).

Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi

Şikayetlerin orta veya şiddetli olması, işlevsellik durumuna etkisi gözetilmeksizin yapılan epidemiyolojik çalışmalarda doğurganlık çağında olan kadınların yaklaşık %80'inin mens döneminde premenstrüel değişiklikler yaşamakta olduğunu belirtilmekle beraber PMS ve PMDD prevelansı tanı kriterlerinin kesin olmamasından dolayı tam anlamıyla bilinmemektedir (26,27). DSM-IV verilerine göre kadınların menstrüasyon öncesi minör semptomların prevelansını %50-75 olarak, emosyonel veya fiziksel bir takım PMS semptomlarını yaşayanların %20-%30 olduğu ve bunların %2-%4 kadarı PMDB açısından anlamlı olabilmektedir. PMS'nin farkında olmayan çok farklı kültürlerdeki kadınlarda da PMS tanımlanmış olmakla beraber PMS semptomlarının en sık 25-35 yaş aralığındaki grupta görüldüğü, ergenlikle başlayıp menopoza doğru azaldığı, yaş, doğum sayısı çalışma hayatı ve aile içi olayların neden olduğu stresle ile doğru orantılı olarak artış gösterdiği belirtilmiştir (28). Bunların yanında kültürel farklılıklar, eğitim seviyesi, medeni durum, ırk ile PMS arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmekle beraber genetik etkenlerin da etkisi olabileceği hatta monozigot ikizlerde ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla PMS semptomlarının görüldüğü yapılan bazı çalışmalarda ortaya konmuştur. PMS ile psikiyatrik hastalıklar arasında ilişki olduğu düşünülmekle beraber yapılan çalışmalarda tartışmalar devam etmektedir (28–30).

PMS prevelansının dünyada %47-%48 olarak belirtilirken; yapılan meta analizlerde Avrupa' %41, Afrika'da %83, Asya'da %45 olarak gösterilmesiyle beraber ülke bazında %12 oranı ile en düşük Fransa'da, %98 görülme sıklığı ile en yüksek İran'da görüldüğü saptanmıştır (31,32). PMS prevalansı, Türkiye'de yapılmış olan toplum kaynaklı çalışmalarda; 15-25 yaş grubundaki kadınlarda %17,2-%67,5 iken 15-49 yaş grubunda ise bu oran %5-%76 olarak saptanmıştır (32–35).

Pınar ve ark.nın çalışmasında; katılımcıların %11.8'inde ağır, %53.5'inde ise hafif düzeyde PMS semptomlarının olduğu gösterilmiştir (36). Demir ve arkadaşlarının 19-49 yaş aralığındaki sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada PMS sıklığı %20,1 şeklindeyken; %91,7 katılımcıda ise premenstrüel dönemde az da olsa yakınmanın mevcut olduğu ortaya konmuştur. Gaziantep'te üniversite öğrencileri arasında yapılan bir meta analizde %57,4 olduğu gösterilmiştir (36–38).

Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri

PMS ve PMDD'yi etkileyen genetik özelliklerin rolü ile alakalı kesin bulgular olmamakla beraber ruhsal, sosyokültürel ve biyolojik konularla bağlantılı çok sayıda risk faktörü mevcut olup; sosyodemografik ve genetik özellikler, düşük eğitim düzeyi, hayat tarzı, sigara içimi, travmatik olaylar, hipofiz- hipotolamus aksında bozulmalar veya anksiyete bozukluğu öyküsü olanlar bunlara örnek gösterilebilir (39–41). Annesinde PMS öyküsü olan kadınlarda ve monozigot ikizlerde dizigot ikizlere nazaran daha fazla PMS görüldüğü belirtilmiştir. Biyolojk yaşla semptomların ve sıklığının arttığını gösteren yayınlar olmakla beraber tam tersini savunan yayınlar da mevcuttur (16,42). Fiziksel özelliklerin de PMS sıklığını etkilediği gösterilmiş olup obezitenin ve Siyah ırk'ın prevelansı iki kat kadar arttırabildiği gösteren çalışmalar mevcuttur (43,44). PMS'nin duygudurum ve anksiyete ile güçlü ilişkisi olduğunu belirten çalışmalar mevcut olmakla beraber PMS'nin 'psikiyatrik hastalıklar' riskini de arttırdığı gösterilmiştir (45).

Premenstrüel Sendromunun Etyolojisi ve Patofizyolojisi

PMS'nin etyolojisi ilk olarak vücutta su tutulması daha sonra progesteron noksanlığı ve seks steroidleri arasındaki ilişkinin bozulması olarak düşünülmüş olsa da tüm bunların yanlış olduğu anlaşılmıştır. Güncel görüş biyopsikososyal etmenlerin etyolojide yer aldığıdır. Şiddetli olmayan PMS semptomları; doğurganlık çağdaki çoğu kadında görülür ve sıklığına bakıldığında aslında patolojik değil fizyolojik olduğu düşünülmelidir (46). Hayvan çalışmalarında, ovulasyon öncesi dönemde östrojen yükseldiğinde cinsel isteğin arttığı ve agresyonun bu süre boyunca minimalize olduğu tespit edilmiştir. Başka çalışmalarda ise, siklus bağımlı agresyonun östrojen-progesteron dengesindeki değişikliklere karşı daha ilişkili olduğu belirtilmiştir. PMS'nin kesin patofizyolojisi net olarak gösterilmediği ancak luteal faz döneminde gonadal steroidlerdeki değişikliklere sebep olan bir bozukluk olduğu tahmin edilmektedir. Bunun seks steroidlerindeki döngüsel değişiklikler ile merkezi sinir sistemindeki normal olan hormonal dalgalanmaların ve nörotransmitterlerin işleyişi arasındaki etkileşimin sebep olduğu tahmin edilmektedir (46–48). PMS patogenezinde en güçlü etkili olan nörotransmitter 'serotonin'dir, ancak beta-endorfin, gama-aminobütirik asit (GABA) ve otonom sinir sistemini gösteren sonuçlar da vardır (22).

Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma

Vücuttaki etkilerine bakıldığında oldukça geniş yelpazesi olan endorfinler, biyojenik aminleri etkilerini etkisizleştirerek emosyonel ve duygu durumu değiştirme, iştah artırıp azaltma ve susama hissine etki edebilmektedirler. Ayrıca merkezi hormon dalgalanmalarını etkileyerek davranışlarda, uyku düzeni ve döngüsünde, vücut termometresini düzenlemede ve barsak hareketlerinde etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Akut opiat noksanlıklarında vücutta hiperirritabilite ve agressivite gibi değişikliklerin meydana geldiği bilinmektedir. Normal menstrüel siklusta beta-endorfin luteal evrede artış göstermekte, foliküler evrede azalma eğilimi göstermektedir. PMS'li kadınlarda ise luteal siklustaki beta-endorfin seviyesinin düşük olduğu gösterilmiştir (49).

Seks steroidleri

Eski dönemlere nazaran doğurganlığın azaldığı, haliyle emzirme dönemlerinin süresinin kısalması sebebiyle uzun süren 'amenore'ler ve hormon dalgalanmalarının daha az olması günümüzde PMS semptomların daha sık olmasının sebebi olarak gösterilmiştir. PMS'de post-ovulasyon döneminde hissedilen rahatsızlıkların menstrüasyon kanamasıyla beraber azalmaya başlamaktadır. Benzer sebeple over fonksiyon bozukluğu olan veya anovulasyon dönemlerinde olan kadınlarda bu tip şikayetlerin çok az hissedildiği bilinmektedir. Bundan dolayı döngüsel bir bozukluk olarak tanımlanan PMS etiyolojisinde seks steroidlerinin üzerinde durulmakla beraber; gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonisti ile tedavi edilen ooferektomi gibi PMS semptomlarının azalarak kaybolduğu birden fazla çalışmayla ortaya konmuştur (50). PMS' nin luteal dönem ile olan ilişkisinde, seks hormonlarındaki ovulatuvar dönemdeki dalgalanmaların neden olduğu tahmin edilmektedir. Yapılan deneylerde, menstrüel döngü süresince PMS semptomları yaşayan kadınlar ve kontrol grupları arasında seks steroidlerinin periferik düzeylerinde herhangi bir fark olduğu görülmemiştir. Bu sonuç semptomatolojinin yatkın kadınlarda bu hormonlardaki normal dalgalanmalara karşı 'yüksek sensitivite'den kaynaklı bir yanıtın sebep olduğu düşündürmektedir (51,52). PMS ve PMDD olası nedenleri arasında progesteron ve progesteron metabolitlerinin olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca progesteron reseptöründeki noksanlıklar da PMS /- PMDD'nin olası sebepleri olarak tahmin edilmektedir. Bununla beraber, anlatıldığı gibi, PMS'li bireylerde serum progesteron konsantrasyonları normal seviyededir. Ek olarak, progesteron metabolitleri, allopregnanolon ve pregnenolonun serumdaki seviyeleri, PMS'li kadınlarda PMS görülmeyen kadınlarla

eşdeğerdir (53). Ek olarak, progesteronun luteal dönemdeki etkisini bir progesteron reseptör antagonisti (mifepriston) ile antagonize etmek PMS semptomlarının şiddetini etkilemez (53).

PMS'li bireylerin serum östrojen ve progesteron seviyelerinin normal konsantrasyonda olmasına rağmen, normal hormonal artış veya azalışlara anormal bir cevap meydana gelebilir. PMS'li bireylerin katıldığı bir çalışmada, löprolid alan 10 kadında, löprolid yerine plasebo verilen bireylere nazaran şikayetlerde kayda değer bir azalma görülmüştür. Ayrıca, löprolide ek olarak östrojen veya progesteronun verilmesi, şikayetlerde kayda değer bir semptom artışı ile sonuçlandığı gösterişlmiştir. Bir başka açıdan bakıldığında, PMS'si olmayan kadınlardan 15 kişilik kontrol grubu veya löprolidle birlikte plasebo postmenopozal hormon alan PMS tanılı beş bireyde ise ruh hali değişikliğine sebep olmamıştır. Bu bulgular, PMS şikayetlerine sebep olmak için gonadal steroidlerin elzem olduğunu, fakat yeterli olmadığını açıklamaktadır (50).

Prostaglandinler (PG)

PMS'de PG eksikliği teorisi birçok çalışmada dile getirilmekle beraber; PG inhibitörü olan mefenamik asit tedavisi ile PMS'nin bazı semptomlarında iyileşme olduğu görülmüştür. Hem PG sentezinde kullanılan hem de PG sentezini durduran iki ajanın PMS belirtilerini düzelttiği iddia edilmesiyle birlikte çelişkili bir durum oluşmaktadır. PG'lerin de beta-endorfinleri etkileyebildiği düşünülmektedir (26,28).

Hormon dengelerindeki değişiklikler

Horman değişiklikleri ve PMS arasında net bir bağlantı henüz gösterilmemiştir. Kortizol, dihidrotestosteron, tiroid hormonları, endojen opioidler, östrojen, melatonin GABA (Gamma Aminobütirik Asit), progesteron, FSH (Folikül Stimüle Edici Hormon), LH (Luteinize Hormon) seviyelerini ilgilendiren birden fazla çalışma mevcut olsa da net bir sonuç gösterilmemiştir (18,54). Menstrüel döngüdeki biyolojik farklılıkların önemli olabileceği bu semptomların menstrüal siklusunun olmadığı dönemlerde, örnek verecek olursak ergenlik öncesi, gebelik ve menapozda artık görülmemesiyle gösterilmiştir. PMS ve 'premenstrüel disfori bozukluğu'nun patofizyolojisi tam açıklanamasa dahi over kaynaklı streoidlerin döngüsel farklılıklarının ve düzeylerinin merkezi sistemdeki nörotransmitterler üzerinde etkili olabileceği tahmin edilmektedir (55). Hipotiroidinin PMS'li hastaların %94'ünde subklinik olarak, hipotiroidinin tedavi edilmesiyle beraber belirtilerin düzeldiği gösterilmiştir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda görülmüştür ki PMSnin ortaya çıkmasında prolaktinin önemli

yeri mevcuttur. Prolaktinin renal aks üzerine direkt etkisiyle H_2O, Na retansiyonu meydana gelmekte ve nihayetinde ödem meydana gelmektedir (56).

Magnezyum ve Çinko eksikliği

Çinkonun cinsiyet ayrımı olmaksızın önemli etkileri olan çeşitli hormonların sentez ve salınmasında etkili olduğu bilinmektedir. Mental olaylar, duygu durum değişiklikleri emosyonel durumlar bunlardan sadece bir kaçıdır. PMS'li kadınların beslenmeleri karbonhidrat ağırlıklı olması sebebiyle glukozun bu tür mineral eksikliklerine neden olduğu düşünülmektedir. Magnezyumun ise daha çok enzimatik olaylarda etkili olduğu bilinmektedir. 1983 senesinden beri PMS etyolojisinde yer edinmeye başlayan 'Mg yetmezliği'nin sonuçları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Enzimatik reaksiyonlarda kofaktör olması sebebiyle derin eksikliğinde anoreksiya, tremor, kişilik değişimleri, apati ve mide bulantısı gibi çok çeşitli sonuçları olabilmektedir. Mg eksikliğinin mi PMS semptomlarını arttırdığı yoksa PMS'nin görülmesi sonrası Magnezyumun azaldığı konusu henüz netleşmemiştir (57,58).

Hipoglisemi

Benzer semptomları olması sebebiyle bir dönem PMS'nin etyolojisinde glukoz düşüklüğü de düşünülmesine rağmen yapılan çalışmalarda bu ilişki net olarak ortaya konulamamıştır. Premenstrüel dönemde yorgunluk, açlık, terleme, gis yakınmaları ve sinirlilik gibi değişiklikler olması hipoglisemi ile PMS ilişkisinin kuvvetli olabileceği düşünülmüştür (59).

Vitamin eksiklikleri

Vitaminler vücutta bir çok olaya etki etmekle beraber özellikle vitamin B6 nörotransmitterlerin sentezinde ve salınmasında görev almakla beraber magnezyum düzeylerine de etki etmektedir. Vitamin B6 düzeyinin azaldığı kadınlarda PMS'nin bazı semptomlarında artış olduğu görülmüş ve bunun gerekçesi olarak vitamin B6'nın Dopamin ve Serotonin gibi hormonların sentezinde koenzim olmasına bağlanmıştır. Fakat bununla beraber premenstrüel sendromda 'vitamin B6 eksikliği'ni net olarak ortaya koyan bir çalışma henüz yoktur. (60) Benzer çalışmalarda PMS'li kadınlarda E ve A vitamini eksikliği bulunamamıştır. Ancak başka bir çalışmada tiamin ve riboflavin B içeren gıdalarla beslenen kadınlarda PMS semptomlarının daha az görüldüğü de bildirilmiştir (61). Bu sonuçlardan sonra vitamin

eksiklikleri PMS etyolojisinde görülmemesi sebebiyle tedavi edici ilaç olarak görülmemektedir.

Alerji

Alerjik reaksiyonlardan özellikle progesterona olan reaksiyonun PMS'ye neden olabileceği düşünülmüş olsa da menstrüel kanama öncesi ürtiker çok nadirdir (60).

Stres

Bir çok çalışmada mesleki ve sosyal hayattaki stres faktörleri incelenmiş ve bunun PMS sıklığına etkisi sorgunlanmıştır. Travmatik durumlara maruz kalan kadınların da PMS açısından daha riskli olduğu ortaya konmuştur. Artan stres faktörlerinin sigara içimini arttırması ve sigaranın da PMS açısından risk faktörü olması da ayrıca düşünülmektedir (43).

Nörotransmitterler

Hayvanlarda yapılan deneysel çalışmaların verilerine göre vücuttaki serotonin, GABA ve opioid gibi hormonların düzeylerini etkileyen en önemli olayın östrojen ve progestreronun düzeylerindeki artış ve azalışlara bağlı olduğu gösterilmiştir. Özellikle opioidlerin düzeylerindeki değişikliklerin PMS'nin şiddetini ve sıklığını etkilediği tahmin edilmektedir (62–64). PMS semptomları görülen bireylerde görülmeyen bireylerle karşılaştırıldığında dolaşımdaki beta-endorfin düzeyleri peri-ovülatör ve pre-mens öncesi dönemlerde farklılıklar saptanmıştır (62,65,66).

GABA'nın bulunduğu yolakların PMS'deki yeri net olarak gösterilmemekle beraber progestinin düzenleyici olduğu ve tedavide benzodiazepin veya alprozolamın kullanılabildiği ve allopregnanolun düzeyinin PMS'de görülen belirtilerin etkisinde değişiklik yaptığı savunulmaktadır (67).

Bir çok çalışmada PMS'nin etyolojisi araştırılmış ve çok farklı sonuçlar ele edilmekle beraber en güçlü faktörün serotonin düzeylerinde ki değişiklikler olduğu vurgulanmıştır. PMS'li kadınların kontrol sınıflarıyla karşılaştırınca da benzer sonuçlar çıktığı, döngünün luteal fazındaki trombosit-serotonin geri alımıyla beraber imipraminin bağlanması gösterilen verilerden önemli olanlarındandır (68). Santral sinir sitemindeki düzeylerine bakıldığında ise

metabolit düzeyi açısından serotoninin dopamine nazaran daha yüksek seviyelerde olduğu gösterilmiştir (69).

PMS ile ilgili çeşitli çalışmalar sonrası 'serotonin öncüsü' olan triptofanın tükenmesi şikayetlerin düzeyini arttırdığı ve bir serotonin agonisti olan fenluraminin tedavide başarılı bir şekilde kullanılmaya başlanmasıyla da serotonin PMS'de ki yeri daha da iyi görülmüştür. Bir başka açıdan paroksetin gibi SSRI (SELEKTİF SEROTONİN RE-UPTAKE İNHİBİTÖRLERİ) grubu ilaçların en etkin tedavilerden olduğu belirtilmesine ek olarak bir SSRI olan fluoksetin ile tedavi edilen hastalara beraberinde bir antagonist olan metergoline verilmesi ruhsal şikayetlere daha etkili olduğu gösterilmiştir (70).

PMS'nin Psikososyal Teorisi, Faktörleri ve Kültürel yönü

PMS ile ilgili yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına göre yaşam şartları, doğum sayısı, sosyokültürel yapı, ekonomik koşullar, depresyon geçmişi, ailede psikiyatrik tanılı kardeş olması PMS sıklığını ve semptomların şiddetini etkilediği görülmüştür (71,72). Depresyon tanısı almış kadınların uygun tedavi alsa bile takip edem dönemde PMS semptomlarında sıklık ve şiddeti depresyon tedavisi almayan hastalara nazaran daha yüksek saptanmıştır (18). Başka bir çalışmaya göre 'özsaygıda eksiklik' yaşayan kadınlarda daha sık PMS atakları görüldüğü saptanmıştır. Annesiyle ilişkilerinde sorun yaşayan kadınların ve annenin menarş zamanlarında kötü tecrübelere sahip olması ve anne-kız ilişkisindeki yetersiz iletişimin olması PMS sıklığını arttırdığı gösterilmiştir. Bir başka açıdan da kadınlık rolünün benimsenmesi, cinsel yönelimde ki karmaşaların PMS sıklığında etkili olduğu düşünülmüş olsa da net olarak ortaya konulamamıştır. Bir dönem adet olan kadınların 'kirli' olarak görülmüş olmasından yola çıkarak dini düşüncelerin kültürel kavramlarla beraber PMS şiddetinde ve sıklığında farklılıklara neden olduğu düşünülmüştür (73).

PMS'de tanı

Bir bireye PMS tanısı koyabilmek için ayırıcı tanıların dışlanmasıyla beraber birçok tanısal faktörün mevcut olması gerekir. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA; dsm-5), DSÖ başta olmak üzere ACOG, RCOG (Kadın Doğum Uzmanları ve jinekologlar Kraliyet Koleji) gibi bir çok grup premenstrüel dönem için tanısal kriterleri tanımlanmaya çalışmıştır. PMDD için daha çok DSÖ'nün kriterleri PMS için ise daha sık olarak ACOG kriterlerinin kullanılması ön plana çıkmıştır (74). PMS tanısı düşünülen kadında bahsedilen affektif ve somatik rahatsızlıkların en

az iki ay boyunca veya diğer tanımlamayla en az 3 siklus boyunca görülmüş olmasıyla beraber günlük yaşamı ve sosyal hayatını zorlayacak düzeyde olması, sık sık tekrarlıyor olması ve düzelme zamanının luteal fazın son 7 günlük döneminde hissedilmesi ve en az 48-72 saatlik süreçte düzelmesi gerekmektedir (75,76). PMS'ye nazaran daha şiddetli bir tablo olarak kabul edilen 'Premenstrüel Disforik bozukluk'un varlığı iki tablonun semptomlarının net olarak ayrıştırılmaması ve ortak bir konsensüs oluşmaması sebebiyle ayrıcı tanının tam olarak yapılması daha da zorlaşmıştır. Tanının bahsedilen başlıklardaki net olmayan durumla beraber birçok araştırmacının PMS'li kadınları gruplandırması ve tedavi protokollerinde farklı yöntemler deniyor olmasının sebebi bu durumdan kaynaklıdır. Türkiye'de yapılan çalışmalar daha lokalize ve hastaneye başvuran hastalar bazında olmuştur. Bu çalışmalarda ölçekler kullanılmayarak sadece benzer semptomlarla başvuran hastaları ele alarak sıklık ölçülmeye çalışılmıştır. PMS tanısı koyulurken ortak tanı kriterleri belirlemek için ortak bir konsensus oluşturulmalı ve kabul gören ölçekler kullanılmalıdır (38,77).

PMS'nin ICD tanı kriterleri; dikkatini toplamada güçlük, uyku düzeninde bozukluk, uyku kalitesinde düşüklük, şiddetli olmayan psikolojik rahatsızlık, öfke patlamaları, memelerde hassasiyet ve ağrı, el ve ayaklarda ödem, baş ağrısı, abdominal şişkinlik hissi veya tartıda artış, iştahta artma veya azalma gibi semptomlardan sadece birinin varlığı yeterlidir (71). Ayrıca bu şikayetler alkol kullanımı, hormon kullanılması, ilaç tedavisi veya madde kullanımı olmadan ortaya çıkmış olmalıdır. Bu rahatsızlıkların bireylerde sosyal veya ekonomik durumlarında olumsuz etki oluşturmalıdır (78).

Tablo 1 Premenstrüel disfori bozukluk tanı kriterleri

A	Aybaşı(menstruasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.
B	Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu)bulunmalıdır 1. Belirgin duygusal değişkenlik(örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık). 2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma. 3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler. 4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.
C	B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri(ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır 1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma(örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları). 2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme. 3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük. 4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma. 5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme. 6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu. 7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı,"davul gibi şişme" duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler. Not: A-C tanı ölçülerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.
D	Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn: toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider
E	Bu bozukluk, yalnızca, yeğin(major) depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu(bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de)gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir
F	A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)
G	Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun(örn. Hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz

Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanı

PMDB ve PMS birden fazla patolojiyi düşündürecek belirtilerle ile seyreder. Hasta değerlendiriken; yaş, mevcut hastalıkları (sistemik hastalıklar, jinekolojik ve ruhsal bozukluklar) şikayetlerin başlangıç zamanı, süresi, ilaçlarla geçip geçmemesi, kaybolma zamanı gibi detaylar, bu semptomların kişiyi günlük hayatını nasıl etkilediği gibi başlıklarda ayırıcı tanıya gitmek gerekir (79). PMS ve PMDB ayrımı için de şikayetlerin ortaya çıkma zamanı önemlidir; rahatsızlıklar luteal fazda ortaya çıkıp menstrüasyonun meydana gelmesiyle azalarak kaybolmalıdır (80). Çeşitli psikiyatrik hastalıklarda PMS gibi şikayetlerin başlangıç ve şiddetlenme zamanı luteal fazda olmasına rağmen en temel farkı menstrüasyon sonrasında da şikayetlerin devam ediyor olmasıdır (81).

Premenstrüel bozuklukların ayırıcı tanısında PMS'de en az 5 belirti aranmaması ve ruhsal şikayetlerin olma şartı aranmamasıyla PMDB'den ayrılır. Aynı zamanda PMDB'nin daha az şiddetli bir tablo olarak devam ettiği kabul edilir (82).

PMDB ve PMS tanısı mevcut bir hastalığın agreve olmasıyla karıştırılmamalı ve tanısı çeşitli fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar dışlandıktan sonra konulabilir. Bundan dolayı ayırıcı tanıda şikayetlerin menstrüel döngünün hangi fazında görüldüğü net olarak ortaya konmalıdır. PMS ve PMDB'nin sıklıkla karıştırıldığı hastalıklara örnek verecek olursak; Majör depresyon, yaygın anksiyete, perimenapozal rahatsızlıklar, panik bozuklukları, yeme bozuklukları, distimi, madde kullanımına bağlı bozukluklar gibi ruhsal bozukluklar olabileceği gibi endometriozis, dismenore, allerji, tiroid hormonu bozuklukları, çeşitli otoimmün hastalıkları, doğum kontrol yöntemlerinden OKS kullanımı, anemi veya epilepsi gibi fiziksel bozuklular da olabilir (83,84).

Tedavi

PMS etyolojisi ve patogenezinin net olarak ortaya konamamasından kaynaklı tedavide de uzun seneler tam olarak başarılı olunamamıştır. Bundan dolayı günümüze kadar birçok semptomatik ve spesifik olmayan çeşitli tedaviler denenmiştir (2). Premenstrüel bozukluklarda amaç; rahatsızlıkları sonlandırmak ya da azaltmak, fonksiyonel bozuklukları iyileştirmek ve planlanan tedavideki muhtemel yan etkileri en aza indirmektir. PMS/PMDD için; tedavi non-farmakolojik (terapi ve yaşam tarzı değişiklikleri vs) farmakolojik (kombine oral kontraseptif,

SSRI, NSAİİ vs.), cerrahi, tamamlayıcı tedaviler olarak gruplandırılan tedavi yöntemleri mevcuttur (85).

Nonfarmakolojik Tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri

Premenstrüel Sendrom'un özellikle ACOG tarafından önerilen ve şiddetli olmayan semptomları olan bireylere tavsiye edilen yöntemdir (66)(86).

Beslenme alışkanlıkları ve diyetin düzenlenmesinin semptomları ve şiddetlerinde değişiklikler yaptığı gösterilmiştir. Örneğin; sodyum alımının azaltılması ödemi azaltırken kalsiyum ve magnezyum kullanımının da menstrüel dönemdeki ağrıyı azalttığı düşünülmüş, karbonhidrat, kafein ve alkol kullanılması anksiyete düzeyini arttırdığı gösterilmiştir (86,87).

Vitamin B6'nın mens öncesi şikayetlere Vitamin E'nin ise ruhsal ve bedensel semptomlara iyi geldiği düşünülmüştür. Özellikle ACOG bu dönemde Vitamin E kullanımını tavsiye etmektedir. Bunlara ek olarak piridoksin yüksek düzeyleri nörotoksisiteye sebep olabileceği için, kullanımıyla ilgili net bir görüş bildirilmemiştir (87,88).

Çuha çiçeği yağı ve hayıt bitkisi (Vitex Agnus-castus) gibi farklı öneriler olan kaynaklar olsa da kesin bir kanıya ulaşılamamıştır.

Beden Egzersizleri; tempolu yürüyüş, yoga, aerobik egzersizler, jogging ve dansın yanında kondisyon egzersizlerin de bir çok açıdan faydalı olduğu gösterilmiştir. Bu tür spor faaliyetlerin menstrüasyon dönem öncesi 30-45 dakika yapılmasının faydalı olacağı görüşü savunulmuştur. Ayrıca egzersizin laboratuvar olarak da hemoglobin ve trombosit seviyelerinde yükseliş yapmasının yanında östradiol, progesteron ve prolaktin düzeylerinde ise düşüş yaptığı gösterilmiştir. Egzersizin PMS semptomlarında dikkat ve bilişsel fonksiyonları düzeltmede de iyi olduğu düşünülmektedir.

Uykunun düzenlenmesi, iş ve sosyal hayattan kaynaklı stresin azaltılması de semptomların şiddeti ve süresinde olumlu değişiklikler yaptığı gösterilmiştir.

Menstrüasyon öncesi yaşayabilecekleri rahatsızlıklar açısından genç kızların ergenlik dönemi öncesi bu konuda bilinçlendirilmesi ve bu konuda onlara en iyi desteği verebilmeleri için aile bireylerinin özellikle ebeveynlerin bilgilendirmesinin olumlu sonuçları olacağı düşünülmüştür (86,88,89).

Psikoterapi

Bilişsel davranışçı terapi ile beraber, hastaya problem çözme, sorunlarla savaşma yöntemlerinin öğretilmesi ve olumsuz durumlarla karşılaşıldığında çözüm üretebilme yöntemlerinin öğretilmesinin PMS etkisinin azaltılmasına sağlamaktadır (16).

Cerrahi Tedavi

PMS tedavisinin birinci basamak tedavisinden ziyade diğer tedavilerin başarısızlıkları sonra düşünülmesi gereken bir yöntemdir. PMS tedavileri açısından tek kesin sonuç veren ve tamamen ortadan kaldıran tedavi ovülasyon siklüsunu tamamen ortadan kaldıran bilateral salfingo-ooferektomi ve histerektomidir (88).

Geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler

Özellikle akupunktur üzerinde durulmuş olup plasebo çalışmalarla karşılaştırıldığında olumlu sonuç alınmasına rağmen etkisi net olarak ortaya konamamıştır (90).

Farmakolojik Tedavi

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI); PMS'nin yanında PMDD'ye de etkili olan bu yöntem daha çok 'hormonal kontrasepsiyon'a karşı olan prementrüel sendrom'a sahip hastalarda etkili bir tedavi edici yöntem olarak gösterilmiştir (85). SSRI'lara örnek olarak sertralin, fluoksetin, essitalopram ve paroksetin örnek verilebilir. (91) SSRI kullananlarda görülebilen istenmeyen etkiler olabilmektedir. Örneğin; sinirlilik, uyku bozuklukları, cinsel fonksiyonda bozukluklar, baş ağrısı ve gastrointestinal sistem bozukluklarıdır (92). PMS semptom, şiddet, ve süresi açısından değerlendirildikten sonra 3 farklı şekilde tedavi yöntemi denenebilir. Bunlar; orta-düşük şiddetli PMS'lerde luteal faz tedavisi, rutin günlük kullanım ve semptom başlangıç tedavisi olarak tanımlanmaktadır (91). Bu tedavilere cevap ilk siklusta bile semptomlarda dramatik bir şekilde gerileme olabilmekle beraber aksi durumda sonraki siklusta doz arttırımı yapılması düşünülmelidir. SSRI grubu ilaçlar fiziksel şikayetlere nazaran duygu-durum ve ruhsal semptomlara daha etkili olduğu bilinmektedir. Preperat seçiminden sonra ilaç intoleransı veya etkisinde olumsuz cevap alındığında aynı gruptan başka bir ilaca geçilebilmekle beraber birkaç preperat değişikliğine de etkin bir sonuç alınamadığı taktirde ön

tanılar açısından tekrar değerlendirilmelidir. Majör depresyon veya madde kullanımı gibi patolojilerin tedaviye cevabı zorlaştırdığı düşünülmektedir (93).

Diğer serotonerjik antidepresanlar

Klomipramin: Sedasyon, tartı artışı, ağız ve göz kuruluğu, cinsel disfonksiyon gibi istenmeyen etkilerden dolayı tedavide çok kullanılmayan etkili bir trisiklik antidepresandır (94,95).

Venlafaksin: Serotonin nöroepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI) grubundan bir preperat olan venlafaksin yoksunluk belirtileri doğurabileceğinden kullanılmamaktadır (96,97).

Buspiron: Semptomların daha belirgin olduğu luteal fazda tercih edilen, etkinliğiyle ilgili çok fazla çalışma olmayan 5-HT1A agonistidir (86).

Anksiyolitikler

Alprazolam: PMDB'den ziyade daha çok PMS'nin tedavisi için önerilen benzodiazepin sınıfından olan bir anksiyolitiktir (86).

Hormon tedavisi

Kombine oral kontraseptifler (KOK): Oral kontraseptiflerin PMS tedavisindeki etkinliğini sorgulayan çalışmalar yeterli bulunmaktadır. Bazı kadınların oral kontraseptifle tedavinin başlangıç sürecinde PMS benzeri semptomlar yaşayabileceği belirtilmiştir. Orta-şiddetli PMS'li ve aynı zamanda hormonal kontrasepsiyon ile korunma isteyen bireylerde tercih edilir. Hipotalamus- hipofiz-over döngüsünü etkileyerek ovulasyonu baskılayarak etki eder. Multifazik preperatların ruhsal semptomları agreve edebileceğinden daha sıklıkla monofazik preperatlar tercih edilmektedir. KOK'lardan drospirenon etken maddeli olan preperatlar PMS tedavisinde etkinlikleri kanıtlanmış ve onay verilmiştir (98). Başlangıç tedavisi olarak ilk olarak 3 ay süreyle 3 mg drospirenon (DRSP)-20 mg etinil estradiol (EE) ile tedaviye başlanır. 3 ay sonraki kontrollerde etkin bulunmadıysa 3 mg DRSP-30 mg EE ile tedavi revize edilir. Şikayetlerin devamında ise sürekli uygulanan KOK tedavisine geçiş yapılır. Eğer tekli KOK tedavisinde etkinlik sağlanamazsa, bir SSRI grubu preperat eklenmesi planlanabilir (99). Drospirenon etken maddeli KOK'lara cevapsız PMS'li kadınlar için rutin uygulanan 90 mcg levonorgestrel (LNG)-20 mcg EE etken maddeli KOK kulanımı düşünülebilir (100).

2012 senesindeki çalışmalar sonucu drospirenon etken maddeli KOK'ların, levonorgestrelli ve diğer progestinlerden daha yüksek venöz tromboembolizm (VTE) tehlikesi olduğunu gösteren veriler olduğu için FDA yeni bir KOK tedavisi planlanmadan önce hastanın VTE risk skorlanmasının araştırılması önermektedir (100,101).

Östrojenin; yama, jel ve deri implant şeklinde preperatların olan östradiolün ovulasyonu baskılayarak PMS'de etkili olduğu bazı çalışmalarda azalttığı gösterilmiştir (45).

DANAZOL;Bir Androjen derivesi olan danazolun, östrojen ve progesteron düzeyini azaltarak siklusu bloke ettiği ve bundan dolayı PMS' semptomlarından mastalji (meme ağrısı) tedavisinde etkin olduğu gösterilmiştir. Tartı alımı, hirşutizm ve ses değişiklikleri gibi androjenik istenmeyen etkilerinden dolayı çok tercih edilmez (17).

Progesteron; PMS temalı tüm çalışmalarda, progesteron tedavisi ve plasebo arasında klinik açıdan anlamlı bir fark ortaya konamamıştır. Ancak doğal progesteronun, anksiyolitik ve hafif diüretik etkilerinden dolayı faydalı olabileceği düşünülmüştür (86).

Gonadotropin-releasing hormon (GnRH) analogları: Şiddetli PMS'li kadınlarda, KOK ve SSRI tedavisine etkin cevap alınamayan vakalarda GnRH agonistleri düşünülmelidir. GnRH agonistleri; devamlı KOK tedavisi ve birden fazla SSRI preperat tedavisine başlanmadan önce ilk tercih olarak düşünülmelidir (102). Bununla beraber, GnRH analog tedavi protokolüne kesinlikle östrojen ve progestin eklenmelidir çünkü monolog GnRH, hipoöstrojenizm ile birlikte osteoporotik ve menopozal istenmeyen sonuçlara sebep olabilir. Başlangıç tedavisine 3.75 mg-depo löprolid asetat ile aylık doz olarak başlanabilir (103).

PMS'de; aldosteron yükselmesine bağlı gelişen su tutulması ve nihayetinde ödem ile sonuçlanan tablo için anti-mineralokortikoid ve anti-androjenik etkili diüretiklerden olan spironolakton önerilmektedir. Bu etkinin yanında uyku bozuklukları, şişkinlik, halsizlik, memede ağrı, sürekli yorgun hissetme hali gibi şikayetleri de azalttığı düşünülmektedir (104).

Bromokriptin; Luteal dönemde günlük 5 mglık tedavi özellikle siklik mastaljisi olan hastalarda etkili olduğu düşünülmüştür (86).

MATERYAL ve METOD

Araştırmanın Özellikleri

Çalışmamız kesitsel, analitik, tanımlayıcı ve tek merkezli ankete dayalı bir çalışmadır. Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM etik kurulunca onay alındıktan sonra 18-49 yaş arası kadın hekimleri kapsayacak şekilde yürütülmüştür. Katılımcıların PMS sıklığı, şiddeti ve etkileyen faktörleri araştırılmıştır. (Etik kurul karar tarihi 07/06/2022 Karar no: 2020.11.1.02.152.r1.183) (Ek-2)

Araştırmanın tipi

Bu çalışma bir anket çalışması olarak hazırlanıp araştırılmıştır.

Araştırmanın evreni

Araştırmanın evreni Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01.07.2022-31.08.2022 tarihleri arasında çalışan 18-49 yaş arası bütün kadın hekimler oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklem Hacmi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan kadın hekim sayısı 462'dir. Bu evren büyüklüğü, %95 güvenirlik aralığında (alfa=0,05), ve d=0,05 olası örneklem hatası ile analiz edildiğinde en az 210 katılımcıya ihtiyaç duyulmuştur. Toplamda 216 katılımcıya ulaşılmış ve istatistiksel analiz yapılmıştır. Araştırmaya katılım sağlayanlardan bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır.

Örneklem seçimi ve Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Örneklem seçiminde vakaların T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM'da çalışan kadın olma şartıyla beraber;

- Çalışmaya katılım için gönüllü olan kişiler,
- 18-49 yaş aralığında olanlar,
- Düzenli adet görüyor olmak.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Çalışmaya katılım için gönüllü olmayan kişiler,
- Klimakterial dönemde olanlar,
- <18, >49 yaş arası olanlar,
- Gebelik, lohusalık veya laktasyon döneminde olunması,
- Bilateral ooferektomi/histerektomi geçirmiş olmak,
- Hekim dışı diğer çalışanlar,
- Düzenli adet döngüleri olmayanlar

Araştırmanın Anket Formu (veri toplama formu)

Araştırmaya uygun olan ve katılım sağlayan kadınların tamamına; Gençdoğan tarafından geliştirilip, geçerlilik ve güvenilirlik denetimi yapılan Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve tarafımızca literatür araştırması yapılarak hazırlanan sosyodemografik anket yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılmıştır. Sosyodemografik anket; yaş, boy, kilo, vücut-kitle indeksi, medeni durum, çocuk sayısı, mesleki unvan, çalışılan alan, alışkanlıklar (çay, kahve, sigara, alkol), spor yapıyor olma durumları, uyku özellikleri, üreme sağlığı ile ilgili özellikler, kronik hastalık mevcut olup olmaması, menstrüel siklus özellikleri ve aile öyküsü olup olmaması, tanı almış psikiyatrik rahatsızlık durumu gibi toplam 26 sorudan meydana gelmektedir. Kullanılan anket formlarının tamamı Ek-1'de gösterilmiştir.

Kullanılan ölçekler aşağıda açıklanmıştır.

Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

PMS varlığını ortaya koyabilmek için birçok ölçek vardır ve bunlardan en sık kullanılanı Premenstrüel Sendrom (PMS) Ölçeği'dir. 1982'de Halbreich ve Endicott tarafından geliştirilen bu ölçek, geçerlilik ve güvenirliliği Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılıp Türkçe'ye çevrilmiştir. DSM-III ve DSM-IV-R kriterleri baz alınarak 2006 senesinde Gençdoğan tarafından hazırlanıp ve yine geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmış bir ölçektir. Bu ölçek, kadınların adet olmalarına bir hafta süre kala, genel durumlarını değerlendirip yanıtlayacakları, 44 sorudan oluşan beşli likert (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) tarzda bir ölçektir. Ölçekte 'sürekli' yanıtı 5 puan, 'hiç' yanıtı 1 puan olarak hesaplanmak üzere, puanlamadan alınabilecek en yüksek puan 220, en düşük puan 44'tür. Ne kadar yüksek puan alınırsa, PMS semptomlarının o kadar yoğun olduğu düşünülür. Ölçek skoru

hesaplanırken, toplam alınmış en yüksek puanın %50'sini geçip geçmeme durumuna göre, Premenstrüel Sendrom'un yokluğu veyahut da varlığından bahsedilebilir. Bu ölçeğin chronbach alfa katsayısı 0,96 hesaplanmıştır.

PMS Ölçeği'nin dokuz alt boyutu vardır; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik.

1. Depresif Duygulanım: 1-7. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

2. Anksiyete: 8, 9, 10, 11, 13, 15. ve 16. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

3.Yorgunluk: 12, 14, 17, 18, 25. ve 37. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 30'dur.

4. Sinirlilik: 19-23. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan ise 25'tir.

5. Depresif Düşünceler: 24, 26, 27, 28, 29, 30. ve 44. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan ise 35'tir.

6. Ağrı: 31-33. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

7. İştah Değişimleri: 34-36. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

8. Uyku değişimleri: 38-40. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

9. Şişkinlik: 41-43. maddelerden oluşur, bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan ise 15'tir.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

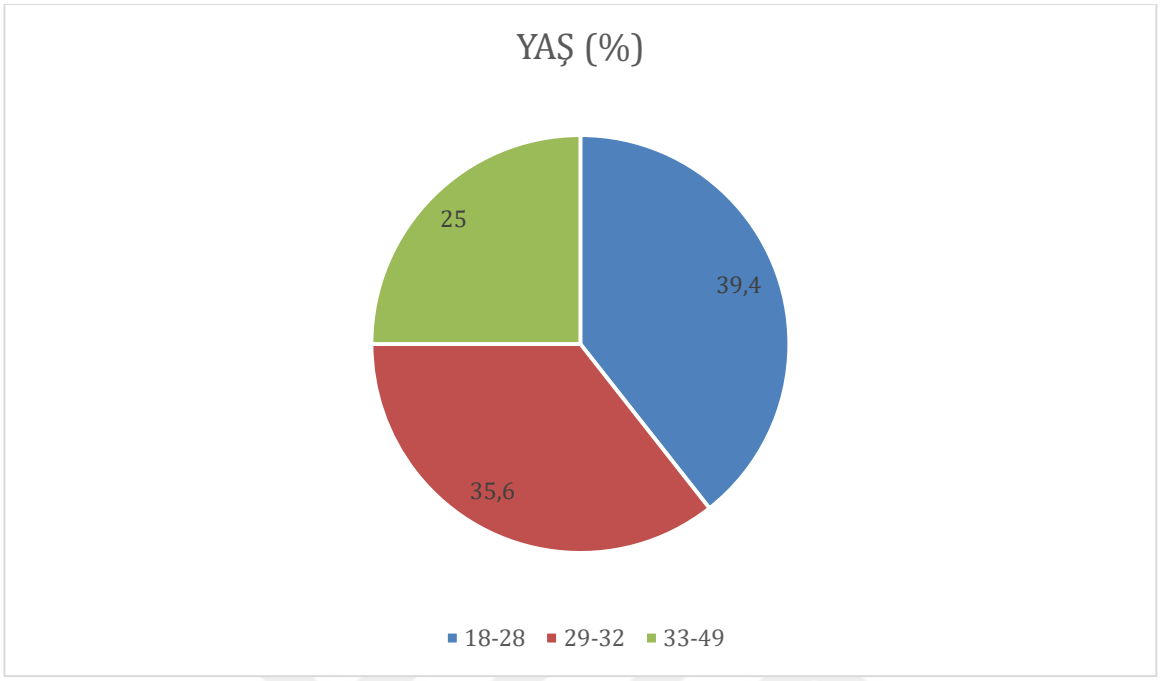
Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p>0.05$ olarak belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte ölçek ve alt ölçekler ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere nparametrik testlerden Independent testi ve ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-Hoc testlerinden LSD testi yapılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

ETİK KURUL ONAYI

Çalışmamızın etik kurul onayı 07.06.2022 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal SUAM Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı tarafından verilmiştir (Bkz Etik kurul karar tarihi:07.06.2022; Karar no:34 Sayı no: 48865165-302.14.01--139964 Ek2).

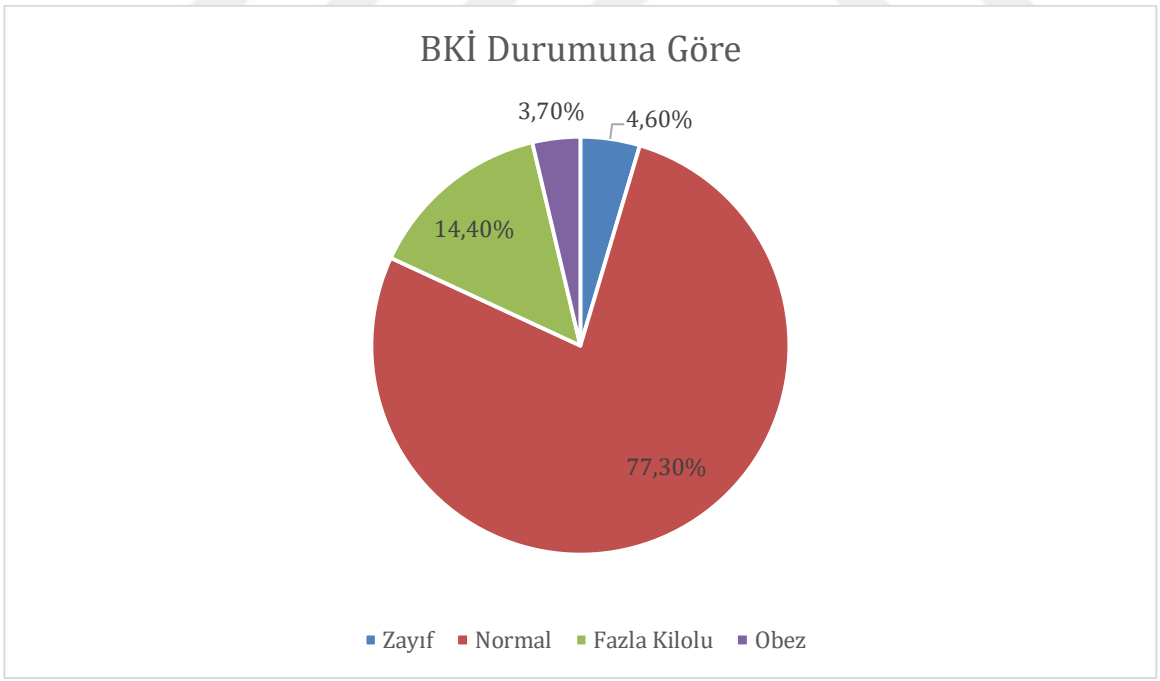
BULGULAR

216 katılımcının çoğunluğu mavi renk ile gösterilen 18-28 yaş arasındaydı



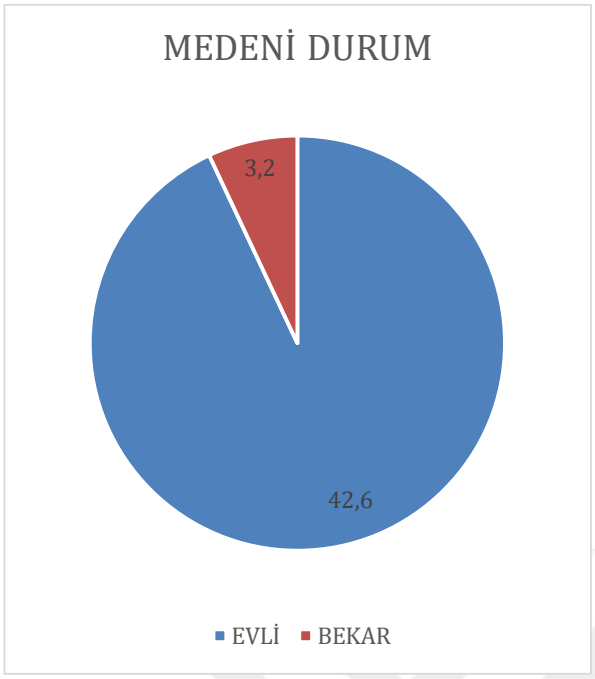
Şekil 1 Katılımcıların Yaş dağılımı

Katılımcılar en fazla kırmızı renk ile gösterilen 'normal kilolu' statüsündeydi



Şekil 2 Katılımcıların BKİ dağılımı

Katılımcılar en fazla mavi renkle gösterilen bekar katılımcılardı



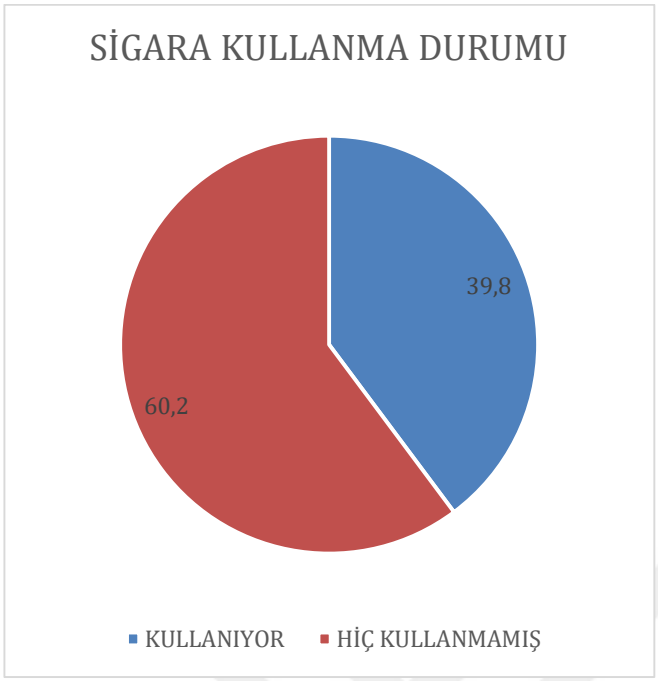
Şekil 3 Katılımcıların Medeni Durum dağılımı

Katılımcıların çoğunluğu mavi ile gösterilen çocuk sahibi olmayanlardı



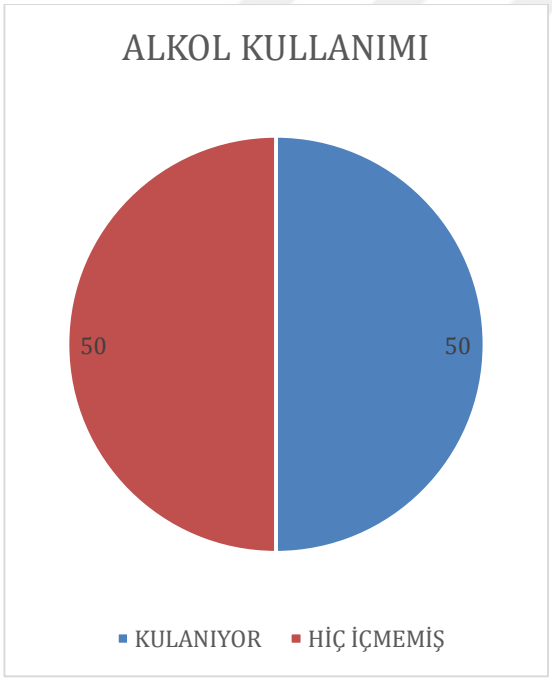
Şekil 4 Katılımcıların Çocuk Sayılarına göre dağılımı

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı ile gösterilen hiç sigara kullanmamış olanlardı.



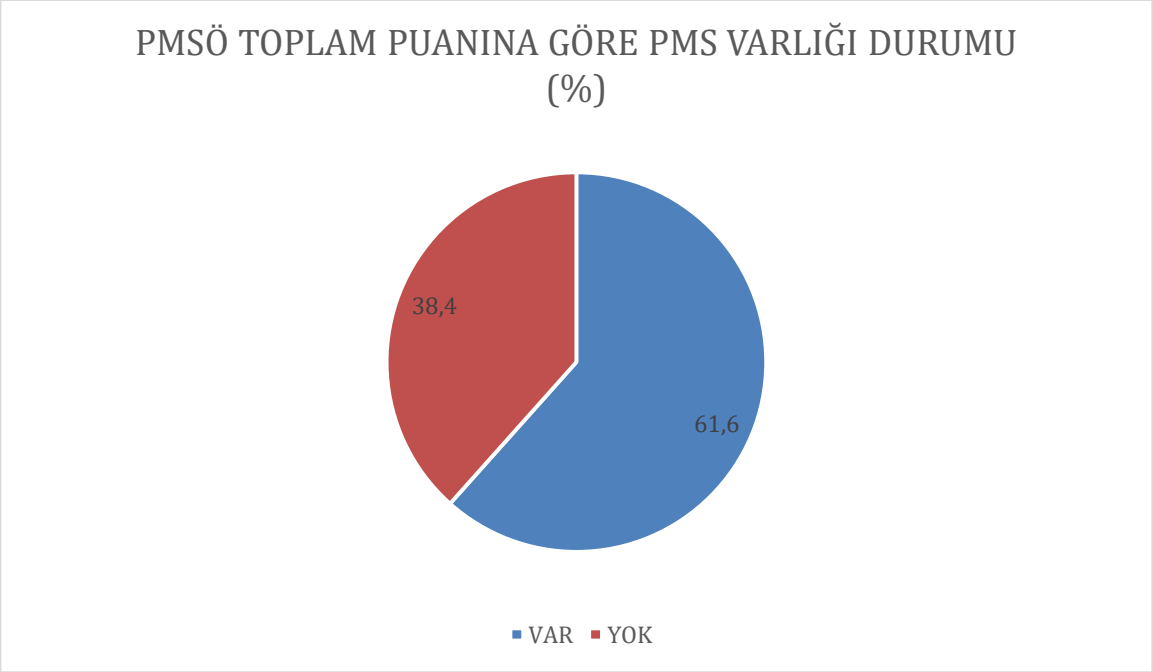
Şekil 5 Katılımcıların Sigara kullanma durumlarına göre dağılımı

216 katılımcının alkol kullanma durumları açısından eşit sayıdaydı



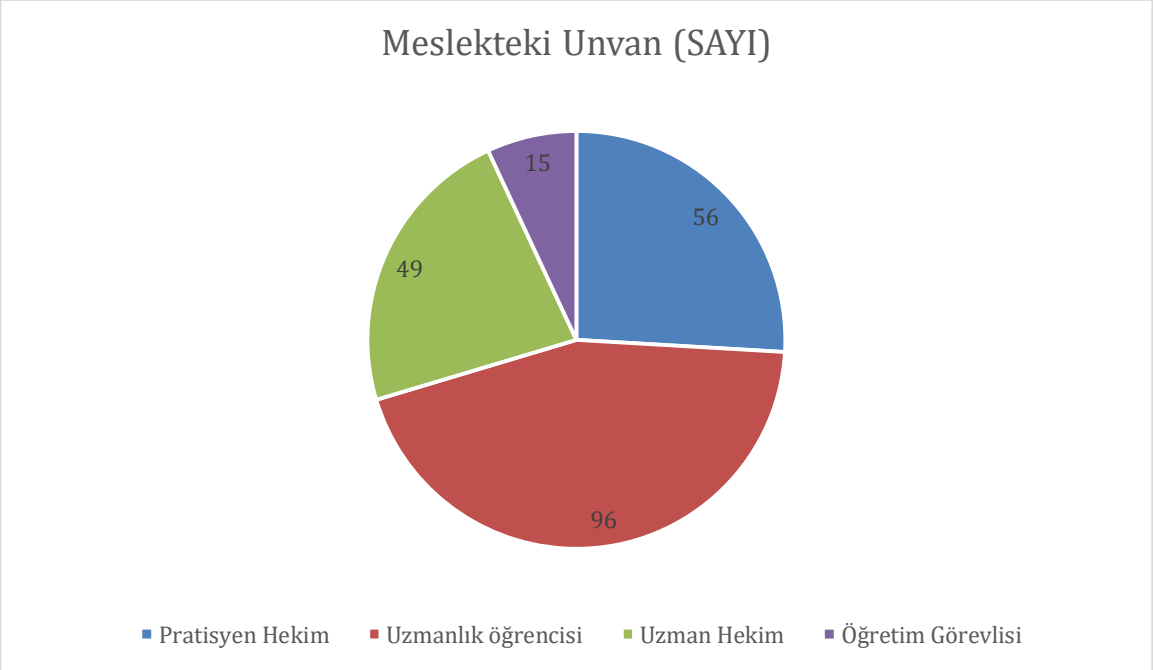
Şekil 6 Katılımcıların alkol kullanma durumuna göre dağılımı

216 katılımcının çoğunluğu mavi ile gösterilen PMS'si olanlardı.



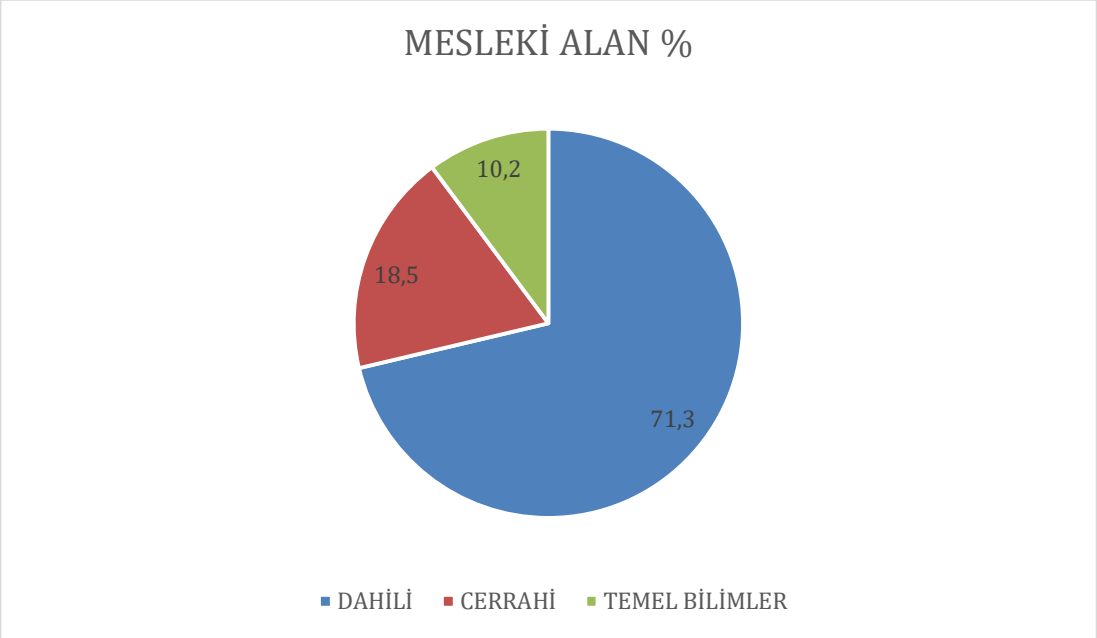
Şekil 7 PMSÖ TOPLAM PUANINA GÖRE PMS VARLIĞI DURUMU

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı renk ile gösterilen uzmanlık öğrencileriydi.



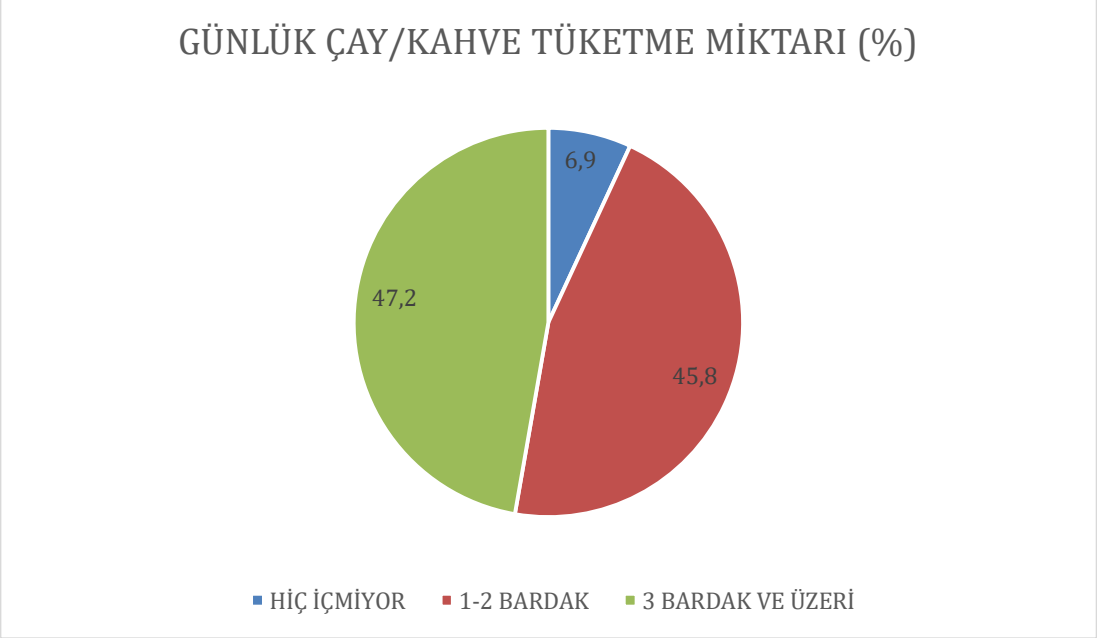
Şekil 8 Katılımcıların Meslekteki Ünvanlarına göre dağılımları

Katılımcıların çoğunluğu mavi ile gösterilen dahili bilimler olan katılımcılardı



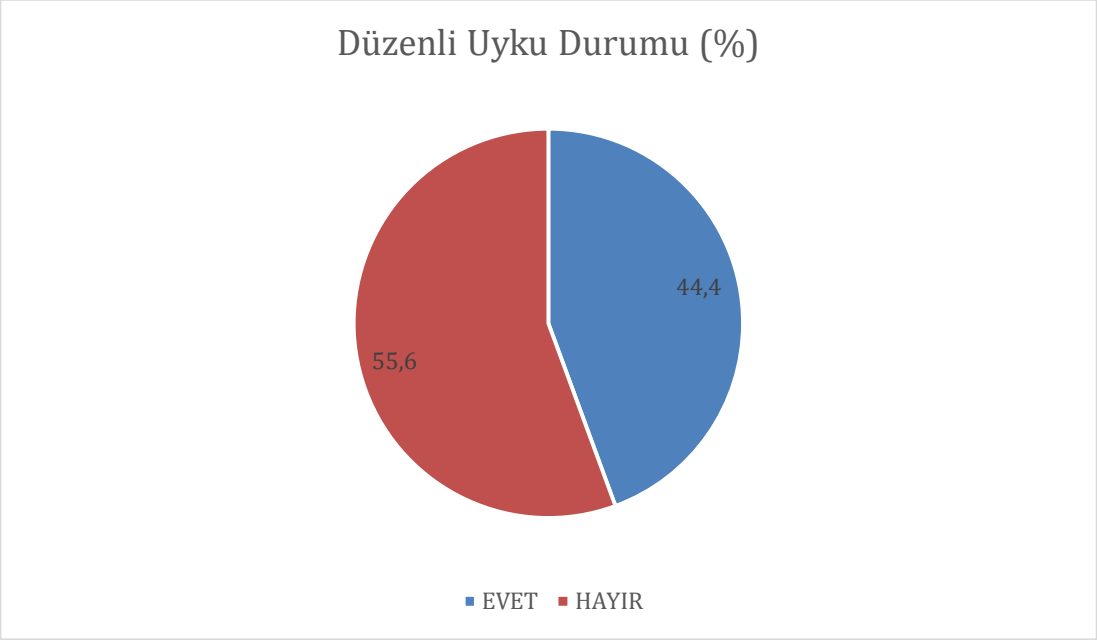
Şekil 9 Katılımcıların Mesleki alanlarına göre dağılımı

Katılımcıların çoğunluğu yeşil ile gösterilen 3 bardak ve üzeri çay/kahve tüketenlerdi.



Şekil 10 Katılımcıların Günlük Çay Kahve İçme Durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı ile gösterilen düzenli uyku uyumayanlardı.



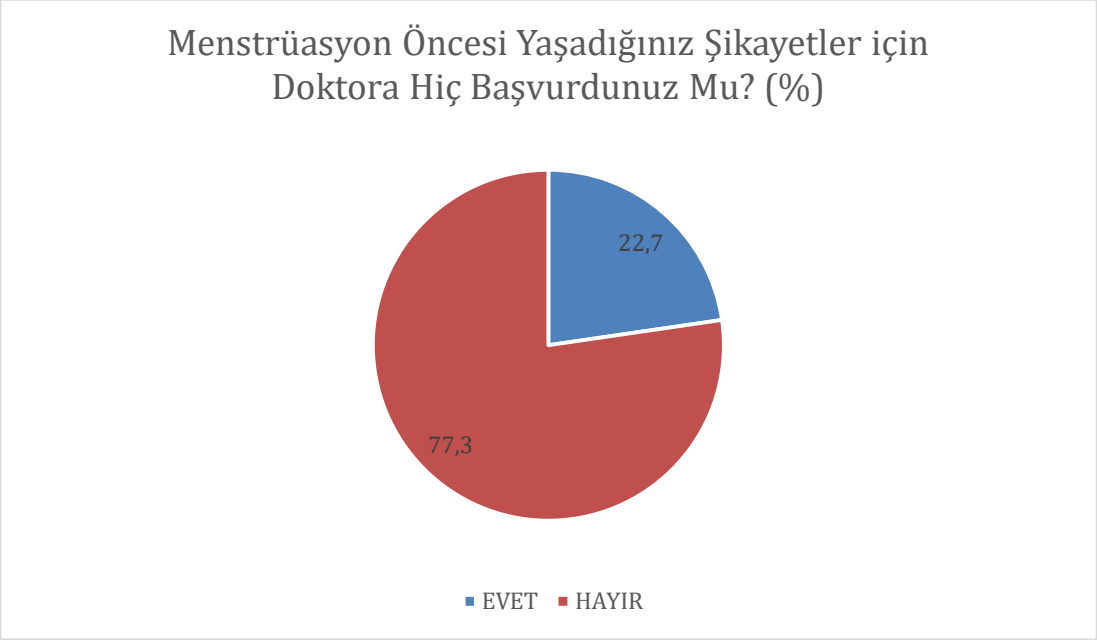
Şekil 11 Katılımcıların Düzenli Uyku Durumlarına göre Dağılımları

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı ile gösterilen kronik hastalığı olmayanlardı



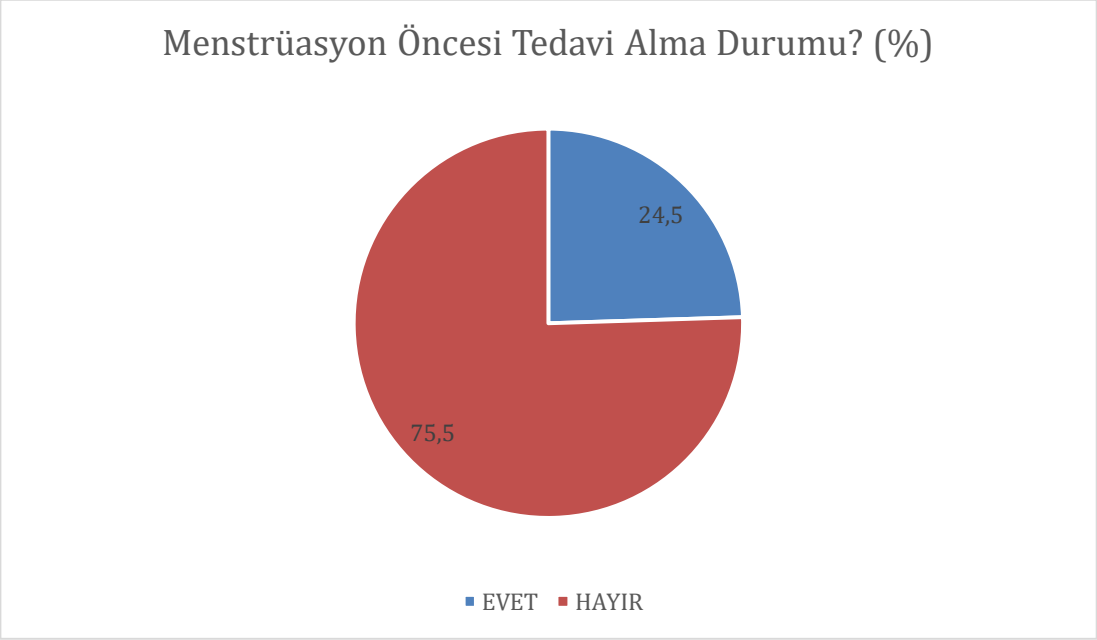
Şekil 12 Katılımcıların Kronik Bir Hastalıklarının Olması durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı ile gösterilen doktora hiç başvurmamışlardı



Şekil 13 Katılımcıların Menstrüasyon Öncesi Doktora Başvuru Durumlarına göre dağılımları

Katılımcıların çoğunluğu kırmızı ile gösterilen menstrüasyon öncesi tedavi almayanlardı



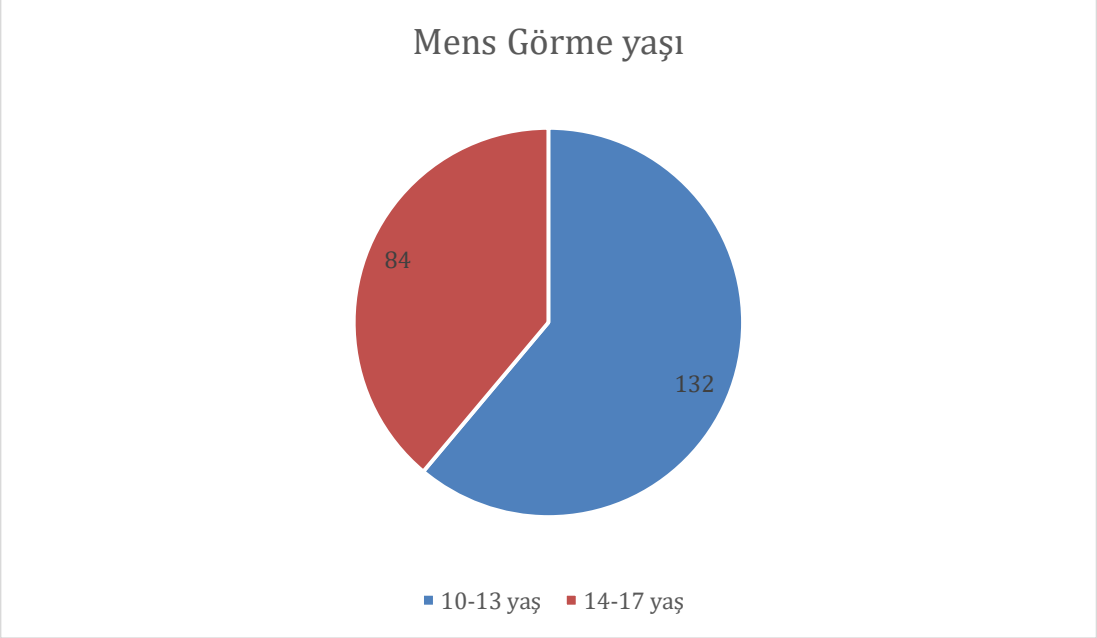
Şekil 14 Katılımcıların Menstrüasyon Öncesi Tedavi Alma durumlarına göre dağılımları

216 Katılımcının çoğunluğu mavi ile gösterilen mensleri ağrılı olanlardı



Şekil 15 Katılımcıların Menslerinin Ağrılı olma durumlarına göre dağılımları

216 katılımcının çoğunluğu mavi ile gösterilen mens görme yaşları 10-13 arası olanlardı



Şekil 16 Katılımcıların Mens Görme Yaşlarına göre dağılımları

Tablo 2 Katılımcılarda Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (n=216)

	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	44	220	122,10	38,11
PMSÖ – Depresif Duygulanım	7	35	20,86	6,79

PMSÖ – Anksiyete	7	35	15,86	6,61
PMSÖ – Yorgunluk	6	30	17,75	6,10
PMSÖ – Sinirlilik	5	25	14,55	5,43
PMSÖ – Depresif Düşünceler	7	35	17,91	7,44
PMSÖ – Ağrı	3	15	8,36	3,33
PMSÖ – İştah Değişimleri	3	15	9,26	3,66
PMSÖ – Uyku Değişimleri	3	15	7,99	3,35
PMSÖ – Şişkinlik	3	15	9,55	3,31

Tablo 2'de Katılımcıların ölçek ve alt boyut puanından alınan sonuçlara ilişkin betimsel istatistikler verilmiştir.

Tablo 3 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaş	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) 18-28 Yaş Arası	85	132,89±37,17	6,348	**0.002**	**1-2,3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	117,68±38,04			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	111,43±35,99			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) 18-28 Yaş Arası	85	22,96±6,73	7,668	**0.001**	**1-2,3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	19,99±6,56			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	18,80±6,39			
PMSÖ – Anksiyete	(1) 18-28 Yaş Arası	85	16,93±6,91	1,979	0.141	-
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	14,92±6,44			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	15,52±6,22			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) 18-28 Yaş Arası	85	19,29±5,84	6,261	**0.002**	**1-3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	17,53±6,19			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	15,65±5,81			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) 18-28 Yaş Arası	85	16,11±5,33	6,129	**0.003**	**1-2,3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	13,71±5,39			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	13,30±5,12			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) 18-28 Yaş Arası	85	19,48±7,56	3,656	**0.027**	**1-3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	17,39±7,60			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	16,17±6,61			
PMSÖ – Ağrı	(1) 18-28 Yaş Arası	85	8,87±3,36	2,218	0.111	-
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	8,29±3,37			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	7,67±3,13			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) 18-28 Yaş Arası	85	10,35±3,48	7,100	**0.001**	**1-2,3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	8,83±3,79			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	8,17±3,35			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) 18-28 Yaş Arası	85	8,41±3,50	1,166	0.314	-
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	7,64±3,18			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	7,83±3,32			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) 18-28 Yaş Arası	85	10,48±3,07	7,575	**0.001**	**1-2,3**
	(2) 29-32 Yaş Arası	77	9,38±3,21			
	(3) 33-49 Yaş Arası	54	8,33±3,43			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 3'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Yaş açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=6,348 p=0.002). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "29-32 Yaş Arası" (p=0.010), "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" (p=0.001) grupları arasında Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,668 p=0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "29-32 Yaş Arası" (p=0.004), "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" (p<0.001) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=6,261 p=0.002). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=6,129 p=0.003). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "29-32 Yaş Arası" (p=0.005), "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" (p=0.003) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,656 p=0.027). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.010).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,100 p=0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "29-32 Yaş Arası" (p=0.007), "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" (p=0.001) grupları

arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,575 p=0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "18-28 Yaş Arası" ve "29-32 Yaş Arası" (p=0.030), "18-28 Yaş Arası" ve "33-49 Yaş Arası" (p<0.001) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 4 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının BKİ Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**BKİ**	**N**	**Ort±SS**	**F**	**P**	**Post - Hoc**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Zayıf	10	109,60±47,97	0,458	0.712	-
	(2) Normal	167	122,10±37,32			
	(3) Fazla Kilolu	31	125,84±37,67			
	(4) Obez	8	123,38±47,33			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Zayıf	10	19,10±8,67	0,236	0.871	-
	(2) Normal	167	20,97±6,57			
	(3) Fazla Kilolu	31	20,84±7,19			
	(4) Obez	8	20,88±8,18			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Zayıf	10	13,90±8,62	0,903	0.440	-
	(2) Normal	167	15,80±6,40			
	(3) Fazla Kilolu	31	16,00±6,42			
	(4) Obez	8	19,00±8,91			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Zayıf	10	16,70±7,90	0,317	0.813	-
	(2) Normal	167	17,64±6,04			
	(3) Fazla Kilolu	31	18,48±5,70			
	(4) Obez	8	18,63±7,42			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Zayıf	10	13,60±6,70	0,336	0.800	-
	(2) Normal	167	14,58±5,39			
	(3) Fazla Kilolu	31	15,03±5,21			
	(4) Obez	8	13,25±6,16			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) Zayıf	10	14,60±7,89	0,793	0.499	-
	(2) Normal	167	18,14±7,45			
	(3) Fazla Kilolu	31	18,06±7,24			
	(4) Obez	8	16,63±7,82			
PMSÖ – Ağrı	(1) Zayıf	10	7,00±3,43	1,477	0.222	-

	(2) Normal	167	8,38±3,33			
	(3) Fazla Kilolu	31	9,06±3,12			
	(4) Obez	8	7,00±3,55			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Zayıf	10	8,40±3,95	1,096	0.352	-
	(2) Normal	167	9,11±3,72			
	(3) Fazla Kilolu	31	10,26±3,21			
	(4) Obez	8	9,75±3,69			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Zayıf	10	7,20±2,94	0,853	0.467	-
	(2) Normal	167	7,89±3,34			
	(3) Fazla Kilolu	31	8,81±3,60			
	(4) Obez	8	8,00±2,93			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Zayıf	10	9,10±4,20	0,252	0.860	-
	(2) Normal	167	9,59±3,23			
	(3) Fazla Kilolu	31	9,29±3,52			
	(4) Obez	8	10,25±3,45			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 4'te görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile BKİ arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 5 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Medeni Durum	N	Ort±SS	t	P
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evli	92	116,53±36,73	-1,861	0.064
	Bekar	124	126,23±38,73		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evli	92	19,95±6,36	-1,715	0.088
	Bekar	124	21,54±7,04		
PMSÖ – Anksiyete	Evli	92	14,99±6,13	-1,678	0.095
	Bekar	124	16,51±6,89		
PMSÖ – Yorgunluk	Evli	92	16,98±6,15	-1,616	0.108
	Bekar	124	18,33±6,03		
PMSÖ – Sinirlilik	Evli	92	14,15±5,34	-0,930	0.353
	Bekar	124	14,85±5,49		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evli	92	16,97±7,57	-1,605	0.110
	Bekar	124	18,60±7,30		
PMSÖ – Ağrı	Evli	92	8,18±3,40	-0,670	0.504
	Bekar	124	8,49±3,28		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evli	92	8,63±3,54	-2,209	**0.028**
	Bekar	124	9,73±3,70		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evli	92	7,65±3,48	-1,283	0.201
	Bekar	124	8,24±3,23		
PMSÖ – Şişkinlik	Evli	92	9,03±3,34	-1,998	**0.047**
	Bekar	124	9,94±3,24		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 5'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları medeni durum açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı evli olanlara kıyasla bekar olanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,209 p=0.028).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı evli olanlara kıyasla bekar olanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-1,998 p=0.047).

Tablo 6 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Çocuk Sayısı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Çoçuk Sayısı	N	Ort±SS	F	P	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Çocuk Yok	160	126,11±38,90	2,381	0.071	-
	(2) Tek Çocuk	26	112,15±36,96			
	(3) İki Çocuk	20	107,80±31,10			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	112,40±31,55			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Çocuk Yok	160	21,75±6,87	4,117	**0.007**	**1-3**
	(2) Tek Çocuk	26	19,31±6,39			
	(3) İki Çocuk	20	17,05±5,71			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	18,30±4,83			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Çocuk Yok	160	16,05±6,85	0,262	0.853	-
	(2) Tek Çocuk	26	14,85±6,60			
	(3) İki Çocuk	20	15,90±5,13			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	15,40±5,76			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Çocuk Yok	160	18,46±6,10	2,813	**0.040**	**1-2,3**
	(2) Tek Çocuk	26	15,88±6,21			
	(3) İki Çocuk	20	15,45±5,72			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	16,00±4,74			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Çocuk Yok	160	15,16±5,58	2,796	**0.041**	**1-2**
	(2) Tek Çocuk	26	12,54±5,25			
	(3) İki Çocuk	20	12,70±3,84			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	13,7±4,37			
	(1) Çocuk Yok	160	18,40±7,70	1,131	0.338	-

PMSÖ – Depresif Düşünceler	(2) Tek Çocuk	26	17,08±6,99			
	(3) İki Çocuk	20	16,60±6,59			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	14,80±5,29			
PMSÖ – Ağrı	(1) Çocuk Yok	160	8,54±3,41	1,411	0.241	-
	(2) Tek Çocuk	26	7,50±3,49			
	(3) İki Çocuk	20	7,55±2,39			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	9,30±2,87			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Çocuk Yok	160	9,74±3,77	3,829	**0.011**	**1-2,3**
	(2) Tek Çocuk	26	8,15±3,37			
	(3) İki Çocuk	20	7,45±2,21			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	8,10±3,41			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Çocuk Yok	160	8,01±3,33	0,140	0.936	-
	(2) Tek Çocuk	26	8,15±3,67			
	(3) İki Çocuk	20	7,55±3,12			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	8,10±3,54			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Çocuk Yok	160	9,99±3,22	4,401	**0.005**	**1-3**
	(2) Tek Çocuk	26	8,69±3,28			
	(3) İki Çocuk	20	7,55±3,14			
	(4) Üç Çocuk ve Fazlası	10	8,70±3,43			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 6'da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Çocuk Sayısı açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile Çocuk Sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı diğer çocuk sayılarına kıyasla "Çocuk Yok" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,117 p=0.007). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Çocuk Yok" ve "İki Çocuk" grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.003).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile Çocuk Sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı diğer çocuk sayılarına kıyasla "Çocuk Yok" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=2,813 p=0.040). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Çocuk Yok" ve "Tek Çocuk" (p=0.045), "Çocuk Yok" ve "İki Çocuk" (p=0.037) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Sinirlilik” puanı ile Çocuk Sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Sinirlilik” puanı diğer çocuk sayılarına kıyasla “Çocuk Yok” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=2,796 p=0.041). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Çocuk Yok” ve “Tek Çocuk” grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Sinirlilik” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.022).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “İştah Değişimleri” puanı ile Çocuk Sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “İştah Değişimleri” puanı diğer çocuk sayılarına kıyasla “Çocuk Yok” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,829 p=0.011). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Çocuk Yok” ve “Tek Çocuk” (p=0.038), “Çocuk Yok” ve “İki Çocuk” (p=0.008) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “İştah Değişimleri” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı ile Çocuk Sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı diğer çocuk sayılarına kıyasla “Çocuk Yok” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,401 p=0.005). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Çocuk Yok” ve “İki Çocuk” grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.002).

Tablo 7 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Meslekteki Unvan Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Meslekteki Unvan	N	Ort±SS	F	P	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Pratisyen Hekim	56	127,16±44,17	6,511	**<0.001**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	128,07±35,69			
	(3) Uzman Hekim	49	101,80±30,76			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	131,33±29,49			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Pratisyen Hekim	56	21,45±7,53	2,991	**0.032**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	21,57±6,40			
	(3) Uzman Hekim	49	18,37±6,28			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	22,27±6,51			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Pratisyen Hekim	56	17,25±6,95	8,698	**<0.001**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	16,71±6,74			
	(3) Uzman Hekim	49	11,90±4,45			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	18,20±5,53			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Pratisyen Hekim	56	18,05±6,77	4,893	**0.003**	**1-3 2-3**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	18,94±5,61			
	(3) Uzman Hekim	49	14,98±5,74			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	18,13±5,38			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Pratisyen Hekim	56	15,34±6,21	3,711	**0.012**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	14,86±5,21			
	(3) Uzman Hekim	49	12,45±4,70			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	16,47±4,22			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) Pratisyen Hekim	56	18,86±8,21	4,488	**0.004**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	18,81±7,48			
	(3) Uzman Hekim	49	14,57±6,15			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	19,47±5,01			
PMSÖ – Ağrı	(1) Pratisyen Hekim	56	9,00±3,44	7,533	**<0.001**	**1-3 2-3 3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	8,82±3,27			
	(3) Uzman Hekim	49	6,47±2,72			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	9,20±3,05			

PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Pratisyen Hekim	56	9,30±4,05	2,627	0.051	-
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	9,89±3,48			
	(3) Uzman Hekim	49	8,12±3,60			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	8,87±2,70			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Pratisyen Hekim	56	8,16±3,59	3,699	**0.013**	**1-3** **2-3** **3-4**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	8,40±3,29			
	(3) Uzman Hekim	49	6,67±3,02			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	9,07±2,84			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Pratisyen Hekim	56	9,75±3,54	3,454	**0.017**	**1-3** **2-3**
	(2) Uzmanlık Öğrencisi	96	10,07±3,11			
	(3) Uzman Hekim	49	8,27±3,43			
	(4) Öğretim Görevlisi	15	9,67±2,29			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 7'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Meslekteki Unvan açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=6,511 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p=0.001), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p<0.001), "Uzman Hekim" ve "Öğretim Görevlisi" (p=0.007) grupları arasında Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=2,991 p=0.032). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p=0.020), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p=0.007), "Uzman Hekim" ve "Öğretim Görevlisi" (p=0.050) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha

yüksek bulunmuştur (F=8,698 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p<0.001), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p<0.001), "Uzman Hekim" ve "Öğretim Görevlisi" (p=0.001) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı diğer unvanlara kıyasla "Uzmanlık Öğrencisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,893 p=0.003). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p=0.009), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p<0.001) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,711 p=0.012). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p=0.006), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p=0.010), "Uzman Hekim" ve "Öğretim Görevlisi" (p=0.011) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,488 p=0.004). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p=0.003), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p=0.001), "Uzman Hekim" ve "Öğretim Görevlisi" (p=0.023) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı diğer unvanlara kıyasla "Öğretim Görevlisi" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,533 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Pratisyen Hekim" ve "Uzman Hekim" (p<0.001), "Uzmanlık Öğrencisi" ve "Uzman Hekim" (p<0.001), "Uzman Hekim" ve

“Öğretim Görevlisi” (p=0.004) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Ağrı” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Uyku Değişimleri” puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Uyku Değişimleri” puanı diğer unvanlara kıyasla “Öğretim Görevlisi” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,699 p=0.013). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Pratisyen Hekim” ve “Uzman Hekim” (p=0.022), “Uzmanlık Öğrencisi” ve “Uzman Hekim” (p=0.003), “Uzman Hekim” ve “Öğretim Görevlisi” (p=0.014) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Uyku Değişimleri” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı ile Meslekteki Unvan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı diğer unvanlara kıyasla “Pratisyen Hekim” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,454 p=0.017). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Pratisyen Hekim” ve “Uzman Hekim” (p=0.021), “Uzmanlık Öğrencisi” ve “Uzman Hekim” (p=0.002) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 8 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alan Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Alan	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Temel Bilimler	22	113,14±45,13	1,892	0.163	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	121,01±37,53			
	(3) Cerrahi Branşı	40	131,23±35,31			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Temel Bilimler	22	19,82±8,12	0,450	0.638	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	20,84±6,79			
	(3) Cerrahi Branşı	40	21,53±6,03			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Temel Bilimler	22	16,00±6,59	1,452	0.237	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	15,44±6,54			
	(3) Cerrahi Branşı	40	17,43±6,82			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Temel Bilimler	22	16,41±6,91	2,229	0.110	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	17,51±6,03			
	(3) Cerrahi Branşı	40	19,45±5,72			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Temel Bilimler	22	13,68±6,42	0,571	0.566	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	14,51±5,45			
	(3) Cerrahi Branşı	40	15,20±4,75			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) Temel Bilimler	22	16,23±7,79	1,526	0.220	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	17,73±7,31			
	(3) Cerrahi Branşı	40	19,50±7,65			
PMSÖ – Ağrı	(1) Temel Bilimler	22	8,14±3,66	1,867	0.157	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	8,16±3,31			
	(3) Cerrahi Branşı	40	9,28±3,14			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Temel Bilimler	22	7,45±3,33	3,055	**0.049**	**1-2,3**
	(2) Dahiliye Branşı	154	9,49±3,73			
	(3) Cerrahi Branşı	40	9,40±3,37			

PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Temel Bilimler	22	7,45±3,47	2,368	0.096	-
	(2) Dahiliye Branşı	154	7,81±3,34			
	(3) Cerrahi Branşı	40	9,00±3,17			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Temel Bilimler	22	7,95±3,34	4,160	**0.017**	**1-2,3**
	(2) Dahiliye Branşı	154	9,55±3,20			
	(3) Cerrahi Branşı	40	10,45±3,46			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 8'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Alan açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı ile Alan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı diğer alanlara kıyasla "Dahiliye Branşı" alanında daha yüksek bulunmuştur (F=3,055 p=0.049). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Temel Bilimler" ve "Dahiliye Branşı" (p=0.015), "Temel Bilimler" ve "Cerrahi Branşı" (p=0.045) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı ile Alan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı diğer alanlara kıyasla "Cerrahi Branşı" alanında daha yüksek bulunmuştur (F=4,160 p=0.017). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Temel Bilimler" ve "Dahiliye Branşı" (p=0.033), "Temel Bilimler" ve "Cerrahi Branşı" (p=0.004) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 9 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Hiç İçmiyor	15	110,00±53,79	2,447	0.089	-
	(2) 1-2 Bardak	99	118,12±36,66			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	127,75±36,29			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Hiç İçmiyor	15	17,60±8,84	3,048	**0.050**	**1-3**
	(2) 1-2 Bardak	99	20,37±6,35			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	21,81±6,74			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Hiç İçmiyor	15	17,27±7,27	0,435	0.648	-
	(2) 1-2 Bardak	99	15,58±6,62			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	15,93±6,53			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Hiç İçmiyor	15	15,47±7,95	2,498	0.085	-
	(2) 1-2 Bardak	99	17,21±5,82			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	18,62±5,99			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Hiç İçmiyor	15	12,00±7,16	3,909	**0.022**	**1-3 2-3**
	(2) 1-2 Bardak	99	13,96±4,98			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	15,50±5,41			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) Hiç İçmiyor	15	18,07±9,54	1,146	0.320	-
	(2) 1-2 Bardak	99	17,09±7,25			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	18,68±7,28			
PMSÖ – Ağrı	(1) Hiç İçmiyor	15	8,33±3,75	2,971	0.053	-
	(2) 1-2 Bardak	99	7,79±3,32			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	8,92±3,20			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Hiç İçmiyor	15	6,73±3,84	4,525	**0.012**	**1-2,3**
	(2) 1-2 Bardak	99	9,18±3,48			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	9,72±3,69			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Hiç İçmiyor	15	7,00±3,64	2,108	0.124	-
	(2) 1-2 Bardak	99	7,67±3,37			
	(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	8,45±3,24			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Hiç İçmiyor	15	7,53±3,74	4,804	**0.009**	**1-3**
	(2) 1-2 Bardak	99	9,27±3,25			

(3) 3 Bardak ve Üzeri	102	10,12±3,17	

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 9'da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı diğer tüketim miktarlarına kıyasla "3 Bardak ve Üzeri" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,048 p=0.050). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Hiç İçmiyor" ve "3 Bardak ve Üzeri" grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.024).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı ile Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı diğer tüketim miktarlarına kıyasla "3 Bardak ve Üzeri" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=3,909 p=0.022). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Hiç İçmiyor" ve "3 Bardak ve Üzeri" (p=0.019), "1-2 Bardak" ve "3 Bardak ve Üzeri" (p=0.043) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı ile Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı diğer tüketim miktarlarına kıyasla "3 Bardak ve Üzeri" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,525 p=0.012). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Hiç İçmiyor" ve "1-2 Bardak" (p=0.015), "Hiç İçmiyor" ve "3 Bardak ve Üzeri" (p=0.003) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı ile Günlük Çay/Kahve Tüketme Miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı diğer tüketim miktarlarına kıyasla "3 Bardak ve Üzeri" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,804

p=0.009). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Hiç İçmiyor" ve "3 Bardak ve Üzeri" grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Şişkinlik" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.004).

Tablo 10 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Sigara Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Sigara Kullanımı**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Kullanıyor	86	129,07±38,83	2,205	**0.028**
	Hiç İçmemiş	130	117,49±37,05		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Kullanıyor	86	21,73±6,85	1,540	0.125
	Hiç İçmemiş	130	20,28±6,71		
PMSÖ – Anksiyete	Kullanıyor	86	17,28±7,19	2,599	**0.010**
	Hiç İçmemiş	130	14,92±6,04		
PMSÖ – Yorgunluk	Kullanıyor	86	18,56±6,30	1,579	0.116
	Hiç İçmemiş	130	17,22±5,94		
PMSÖ – Sinirlilik	Kullanıyor	86	15,37±5,50	1,819	0.070
	Hiç İçmemiş	130	14,01±5,33		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Kullanıyor	86	19,43±7,26	2,475	**0.014**
	Hiç İçmemiş	130	16,90±7,42		
PMSÖ – Ağrı	Kullanıyor	86	8,79±3,16	1,548	0.123
	Hiç İçmemiş	130	8,08±3,42		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Kullanıyor	86	9,41±3,56	0,466	0.642
	Hiç İçmemiş	130	9,17±3,74		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Kullanıyor	86	8,53±3,31	1,956	0.052
	Hiç İçmemiş	130	7,63±3,33		
PMSÖ – Şişkinlik	Kullanıyor	86	9,97±3,18	1,501	0.135
	Hiç İçmemiş	130	9,28±3,38		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 10'da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları sigara kullanımı açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile sigara

kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla sigara kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,205 p=0.028).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı ile sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla sigara kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,599 p=0.010).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile sigara kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla sigara kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,475 p=0.014).

Tablo 11 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Alkol Kullanımı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Alkol Kullanımı**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Kullanıyor	108	127,42±39,73	2,065	**0.040**
	Hiç İçmemiş	108	116,79±35,81		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Kullanıyor	108	21,67±6,86	1,753	0.081
	Hiç İçmemiş	108	20,06±6,65		
PMSÖ – Anksiyete	Kullanıyor	108	16,46±6,79	1,341	0.181
	Hiç İçmemiş	108	15,26±6,40		
PMSÖ – Yorgunluk	Kullanıyor	108	18,44±6,34	1,668	0.097
	Hiç İçmemiş	108	17,06±5,80		
PMSÖ – Sinirlilik	Kullanıyor	108	15,07±5,65	1,420	0.157
	Hiç İçmemiş	108	14,03±5,16		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Kullanıyor	108	19,18±7,71	2,537	**0.012**
	Hiç İçmemiş	108	16,64±6,97		

PMSÖ – Ağrı	Kullanıyor	108	8,51±3,26	0,654	0.514
	Hiç İçmemiş	108	8,21±3,40		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Kullanıyor	108	9,75±3,65	1,964	0.051
	Hiç İçmemiş	108	8,78±3,63		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Kullanıyor	108	8,37±3,40	1,674	0.096
	Hiç İçmemiş	108	7,61±3,26		
PMSÖ – Şişkinlik	Kullanıyor	108	9,96±3,33	1,841	0.067
	Hiç İçmemiş	108	9,14±3,25		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 11'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları alkol kullanımı açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile alkol kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla alkol kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,065 p=0.040).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile alkol kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla alkol kullananlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,537 p=0.012).

Tablo 12 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Düzenli Egzersiz (Haftada en az 3 gün, en az 1 saat)**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	72	111,99±37,30	-2,802	**0.006**
	Hayır	144	127,16±37,62		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	72	18,67±6,64	-3,444	**0.001**
	Hayır	144	21,96±6,61		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	72	14,67±5,96	-1,890	0.060

	Hayır	144	16,46±6,85		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	72	16,24±5,98	-2,620	**0.009**
	Hayır	144	18,51±6,05		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	72	12,94±5,45	-3,140	**0.002**
	Hayır	144	15,35±5,25		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	72	16,24±6,79	-2,359	**0.019**
	Hayır	144	18,74±7,63		
PMSÖ – Ağrı	Evet	72	7,82±3,28	-1,699	0.091
	Hayır	144	8,63±3,33		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	72	8,85±3,80	-1,183	0.238
	Hayır	144	9,47±3,59		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	72	7,51±3,54	-1,485	0.139
	Hayır	144	8,23±3,23		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	72	9,06±3,42	-1,562	0.120
	Hayır	144	9,80±3,23		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 12'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları düzenli egzersiz yapma durumu açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,802 p=0.006).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-3,444 p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,620 p=0.009).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı ile düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-3,140 p=0.002).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile düzenli egzersiz yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,359 p=0.019).

Tablo 13 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Düzenli Uyku Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Düzenli Uyku (Her gün aynı saatte, bölünmemiş ve kaliteli uyku)**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	96	111,11±40,25	-3,914	**<0.001**
	Hayır	120	130,89±33,98		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	96	19,27±7,44	-3,066	**0.003**
	Hayır	120	22,13±5,94		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	96	14,39±6,64	-2,990	**0.003**
	Hayır	120	17,04±6,37		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	96	15,89±6,31	-4,176	**<0.001**
	Hayır	120	19,25±5,52		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	96	13,31±6,10	-2,966	**0.003**
	Hayır	120	15,54±4,61		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	96	15,97±7,62	-3,514	**0.001**
	Hayır	120	19,46±6,94		
PMSÖ – Ağrı	Evet	96	7,79±3,45	-2,272	**0.024**
	Hayır	120	8,82±3,16		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	96	8,66±3,86	-2,200	**0.029**
	Hayır	120	9,75±3,43		

PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet Hayır	96 120	6,77±3,37 8,97±3,00	-5,058	**<0.001**
PMSÖ – Şişkinlik	Evet Hayır	96 120	9,07±3,43 9,93±3,17	-1,912	0.057

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 13'te katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları düzenli uyku durumu açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-3,914 p<0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-3,066 p=0.003).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,990 p=0.003).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-4,176 p<0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Sinirlilik" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,966 p=0.003).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Düşünceler" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-3,514 p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,272 p=0.024).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "İştah Değişimleri" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,200 p=0.029).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Uyku Değişimleri" puanı ile düzenli uyku durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Uyku Değişimleri" puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-5,058 p<0.001).

Tablo 14 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kronik Rahatsızlık Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Kronik Rahatsızlığınız Var mı?**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	38	130,21±34,51	1,449	0.149
	Hayır	178	120,37±38,70		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	38	21,55±6,55	0,691	0.490
	Hayır	178	20,71±6,85		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	38	16,16±5,20	0,364	0.717
	Hayır	178	15,80±6,88		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	38	19,42±5,91	1,864	0.064
	Hayır	178	17,40±6,10		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	38	15,61±5,31	1,322	0.188
	Hayır	178	14,33±5,44		
	Evet	38	19,74±7,50	1,677	

PMSÖ – Depresif Düşünceler	Hayır	178	17,52±7,39		0.095
PMSÖ – Ağrı	Evet Hayır	38 178	9,26±3,05 8,17±3,36	1,851	0.065
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet Hayır	38 178	9,37±3,84 9,24±3,63	0,193	0.847
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet Hayır	38 178	8,63±3,32 7,85±3,34	1,302	0.194
PMSÖ – Şişkinlik	Evet Hayır	38 178	10,47±3,25 9,35±3,29	1,906	0.058

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 14'te görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile kronik rahatsızlık arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 15 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menstrüasyon Öncesi Doktora Hiç Başvurma Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler için doktora hiç başvurdunuz mu?	N	Ort±SS	t	P
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	49	127,86±35,50	1,204	0.230
	Hayır	167	120,41±38,78		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	49	21,86±6,49	1,169	0.244
	Hayır	167	20,57±6,86		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	49	17,29±6,35	1,724	0.086
	Hayır	167	15,44±6,64		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	49	18,78±5,37	1,334	0.184
	Hayır	167	17,46±6,29		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	49	14,53±5,00	-0,030	0.976
	Hayır	167	14,56±5,56		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	49	18,63±6,61	0,775	0.439
	Hayır	167	17,69±7,67		
PMSÖ – Ağrı	Evet	49	9,47±3,07	2,690	**0.008**
	Hayır	167	8,04±3,34		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	49	9,16±3,91	-0,218	0.827
	Hayır	167	9,29±3,60		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	49	8,33±3,22	0,798	0.426
	Hayır	167	7,89±3,39		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	49	9,82±3,31	0,638	0.524
	Hayır	167	9,47±3,31		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 15'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları menstürasyon öncesi doktora başvurma durumu açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı ile menstürasyon öncesi doktora başvurma durumu

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı doktora başvurmayanlara kıyasla başvuranlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,690 p=0.008).

Tablo 16 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menstrüasyon Öncesi Tedavi Alma Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Menstrüasyon öncesi yaşadığınız şikayetler için hiç tedavi aldınız mı?**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	53	127,21±38,04	1,124	0.262
	Hayır	183	120,44±38,10		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	53	21,47±6,60	0,753	0.452
	Hayır	183	20,66±6,85		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	53	17,30±6,43	1,838	0.068
	Hayır	183	15,39±6,62		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	53	18,21±5,71	0,621	0.535
	Hayır	183	17,61±6,24		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	53	14,30±5,12	-0,384	0.701
	Hayır	183	14,63±5,53		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	53	19,13±7,23	1,382	0.168
	Hayır	183	17,51±7,49		
PMSÖ – Ağrı	Evet	53	9,32±3,06	2,445	**0.015**
	Hayır	183	8,05±3,36		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	53	9,36±3,80	0,216	0.829
	Hayır	183	9,23±3,63		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	53	8,55±3,49	1,396	0.164
	Hayır	183	7,81±3,29		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	53	9,57±3,39	0,038	0.970
	Hayır	183	9,55±3,29		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 16'da katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları menstürasyon öncesi tedavi alma durumu açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Ağrı" puanı ile menstürasyon öncesi tedavi alma durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Ağrı” puanı tedavi almayanlara kıyasla tedavi alanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,445 p=0.015).

Tablo 17 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Birinci Derece Akrabalarda Premenstrüel Sendrom Semptomları Veya Tanısı Olma Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı olan var mı?**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	76	128,43±37,03	1,809	0.072
	Hayır	140	118,66±38,37		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	76	21,80±6,17	1,507	0.133
	Hayır	140	20,35±7,07		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	76	17,30±7,06	2,388	**0.018**
	Hayır	140	15,08±6,24		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	76	18,97±5,78	2,181	**0.030**
	Hayır	140	17,09±6,20		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	76	14,96±4,96	0,850	0.397
	Hayır	140	14,33±5,67		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	76	18,92±7,50	1,479	0.141
	Hayır	140	17,36±7,38		
PMSÖ – Ağrı	Evet	76	8,82±3,50	1,484	0.139
	Hayır	140	8,11±3,21		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	76	9,26±3,66	-0,002	0.998
	Hayır	140	9,26±3,67		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	76	8,66±3,45	2,177	**0.031**
	Hayır	140	7,63±3,24		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	76	9,74±3,30	0,608	0.544
	Hayır	140	9,45±3,32		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 17'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı olan açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Aksiyete" puanı ile birinci

derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı semptom ve tanı almayanlara kıyasla alanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,388 p=0.018).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı semptom ve tanı almayanlara kıyasla alanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,181 p=0.030).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Uyku Değişimleri" puanı ile birinci derece akrabalarda premenstrüel sendrom semptomları veya tanı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "uyku Değişimleri" puanı semptom ve tanı almayanlara kıyasla alanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=2,177 p=0.031).

Tablo 18 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Menslerin Ağrılı Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Menslerin Ağrılı Olma Durumu**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	137	128,69±37,56	3,431	**0.001**
	Hayır	79	110,67±36,53		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	137	21,88±6,60	2,945	**0.004**
	Hayır	79	19,10±6,79		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	137	16,80±6,64	2,780	**0.006**
	Hayır	79	14,24±6,27		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	137	18,59±5,96	2,691	**0.008**
	Hayır	79	16,30±6,12		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	137	15,27±5,22	2,599	**0.010**
	Hayır	79	13,30±5,59		

PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	137	18,95±7,45	2,750	**0.006**
	Hayır	79	16,10±7,11		
PMSÖ – Ağrı	Evet	137	8,93±3,35	3,416	**0.001**
	Hayır	79	7,37±3,06		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	137	9,72±3,54	2,412	**0.017**
	Hayır	79	8,48±3,76		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	137	8,56±3,22	3,383	**0.001**
	Hayır	79	7,00±3,34		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	137	10,00±3,17	2,665	**0.008**
	Hayır	79	8,77±3,41		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 18'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları birinci menslerin ağrılı olma durumu açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplam puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplam puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=3,431 p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,945 p=0.004).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Anksiyete" puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,780 p=0.006).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,691 p=0.008).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Sinirlilik” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Sinirlilik” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,599 p=0.010).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Depresif Düşünceler” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Depresif Düşünceler” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,750 p=0.006).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Ağrı” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Ağrı” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,416 p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “İştah Değişimleri” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “İştah Değişimleri” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,412 p=0.017).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Uyku Değişimleri” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Uyku Değişimleri” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=3,383 p=0.001).

Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı ile menslerin ağrılı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden “Şişkinlik” puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur (t=2,665 p=0.008).

Tablo 19 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Görme Yaşları Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**İlk Mens Görme Yaşı**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	10-13 Yaş	132	124,63±37,70	1,223	0.223
	14-17 Yaş	84	118,13±38,64		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	10-13 Yaş	132	21,55±6,63	1,868	0.063
	14-17 Yaş	84	19,79±6,93		
PMSÖ – Anksiyete	10-13 Yaş	132	16,16±6,76	0,830	0.407
	14-17 Yaş	84	15,39±6,37		
PMSÖ – Yorgunluk	10-13 Yaş	132	18,05±6,05	0,900	0.369
	14-17 Yaş	84	17,29±6,19		
PMSÖ – Sinirlilik	10-13 Yaş	132	14,82±5,26	0,907	0.365
	14-17 Yaş	84	14,13±5,68		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	10-13 Yaş	132	18,14±7,48	0,566	0.572
	14-17 Yaş	84	17,55±7,41		
PMSÖ – Ağrı	10-13 Yaş	132	8,36±3,24	-0,028	0.978
	14-17 Yaş	84	8,37±3,48		
PMSÖ – İştah Değişimleri	10-13 Yaş	132	9,65±3,63	1,963	0.051
	14-17 Yaş	84	8,65±3,65		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	10-13 Yaş	132	8,15±3,40	0,885	0.377
	14-17 Yaş	84	7,74±3,26		
PMSÖ – Şişkinlik	10-13 Yaş	132	9,76±3,20	1,152	0.251
	14-17 Yaş	84	9,23±3,46		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 19'da görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile mens görme yaşları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 20 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Görme Süresi Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	İlk Mens Görme Süresi	N	Ort±SS	t	P
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	3-5 Gün	99	116,84±40,47	-1,878	0.062
	6-10 Gün	117	126,56±35,56		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	3-5 Gün	99	19,83±7,17	-2,073	**0.039**
	6-10 Gün	117	21,74±6,35		
PMSÖ – Anksiyete	3-5 Gün	99	15,23±6,68	-1,289	0.199
	6-10 Gün	117	16,39±6,53		
PMSÖ – Yorgunluk	3-5 Gün	99	17,19±6,49	-1,248	0.213
	6-10 Gün	117	18,23±5,74		
PMSÖ – Sinirlilik	3-5 Gün	99	13,80±5,80	-1,887	0.060
	6-10 Gün	117	15,19±5,03		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	3-5 Gün	99	17,03±7,88	-1,599	0.111
	6-10 Gün	117	18,65±7,00		
PMSÖ – Ağrı	3-5 Gün	99	8,10±3,12	-1,057	0.292
	6-10 Gün	117	8,58±3,49		
PMSÖ – İştah Değişimleri	3-5 Gün	99	8,97±3,77	-1,086	0.279
	6-10 Gün	117	9,51±3,56		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	3-5 Gün	99	7,59±3,30	-1,642	0.102
	6-10 Gün	117	8,33±3,36		
PMSÖ – Şişkinlik	3-5 Gün	99	9,10±3,42	-1,850	0.066
	6-10 Gün	117	9,93±3,18		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 20'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları birinci mens görme süresi açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı ile mens görme süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Depresif Duygulanım" puanı mens süreleri 3-5 gün olanlara kıyasla 6-10 gün olanlarda daha yüksek bulunmuştur (t=-2,073 p=0.039).

Tablo 21 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Tekrar Süresi Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Mens Tekrar Süresi	N	Ort±SS	t	P
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	3-5 Gün	99	116,32±36,86	-1,484	0.139
	6-10 Gün	117	124,65±38,49		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	3-5 Gün	99	19,80±6,83	-1,524	0.129
	6-10 Gün	117	21,33±6,74		
PMSÖ – Anksiyete	3-5 Gün	99	14,91±6,17	-1,408	0.161
	6-10 Gün	117	16,28±6,77		
PMSÖ – Yorgunluk	3-5 Gün	99	16,97±5,87	-1,255	0.211
	6-10 Gün	117	18,10±6,19		
PMSÖ – Sinirlilik	3-5 Gün	99	13,91±5,55	-1,154	0.250
	6-10 Gün	117	14,83±5,37		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	3-5 Gün	99	16,53±6,55	-1,814	0.071
	6-10 Gün	117	18,51±7,74		
PMSÖ – Ağrı	3-5 Gün	99	8,20±3,25	-0,480	0.632
	6-10 Gün	117	8,43±3,37		
PMSÖ – İştah Değişimleri	3-5 Gün	99	9,42±3,65	0,426	0.671
	6-10 Gün	117	9,19±3,68		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	3-5 Gün	99	7,67±3,26	-0,944	0.346
	6-10 Gün	117	8,13±3,38		
PMSÖ – Şişkinlik	3-5 Gün	99	8,91±3,49	-1,904	0.058
	6-10 Gün	117	9,83±3,19		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 21'de görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile mens tekrar süresi arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 22 Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Mens Döneminde Günlük Kanama Miktarı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Mens Döneminde Günlük Kanama Miktarı	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	(1) Az	27	106,37±33,07	2,979	0.053	-
	(2) Normal	137	123,04±38,73			

	(3) Fazla	52	127,81±37,40			
PMSÖ – Depresif Duygulanım	(1) Az	27	18,67±6,26	1,657	0.193	-
	(2) Normal	137	21,09±6,85			
	(3) Fazla	52	21,38±6,80			
PMSÖ – Anksiyete	(1) Az	27	13,78±5,29	1,764	0.174	-
	(2) Normal	137	15,96±6,80			
	(3) Fazla	52	16,67±6,60			
PMSÖ – Yorgunluk	(1) Az	27	14,78±5,53	4,741	**0.010**	**1-2,3**
	(2) Normal	137	17,81±6,26			
	(3) Fazla	52	19,15±5,50			
PMSÖ – Sinirlilik	(1) Az	27	12,22±5,12	2,915	0.056	-
	(2) Normal	137	14,83±5,63			
	(3) Fazla	52	15,02±4,77			
PMSÖ – Depresif Düşünceler	(1) Az	27	15,30±5,59	2,063	0.130	-
	(2) Normal	137	18,10±7,69			
	(3) Fazla	52	18,75±7,45			
PMSÖ – Ağrı	(1) Az	27	7,11±2,62	2,648	0.073	-
	(2) Normal	137	8,40±3,43			
	(3) Fazla	52	8,90±3,27			
PMSÖ – İştah Değişimleri	(1) Az	27	8,81±4,11	0,239	0.788	-
	(2) Normal	137	9,31±3,56			
	(3) Fazla	52	9,38±3,74			
PMSÖ – Uyku Değişimleri	(1) Az	27	6,74±3,48	3,021	0.051	-
	(2) Normal	137	7,98±3,25			
	(3) Fazla	52	8,67±3,41			
PMSÖ – Şişkinlik	(1) Az	27	8,96±3,36	0,660	0.518	-
	(2) Normal	137	9,55±3,31			
	(3) Fazla	52	9,87±3,30			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 22'de katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları Mens Döneminde Günlük Kanama Miktarı açısından karşılaştırılmıştır. Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı ile Mens Döneminde Günlük Kanama Miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom

alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı diğer kanama miktarlarına kıyasla "Fazla" olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=4,741 p=0.010). Yapılan post-hoc testi sonucunda "Az" ve "Normal" (p=0.017), "Az" ve "Fazla" (p=0.002) grupları arasında Premenstrüel Sendrom alt ölçeklerinden "Yorgunluk" puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 23 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Psikiyatrik Tanısı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Psikiyatrik Hastalık Tanısı**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	18	128,94±34,48	0,795	0,427
	Hayır	198	121,48±38,44		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	18	22,22±6,16	0,888	0,375
	Hayır	198	20,74±6,84		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	18	17,50±5,71	1,100	0,273
	Hayır	198	15,71±6,68		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	18	18,83±5,12	0,782	0,435
	Hayır	198	17,66±6,19		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	18	15,44±4,44	0,729	0,467
	Hayır	198	14,47±5,51		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	18	19,78±6,03	1,114	0,266
	Hayır	198	17,74±7,55		
PMSÖ – Ağrı	Evet	18	8,94±2,65	0,776	0,438
	Hayır	198	8,31±3,38		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	18	8,94±4,39	-0,386	0,700
	Hayır	198	9,29±3,60		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	18	8,06±2,90	0,086	0,932
	Hayır	198	7,98±3,39		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	18	9,22±2,69	-0,440	0,661
	Hayır	198	9,58±3,36		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 23'te görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile Psikiyatrik Hastalığk Tanısına sahip olma arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Tablo 24 Katılımcıların Ölçek Ve Alt Ölçek Puanlarının Son 3 Ayda Psikiyatrik Tedavi Alma Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	**Son 3 Ayda Psikiyatrik Tedavi Alma**	**N**	**Ort±SS**	**t**	**P**
Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam	Evet	27	128,78±33,09	0,973	0.332
	Hayır	189	121,15±38,76		
PMSÖ – Depresif Duygulanım	Evet	27	22,37±5,99	1,237	0.218
	Hayır	189	20,65±6,88		
PMSÖ – Anksiyete	Evet	27	16,74±6,13	0,739	0.461
	Hayır	189	15,74±6,68		
PMSÖ – Yorgunluk	Evet	27	18,44±5,47	0,627	0.531
	Hayır	189	17,66±6,20		
PMSÖ – Sinirlilik	Evet	27	15,41±4,93	0,876	0.382
	Hayır	189	14,43±5,49		
PMSÖ – Depresif Düşünceler	Evet	27	19,70±6,20	1,343	0.181
	Hayır	189	17,65±7,58		
PMSÖ – Ağrı	Evet	27	8,74±2,77	0,633	0.527
	Hayır	189	8,31±3,40		
PMSÖ – İştah Değişimleri	Evet	27	9,41±3,70	0,217	0.828
	Hayır	189	9,24±3,67		
PMSÖ – Uyku Değişimleri	Evet	27	8,33±2,86	0,568	0.571
	Hayır	189	7,94±3,41		
PMSÖ – Şişkinlik	Evet	27	9,63±2,78	0,132	0.895
	Hayır	189	9,54±3,38		

t= Independent Samples Test; p<0.05

Tablo 24'te görüldüğü Katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile Psikiyatrik tedavi alma arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Çalışmamıza katılan 216 kadın hekimin %61,6'sı olan 133 kadın hekimde PMS saptanmıştır. PMSsi olan ve olmayanların yapılmış sosyodemografik verilerle ilişkisi tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25 PMS gruplarina göre çeşitli değişkenlerin karşılaştırılması

Chi Square test, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

		PMS		
Demografik değişkenler		**Yok N (%)**	**Var N (%)**	**p**
Yaş	18-28 Yaş Arası	25 (29,4)	60 (70,6)	0.083
	29-32 Yaş Arası	33 (42,9)	44 (57,1)	
	33-54 Yaş Arası	25 (46,3)	29 (53,7)	
Mesleğinizdeki Unvan	Pratisyen Hekim	19 (33,9)	37 (66,1)	**0.002**
	Uzmanlık Öğrencisi	31 (32,3)	65 (67,7)	
	Uzman Hekim	30 (61,2)	19 (38,8)	
	Öğretim Görevlisi	3 (20,0)	12 (80,0)	
Sigara Kullanıyor Musunuz	Kullanıyor	28 (32,6)	58 (67,4)	0.149
	Hiç İçmemiş	55 (42,3)	75 (57,7)	
Alkol Kullanıyor Musunuz	Kullanıyor	36 (33,3)	72 (66,7)	0.124
	Hiç İçmemiş	47 (43,5)	61 (56,5)	
Düzenli Egzersiz Yapıyor Musunuz? (Haftada En Az 3 Gün En Az 1 Saat)	Evet	36 (50,0)	36 (50,0)	**0.013**
	Hayır	47 (32,6)	97 (67,4)	
Düzenli Uyuyor Musunuz?(Her Gün Aynı Saatte, Bölünmemiş Ve Kaliteli Uyku)	Evet	50 (52,1)	46 (47,9)	**<0.001**
	Hayır	33 (27,5)	87 (72,5)	
Mensleriniz Ağrılı Oluyor Mu?	Evet	42 (30,7)	95 (69,3)	**0.002**
	Hayır	41 (51,9)	38 (48,1)	

Tablo 25'te görüldüğü gibi meslekteki unvan (p=0.002), Düzenli egzersiz yapma (p=0.013), Düzenli uyuma (p<0.001) ve Menslerde ağrı olma durumu (p=0.002) ile PMS grupları arasında istatistiksel olarak anlmlı bir farklılık saptanmıştır.

TARTIŞMA

Üreme çağındaki kadınlarda özellikle de genç yaştakilerde menstrüasyon öncesinde çoğunlukla birtakım rahatsızlar görülebilmektedir. Her sene ortalama olarak 12 kez menstrüasyon gören bir kadının her ayın 6-10 günlük sene içerisinde ise totalde 3-4 aylık süreye tekabül etmekte olan semptomatik bir süreç olmaktadır. Bu semptomatik dönemle ilgili birçok ülkede konsensuslar oluşturulmuş tartışmalar yapılmış ve belirli kazanımlar elde edilmiştir. Reprodüktif çağdaki kadınlara çalışma hayatında adet öncesi 3 günlük izin verilmesi özellikle Asya ülkelerinde gündeme gelmiş olup İLO (Uluslararası Çalışma Örgütü) gibi örgütler tarafından görüşmeler takip edilmiştir. İlk olarak 1922'de ilk yasal regl iznini Sovyetler Birliği'nin yasa haline getirmesinden sonra Japonya, Tayvan, Endonezya, İsveç gibi birçok ülke yıllık 24 güne varan 'regl izni' kullanımını yasalaştırmıştır. Her ay hissedilen bu şikayetler, bireylerin sosyal hayatlarını, arkadaşlık ve aile ilişkilerini, çalışma hayatlarını ve akademik performansları gibi çok farklı alanları olumsuz anlamda etkilemektedir. Etyolojisi tam olarak gösterilemeyen ve tanı koyulabilmesi için nesnel bir tanı protokolü olmaması ve semptomların bireyler arasında çok farklı olabilmesi aynı zamanda tedavisinde de tam bir görüş birliğine varılamaması sebebiyle PMS birçok çalışmaya konu olmuştur. Yapılan araştırmalarda pek çok sonuçlar elde edilmiş ve bu sonuçlardan farklı anlamlar çıkarılmıştır.

Bu çalışmada S.B.Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 18-49 yaş arası 216 kadın hekimde PMS prevalansı, PMS'nin sosyodemografik özellikler ile ilişkisi incelenmiş olup Premenstrüel Sendrom prevalansı %61,9 olarak bulunmuştur. Bu oran literatürde yapılmış birçok çalışmayla benzer olsa da PMS görülme sıklığı geniş bir aralıkta saptanmıştır (105,106).

Ülkemizde yapılmış farklı çalışmalarda PMS prevelansı %6,1 ile %72,1 gibi geniş bir aralıkta değişen farklı yaş grupları saptanmıştır. Dünya çapında yapılan ve Türkiye'nin de araştırmada yer aldığı bir prevelans çalışmasında ise PMS prevelansı %47,8 olarak bulunmuştur (31). Hindistan özelindeki bir çalışmada PMS prevelansı %61,5, Pakistan'daki çeşitli çalışmalarda %11,2si ağır olan %51 olarak saptanmış ve yine aynı ülkede tıp fakültesindeki kadın öğrencilerde bu oran %60,5 olarak

saptanmıştır (107–110). Ülkemiz özeline bakacak olursak; Pınar ve arkadaşlarının 15-49 yaş arasındaki bireylerde %11.8 ağır, %53.5 kadında ise ağır olmayan derecede PMS şikayetlerinin olduğu, Derman'ın yaptığı araştırmada Türkiyede PMS prevelansını %61,4 olarak saptamış ve bunların %14ü şiddetli olarak kabul edildiği yine benzer bir çalışmada Demir ve arkadaşlarının 19-49 yaş arasındaki sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada 254 kadına ulaşılmış olup prevelans %20,1 beraberinde %91,7 kadındaysa premenstrüel dönemde şiddetli olmasa da semptomların olduğu gösterilmiştir (4,33,49). Kayseri ili bazlı çalışmada doğurganlık çağındaki kadınlardan 109 bireye yapılan çalışmada PMS sıklığı %39,8 olarak ve yine PMS ölçeğini kullanarak 134 hemşireyle yapılan Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesindeki bir çalışmada PMS prevelansı %38,1 bulunmuştur (111,112).

Verilerde görüldüğü gibi birçok çalışma yapılmış olup birbirinden farklı PMS prevelansları gösterilmiştir. Bu farklılıklar bir çok faktörle açıklanabilmekle beraber; ırk, yaş, medeni durum, çalışma hayatı, sosyal çevrenin farklılığından yanında örneklem seçimi, dahil edilme ve dışlama kriterleri, kullanılan ölçeklerin belli bir standartta olmaması gibi birden fazla etkenden kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda 216 kadın hekime ulaşılmış olup 133 kadında PMS olduğu görülmüş, katılımcıların ortalama yaşları 18-28 yaş arası 85, 29-32 yaş arası 77, 33-49 yaş arası ise 54 kişi, ilk menstrüasyon görme yaşı 10-13 yaş arası 132 kişi,14-17 yaş arası 84 kişi olduğu görülmüştür.

Bulgularımızda kadınların yaş ortalaması 30 ±7 yıl ve çoğunluğu 18-28 yaş aralığında olduğu saptanmış ve 'Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı' ile Yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Premenstrüel Sendrom diğer gruplara kıyasla "18-28 Yaş Arası" olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında yaş ile PMS ilişkisinde farklı veriler elde edilmiştir (113–115). Adıgüzel ve arkadaşlarının çalışması ve Tayvan'daki bir araştırmada PMS riskinin genç yaşlarda daha fazla olduğu gösterilse de Potter ve arkadaşlarının verileri aksini göstermektedir (15,42,116). Bu farklılıkların sebebi doğurganlık çağındaki kadınlarda tamamını kapsayan çalışmaların yeterli olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda premenstrüel sendrom alt ölçeklerinden depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif

düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinlik puanı ile yaş arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup 18-28 yaş arasındaki kadın hekimlerde daha yüksek bulunmuştur.

PMS ile BKİ arasında ki ilişki de birçok çalışmada sorgulanmıştır. Oral'in çalışmasında BKİ ve PMS arasında ilişki olmadığı, Masho ve arkadaşlarının çalışmasına göre ise özellikle obezitenin PMS'nin sıklığını arttırdığı, Potter ve arkadaşlarının çalışmasında da BKİ'si yüksek olan bireylerin PMS açısından daha riskli olduğu belirtilmiştir (42,44,117). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile BKİ arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ancak BKİ ile iştah değişimlerinin arasında ilişkili olduğu beraberinde obezitenin insülin arkını ve gonadal steroidleri değiştirerek endokrin sorunlara neden olabileceği düşünülünce PMS ile ilişkisinin net olarak ortaya koyabilmek için çok daha fazla çalışma yapılmasını gerektiği vurgulanmalıdır.

Medeni durum ile PMS sıklığını araştıran birçok çalışma mevcuttur. Erbil'in doğurganlık çağındaki kadınlarda yaptığı ve Diyarbakır'da sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada medeni durumla PMS arasında bir ilişki saptanmamıştır (83,118). Buna karşın Manisa'da doğurganlık çağındaki kadınlarda medeni durumun PMS sıklığını etkilediği, evli kadınların evli olmayanlara nazaran daha riskli olduğu saptanmış ve benzer bir çalışma olan Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasında evli kadınlarda PMS ölçek puanının yorgunluk, depresif duygu durum ve sosyal işlevsellik konularında daha yüksek olduğu gösterilmiştir (15,119). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile medeni durum arasında karşılaştırma yapılmış olup şişkinlik ve iştah değişimlerinin evli olanlara kıyasla bekar olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Benzer olarak çocuk olanlar ve olmayanlar karşılaştırılmış olup istatiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, iştah değişimleri, şişkinlik puanı çocuk sahibi olmayanlarda bir veya daha fazla çocuk sahibi olanlara nazaran daha yüksek saptanmıştır.

PMS sıklığı ve meslekteki unvan birçok çalışmada araştırılmış olup farklı sonuçlar elde edilmiştir. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan kadın hekimlerle yapılan bir çalışmada pms sıklığı ve yaşam kalitesi puanı ölçülmüş olup temel tıp bilimlerinde çalışanlarda çevresel puanın daha fazla olduğu, dahili ve cerrahi branşlarda

çalışanlarda daha fazla nöbet, daha yoğun iş temposu ve iş stresine daha fazla maruziyetten ötürü daha düşük puan aldığı ve pms sıklığının daha fazla saptanmıştır (120). Bizim çalışmamızda ise meslekteki unvan ile premenstrüel sendrom ölçeği toplam puanı arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. PMS ölçeği toplam puanı pratisyen hekim, uzmanlık öğrencisi ve uzman hekimlere nazaran öğretim görevlisi kadın hekimlerde daha yüksek bulunmuştur. PMS alt ölçeklerine bakıldığında; depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri puanının öğretim görevlisi hekimlerde daha yüksek bulunmuş olup yorgunluk uzmanlık öğrencilerinde şişkinliğin ise pratisyen hekimlerde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Dahili ve cerrahi branşlar PMS açısından karşılaştırıldığında iştah değişimleri puanının dahili birimlerde daha fazla olduğu şişkinlik puanının ise cerrahi branşlarda daha yüksek olduğu saptanmakla beraber diğer alt başlıklarda anlamlı bir istatiksel fark saptanmamıştır.

Premenstrüel sendromda beslenmenin önemini vurgulayan yeme içme alışkanlıklarının ve alkol/sigara kullanımının pmsnin sıklığına etkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada günde 2 fincandan fazla kahve kullanımının ve alkol-sigara kullanımının pms semptomlarını arttırdığı gösterilmiştir (28). Başka bir çalışmada da günde 3 fincandan fazla kahve içenlerde pms sıklığının 1,9 kat daha yüksek olduğu belirtilmiştir (73). Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında ise yüksek kalorili beslenmenin yanında içilen bardak çay sayısına oranla pms sıklığının ve şiddetinin arttığı gösterilmiştir. Bunun sebebinin kafeinin bir simülan olması ve gerginlik, labilite ve irritabiliteyi arttırarak pms sıklığını arttırdığı düşünülmüştür (15,29). Elle'nin çalışmasında ise sigara içenlerde PMS sıklığı araştırılmış olup sigaranın sıklığı ve semptomları arttırdığı vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları günlük çay/kahve tüketme miktarı açısından karşılaştırılmış olup istatiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. 3 bardak ve üzeri çay/ kahve içenlerde özellikle depresif duygulanım, sinirlilik, iştah değişimleri ve şişkinlik puanlarında anlamlı yükseklik saptanmıştır. Benzer olarak sigara ve alkol kullanımı ayrı ayrı karşılaştırılmış olup istatiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Premenstrüel sendrom ölçeği toplam puanı sigara ve/veya alkol kullananlarda kullanmayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Özellikle anksiyete ve depresif düşünceler puanlarında belirgin yükseklik saptanmıştır.

Düzenli egzersiz ve PMS ilişkisi az sayıda çalışmada sorgulanmıştır (113,121,122). Bazı çalışmalarda egzersizle PMS arasında anlamlı bir fark olmadığı söylense de ACOG özellikle aerobik egzersizin PMSye bağlı şikayetleri azalttığını söylemektedir. Düzenli egzersizin östradiol, prolaktin ve progesteron düzeyini azaltmakla beraber hemoglobin-hematokrit ve platelet sayısını arttırdığı bilinmektedir. Bununla beraber halsizlik ve dikkati toplamada güçlük gibi şikayetlere de iyi geldiği bilinmektedir (123,124). Bizim çalışmamızda ise Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplam puanı ile düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Özellikle alt ölçeklerden olan depresif duygulanım, yorgunluk, halsizlik, sinirlilik ve depresif düşünceler puanlarında düzenli egzersiz yapanlara kıyasla yapmayanlarda yüksek bulunmuştur.

PMS ve düzenli uyku durumu da az sayıda çalışmada sorgulanmakla beraber düzenli uyku uyumanın daha çok yaşam kalitesi üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Avusturya ve Isparta'da yapılan benzer çalışmada düzenli uyku uyuyanların yaşam kalitesinin daha yüksek ve PMS semptomlarının daha az görüldüğü vurgulanmıştır (4,125). Bizim çalışmamızda ise Premenstrüel Sendrom Ölçeği Toplam puanı düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Alt ölçeklerden özellikle depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı ve iştah değişimleri puanlarının düzenli uyuyanlara kıyasla uyumayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda Kronik rahatsızlığa sahip olmanın PMS'ye etkisi de araştırılmış olup katılımcıların ölçek ve alt ölçek puanları ile kronik rahatsızlık arasında istatiksel anlamda bir farklılık saptanmamıştır.

Birinci derece akrabalarında PMS semptomları olan veya tanı alanlarda PMS sıklığı ve semptomları da sorgulanan çalışmamızda toplam puanla beraber özellikle anksiyete, yorgunluk ve uyku değişimleri alt ölçek puanının tanı almış akrabası olanlarda olmayanlara nazaran daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalardan Akmalı ve arkadaşlarının çalışmasında anne ve kardeş de PMS görülme durumu ile bireyde PMS görülmesi arasında anlamlı bir ilişki görülmüş, Karavul ve arkadaşlarının

araştırmasında da ailesinde PMS tanısı almış olan kişilerde PMS sıklığı %22 iken tanı almış akrabası olmayanla bu oranın %12'de kaldığı görülmüştür (73,126).

Menstrüasyon sürecinde bireylerin en çok yakındıkları durumun dismenore olduğu bilinmektedir. Birçok çalışmada dismenoresi olan kadınlarda PMS daha sık görüldüğü gösterilmiştir. Dismenorenin belirli bir ölçeğinin olmaması ve hastanın algısına göre değişen bir parametre olması sebebiyle araştırılmasında zorlanılmaktadır. Aba ve arkadaşlarının yanında 2006'da Demir ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada, Sağlam ve arkadaşlarının çalışmasında, Derman ve arkadaşlarının 2004'te yaptıkları çalışma gibi birçok çalışmada mensleri ağrılı geçenlerin, dismenoresi olan kadınlarda PMS sıklığının daha yüksek olduğu ve beraberinde semptomlarının daha şiddetli olduğu gösterilmiştir (4,33,113,114). Bizim çalışmamızda da Premenstrüel Sendrom Ölçeği toplam puanı mensleri ağrılı geçmeyenlere kıyasla ağrılı geçenlerde daha yüksek bulunmuştur. Menstrüasyon döneminde ağrı yaşayanlarda premenstrüel alt ölçeklerinden özellikle depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik puanlarının ağrı yaşamayanlara nazaran çok daha yüksek saptanmıştır.

Çeşitli çalışmalarda menarş yaşı, menstrüasyonun toplam gün sayısı ve adet siklus uzunluğunun yanında kanama miktarının da PMS sıklığı ve arasında ilişkisi araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda PMS sıklığı ile menarş yaşı arasında bir ilişki kurulamamıştır (118,127). Demir ve arkadaşlarının çalışmasında ise menarş yaşı 12 ve altı olanlarda PMS sıklığının daha fazla olduğu gösterilmiştir (4). Bizim çalışmamızda ise mens görme yaşları ile PMS sıklığı arasında istatistikçe anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu çalışmalarda ki farklılığın sebebi menarş yaşının yaşam tarzı, sosyoekonomik durum, iklim ve genetik gibi birçok faktörden etkilenebilmesi olarak gösterilmiştir. Kadınların bir ayda toplam mens görme süresi ve siklus uzunluğu açısından da farklı sonuçlar elde edilmiştir. Gümüş Babacan ve arkadaşlarının çalışmasında gün sayısı ve siklus uzunluğu fazla olanlarda PMS'nin daha sık ve semptomlarının daha ağır olduğu gösterilmesine karşın Daşıkan ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada PMS ile mens gördüğü gün sayısı ve siklus arasında bir ilişki saptanmamıştır (128–130). Bizim çalışmamızda ise mens görme süresi, mens tekrar süresi ve mens döneminde günlük kanama miktarı ile PMS sıklığı arasında

anlamlı bir farklılık görülmemekle beraber sadece mens döneminde günlük kanaması fazla olanlarda yorgunluk şikayetinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda son olarak kadın hekimlerde psikiyatrik tanısı olan ve veya son 3 ay içerisinde psikiyatrik tedavi alanlarda PMS sıklığı ve semptomlarını şiddeti araştırılmış olup istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Çalışmamızda bir hastanede çalışan kadın hekimlerde Premenstrüel sendrom, ilişkide olduğu faktörler ve sıklığı araştırılmıştır. Bireylerin şikayetlerini değerlendiren ölçekler, biyokimyasal ölçümlerle desteklenmediğinden dolayı sonuçlar sözel ifadelere dayandırılmıştır. Bizim çalışmamız nezdinde yapılan diğer çalışmalarla beraber değerlendirildiğinde PMS'nin sanılandan daha sık olduğu, kadın sağlığını ve dolayısıyla ailelerin biyopsikososyal problemler yaşamasına neden olduğu bunlarla beraber bireyin insanlarla iletişimini olumsuz anlamda etkilediği iş veya okul başarısını ve sosyal hayatını olumsuz etkilediğini göstermiştir. PMS için hastaneye başvurunun da gittikçe arttığı saptanmakla beraber azımsanmayacak sayıda klinisyenin PMS'ye gereken önemi vermediği de gösterilmiştir (131,132).

Görüldüğü üzere PMS'nin yalnızca bireyi değil içinde olduğu toplumu da etkilemesi sebebiyle sağlıklı bir birey ve toplum sağlığı için PMS'ye gereken önemin verilmesi, problemlerin giderilmesi ve tedavisinin sağlanması gerekmekte olduğu anlaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza baktığımız zaman; araştırmaya katılanların çoğunluğunun %39,4 oranıyla 18-28 yaş arası hekimlerden oluşmakta, %77,3 normal aralıkta BKİ değerine sahipti. Katılımcıların %57,4'ü bekar ve %74,1'i çocuk sahibi değildi, %44,4'ü uzmanlık öğrencisi, %71,3'ü dahili branşta çalışmaktaydı.

Bireylerin %47,2'sinin günde 3 bardak ve daha fazla fincan çay-kahve tükettiği, %60,2'sinin hiç sigara içmediği, %50'sinin alkol kullandığı, haftada en az 3 gün egzersiz yapmayanların %66,7 olduğu, %55,6'sının her gün aynı saatte, bölünmemiş kaliteli uyku uyumadığı saptandı.

Bireylerin %51,9'u aile planlaması yöntemi kullanmadığı ve %82,4'ünün herhangi bir hastalığının olmadığı saptandı. Katılımcıların %63,4'ünün menslerinin ağrılı olduğu ama %77',3'ü menstrüasyon öncesi şikayetleri için doktora başvurmadığı, %75,5'inin menstrüasyon öncesi yaşadıkları şikayetler için tedavi almadığı saptandı. Katılımcıların %64,8'inde birinci derece akrabalarında premenstrüel sendrom semptomları veya tanısı olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların %61,1'inin ilk menstrüasyon görme yaşının 10-13 yaş arasında olduğu, menslerinin %45,8'inin 3-5 gün arası 54,2'sinin 6-10 gün arası sürdüğü, %69,4'ünün 28-60 günde bir mens gördüğü bunların da %63,4'ünün normal kanama miktarında olduğu %24,1'inde ise fazla miktarda kanama olduğu saptandı.

Katılımcıların %91,7'sinde herhangi bir psikiyatrik hastalığının olmadığı ve %87,5'inin son üç ayda herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığı saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan 216 hekim puanı 44-220 arasında değişen Premenstrüel Sendron Ölçeği açısından değerlendirilmiş toplam puanı ortalaması 18-28 yaş arası 85 kişi olup 132,8 puan ortalaması, 29-32 yaş arasında 77 kişi 117,6 puan ve 33-49 yaş arasında 54 kişi olup 111,4 puan ortalamasıyla katılımcıların %61,6sında ve 133 kişide PMS saptanmıştır.

Çalışmamızda Kadın hekimlerin BKİ, kronik rahatsızlık olup olmaması, mens görme yaşı ve mens tekrar süresi ve psikiyatrik tanı tedavi alması ile PMS sıklığı ve semptomları arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda 18-28 yaş arası kadın hekimlerde PMS'nin daha sık olduğu görülmüştür. Benzer olarak depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif

düşünceler, iştah değişimleri ve şişkinliğin 18-28 yaş arası kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Medeni durum ile PMS sıklığına bakıldığında bekar olanlarda daha yüksek puan bulunmuş olup özellikle şişkinliğin bekar kadınlarda iştah değişimlerinin ise evli kadınlarda daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Kadın hekimlerin çocuk sayısı ile PMS ilişkisine bakıldığında çocuk sahibi olmayanlarda PMS'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Özellikle depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, iştah değişimleri, şişkinlik gibi şikayetlerin çocuk sahibi olmayanlarda daha sık olduğu görülmüştür.

Mesleki unvan ile PMS ilişkisine bakıldığında Pratisyen hekim ve uzmanlık öğrencilerinde PMSÖ toplam puanının belirgin farklarla daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak alt başlıklara bakıldığında depresif düşünceler, anksiyete, sinirlilik, depresif duygulanım, ağrı ve uyku değişimlerinin öğretim görevlilerinde daha sık görüldüğü, uzmanlık öğrencilerinde yorgunluğun pratisyen hekimlerde şişkinliğin daha belirgin olduğu görülmüştür.

PMS ve branşlar arasında ki ilişkiye bakıldığında cerrahi branşta olan kadın hekimlerin PMSÖ toplam puanının dahili branşlara çok daha yüksek olduğu görülmüş olup temel bilimlerinde olan hekimlerin ise en düşük toplam puana sahip olduğu saptanmıştır.

Kadın hekimlerin günlük çay/kahve tüketme miktarının PMS sıklığı açısından karşılaştırılan çalışmamızda 3 bardak ve üzeri içenlerin içmeyenlere göre PMSÖ toplam puanının çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Alt başlıklardan özellikle depresif duygulanım, sinirlilik, iştah değişimleri, şişkinliğin 3 bardak ve üzeri içenlerde daha sık olduğu saptanmıştır.

Kadın hekimlerden sigara ve alkol kullananların kullanmayanlara göre PMSÖ toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alt başlıklardan özellikle anksiyete ve depresif düşüncelerin sigara ve alkol kullananlarda çok daha belirgin olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapmayan kadın hekimlerde PMS sıklığının daha fazla olduğu, PMSÖ toplam puanın çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Egzersiz yapanlarda alt başlıklardan özellikle depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve depresif düşüncelerin çok daha az görüldüğü saptanmıştır.

Düzenli uyku ile PMS sıklığı arasında belirgin bir ilişki olduğu görülmüş olup, düzenli uyuyanlarda PMS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda Birinci derece akrabalarda premenstrüel semptom veya tanısı olanlarda PMS'nin daha sık görüldüğü özellikle anksiyite, yorgunluk, uyku değişimleri şikayetlerinin daha belirgin olduğu görülmüştür.

Kadın hekimlerden mensleri ağrılı olanlarda PMS'nin daha sık olduğu görülmekle beraber tüm alt başlıklardaki semptomların çok daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Kadın hekimlerde mens görme yaşı ve tekrar süresiyle PMS sıklığı arasında bir ilişki saptanmamış olsa da mens görme süresinin 6-10 gün olanlarda PMS'nin 3-5 gün sürenlere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Adölesan yaşlardan başlayıp, reprodüktif dönem süresince görülen PMS; menstrüel siklusun önemli bir kısmını bu şikayetlerle baş etmeye çalışan kadınlar açısından önemli bir durumdur. Çalışmamız kadın hekimler üzerinde olmasına rağmen PMS semptomları olanlarda bile hastaneye başvuru oranının çok az olması dikkat çekicidir. PMS ve semptomları hakkında hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının farkındalığı arttırılması gerektiği bunun yanında sağlık sektörü dışındaki kadınların da bilgilendirilmesi gerektiği görülmüştür.

Sağlık camiası içerisinde sürekli ve bütüncül sağlık hizmeti vermenin yanında bireysel ve kapsamlı yaklaşan aile hekimleri; PMS açısında kadın hastalara en yararlı olabilecek konumdaki hekimlerdir. 15-49 yaş grubu izlemleri yapılan birinci basamakta PMS de sorgulanmalı, bu gruptaki kadınlara ve beraberinde ailelerine de eğitim verilmelidir.

PMS'nin kadınların yaşamı üzerinde çok sayıda olumsuz etkisi olduğu özellikle fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik alanlarda belirgin etkisi olduğu görülmüştür. Bir hastanede çalışan kadın hekimleri baz alan çalışmamızda PMS'nin kadın yaşamındaki etkisi görülmüş olup en nihayetinde prevelansı yüksek olan PMS'nin gerçek prevelansının ve kadınlar üzerinde ki etkileri ortaya çıkarılması için daha geniş kapsamlı çalışma yapılması gerektiği anlaşılmıştır. PMS'nin daha net tanımlanması, risk faktörlerin ortaya konması, etkin tanı ve özellikle tedavi protokollerinin net olarak koyulmasının yanında bu konu ile ilgili önlemler alınması gerektiği anlaşılmıştır.

KAYNAKÇA

1. Türkçapar AF, Türkçapar H. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 14(4):241–53.

2. O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMD Montreal consensus. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2011 Feb [cited 2022 Aug 12];14(1):13–21. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21225438/

3. Zendehdel M, Elyasi F. Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. J Family Med Prim Care [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 12];7(2):346. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30090776/

4. Çelik A, Uskun Pamukkale Tıp Dergisi E, Eğirdir İlçe Sağlık Müdürlüğü U, Uskun E, Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi S, Sağlığı Anabilim Dalı H. Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. Pamukkale Tıp Dergisi [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2022 Aug 12];15(1):1–13. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/patd/issue/65499/872379

5. KIZILKAYA BEJİ N, BAKIR N. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. İnönü üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi [Internet]. 2021 Jan 19 [cited 2022 Aug 12];9(1):264–77. Available from: http://search/yayin/detay/427990

6. Robinson RL, Swindle RW. Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. J Womens Health Gend Based Med [Internet]. 2000 [cited 2022 Aug 12];9(7):757–68. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11025868/

7. ÖNAL B. Premenstrüel sendromda risk faktörleri ve tedavi arama davranışının araştırılması. 2011 [cited 2022 Aug 12]; Available from: http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/13044

8. Ganong'un Tıbbi Fizyolojisi | Fizyoloji Kitapları [Internet]. [cited 2022 Aug 13]. Available from: https://nobeltip.com/product/3533/ganongun-tibbi-fizyolojisi

9. ENDOKRİNOLOJİ EL KİTABI - TAYLAN KABALAK - C. YILMAZ - M. TÜZÜN [Internet]. [cited 2022 Aug 13]. Available from: https://www.nadirkitap.com/endokrinoloji-el-kitabi-taylan-kabalak-c-yilmaz-m-tuzun-kitap13265693.html

10. KATKI - PEDİATRİ DERGİSİ ADOLESAN JİNEKOLOJİSİ CİLT:27 SAYI:4 / HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ YAYINI - PROF.DR.İMAM ÖZALP-PROF.DR. MURAT ÖZALP [Internet]. [cited 2022 Aug 13]. Available from:

https://www.nadirkitap.com/katki-pediatri-dergisi-adolesan-jinekolojisi-cilt-27-sayi-4-hacettepe-universitesi-tip-fakultesi-cocuk-sagligi-enstitusu-yayini-prof-dr-imam-ozalp-prof-dr-murat-ozalp-dergi16955155.html

11. Giorlandino C, Gleicher N, Taramanni C, Vizzone A, Gentili P, Mancuso S, et al. Ovarian development of the female child and adolescent: I. Morphology. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 1989 [cited 2022 Aug 13];29(1):57–63. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2566531/

12. Sporcularda menstruasyonun performansa etkisi [Internet]. [cited 2022 Aug 13]. Available from: https://acikerisim.sakarya.edu.tr/handle/20.500.12619/93537

13. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2004 Oct [cited 2022 Aug 14];104(4):845–59. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15458909/

14. Figert AE. Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact. Integr Physiol Behav Sci [Internet]. 2005 Apr [cited 2022 Aug 14];40(2):102–13. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17393679/

15. ESEN DANACI A, ADIGÜZEL H, TAŞKIN O. Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi [Internet]. 2007 [cited 2022 Aug 14];18(3):215–22. Available from: http://search/yayin/detay/72502

16. Türkçapar AF, Türkçapar H. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi. 14(4):241–53.

17. Baysal B. Jinekoloji, I.T..F. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları Birinci baskı Editör: S.Berkmen, [Internet]. [cited 2022 Aug 15]. Available from: https://www.nadirkitap.com/jinekoloji-istanbul-tip-fakultesi-temel-ve-klinik-bilimler-ders-kitaplari-sinan-berkman-samet-topuz-editor-kitap25303343.html

18. AKDENİZ F, GÖNÜL AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 7(Supp:2):70–4.

19. Anson O. Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. Soc Sci Med [Internet]. 1999 Jul [cited 2022 Aug 15];49(1):67–80. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10414841/

20. Lustyk MKB, Gerrish WG. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 15];1951–75. Available from: https://www.researchgate.net/publication/227020575_Premenstrual_Syndrome_and_Premenstrual_Dysphoric_Disorder_Issues_of_Quality_of_Life_Stress_andExercise

21. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, 2013 [Internet]. [cited 2022 Aug 15]. Available from: https://www.dr.com.tr/Kitap/Dsm-5-Tani-Olcutleri-Basvuru-El-Kitabi/Egitim-Basvuru/Psikoloji-Bilimi/urunno=0000000567748

22. Zendehdel M, Elyasi F. Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. J Family Med Prim Care [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 16];7(2):346. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30090776/

23. SOKULLU DANIŞMAN Yrd Doç Hilmiye AKSU G. PREMENSTRUAL SENDROM YAKINMALARI OLAN KADINLARIN YAŞAM BİÇİMLERİNİN İNCELENMESİ.

24. Frank RT. THE HORMONAL CAUSES OF PREMENSTRUAL TENSION. Arch Neurol Psychiatry [Internet]. 1931 Nov 1 [cited 2022 Aug 16];26(5):1053–7. Available from: https://www.scienceopen.com/document?vid=8e3442ae-2453-4abb-856b-744c0d0f00be

25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2022 Mar 18 [cited 2022 Aug 16]; Available from: https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787

26. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. Indian J Psychiatry [Internet]. 2013 Jul [cited 2022 Aug 16];55(3):220. Available from: /pmc/articles/PMC3777342/

27. Budeiri DJ, Li Wan Po A, Dornan JC. Clinical trials of treatments of premenstrual syndrome: entry criteria and scales for measuring treatment outcomes. Br J Obstet Gynaecol [Internet]. 1994 [cited 2022 Aug 16];101(8):689–95. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7947504/

28. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. An overview of premenstrual syndrome. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007;36(7):642–52.

29. GÜNEŞ DrG, PEHLİVAN DrE, GENÇ DrM, EĞRİ DrM. Malatya da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi [Internet]. 1997 Aug 1 [cited 2022 Aug 17];4(4):403–6. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/totm/issue/13147/158547

30. UZUNOĞLU G, AKTAN ZD. Ergenlerde Premenstrüel Sendrom ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişki. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar [Internet]. 2019 Dec 29 [cited 2022 Aug 17];11(Ek Sayı 1):37–50. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/pgy/issue/43450/521549

31. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Satar K. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. J Clin Diagn Res [Internet]. 2014 Feb 3 [cited 2022 Aug 17];8(2):106–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24701496/

32. Medline ® Abstract for Reference 14 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/14

33. Derman O, Kanbur NÖ, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. 2004 Oct 15 [cited 2022 Aug 17];116(2):201–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15358465/

34. Medline ® Abstract for Reference 13 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/13

35. Medline ® Abstract for Reference 10 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/10

36. DEMİR B, GÜVEN GES, ALGÜL YL. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi [Internet]. 2006 [cited 2022 Aug 17];3(4):262–70. Available from: http://search/yayin/detay/73880

37. Bosarge PM. Understanding and treating PMS/PMDD. Nursing (Brux) [Internet]. 2003 Nov [cited 2022 Aug 17];Suppl:13–4, 17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14748155/

38. DEMİR B, GÜVEN GES, ALGÜL YL. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi [Internet]. 2006 [cited 2022 Aug 17];3(4):262–70. Available from: http://search/yayin/detay/73880

39. Medline ® Abstract for Reference 23 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/23

40. Medline ® Abstract for Reference 20 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/20

41. Lustyk MKB, Gerrish WG. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures [Internet]. 2010 [cited 2022 Aug 17];1951–75. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/227020575_Premenstrual_Syndrome_and_Premenstrual_Dysphoric_Disorder_Issues_of_Quality_of_Life_Stress_andExercise

42. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. J Womens Health (Larchmt) [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2022 Aug 17];18(1):31–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19105683/

43. PA D, T A, J SP. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. Arch Fam Med [Internet]. 1999 [cited 2022 Aug 17];8(2):122–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10101982/

44. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2005 Mar [cited 2022 Aug 17];26(1):33–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15962720/

45. Yonkers KA, O'Brien PS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. The Lancet. 2008;371(9619):1200–10.

46. Rosseinsky DR, Hall PG. Letter: An evolutionary theory of premenstrual tension. Lancet [Internet]. 1974 Oct 26 [cited 2022 Aug 17];2(7887):1024. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4138262/

47. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res [Internet]. 2009 Apr [cited 2022 Aug 17];9(2):157–70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19402804/

48. Rapkin AJ, Pollack DB, Raleigh MJ, Stone B, McGuire MT. Menstrual cycle and social behavior in vervet monkeys. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 1995 [cited 2022 Aug 17];20(3):289–97. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7777657/

49. Pınar A. 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı. 2007 [cited 2022 Aug 17]; Available from: http://acikerisim.akdeniz.edu.tr/xmlui/handle/123456789/1696

50. Medline ® Abstract for Reference 25 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/25

51. Medline ® Abstract for Reference 27 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/27

52. Medline ® Abstract for Reference 28 of "Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate

[Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/28

53. Medline ® Abstract for Reference 30 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/30

54. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. J Psychiatry Neurosci [Internet]. 2008 [cited 2022 Aug 17];33(4):291. Available from: /pmc/articles/PMC2440788/

55. Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H. Progesterone for Premenstrual Syndrome. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2006 [cited 2022 Aug 17];(4). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054168/

56. Palme Doğum ve Kadın Sağlığı - Muzaffer Kutlu Yücel [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.hipokratkitabevi.com/dogum-ve-kadin-sagligi

57. T C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2000) Kontraseptif yöntemler CI. ULUSAL AiLE PLANLAMASI HiZMET REHBERi.

58. Koci A, Strickland O. Relationship of adolescent physical and sexual abuse to perimenstrual symptoms (PMS) in adulthood. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2007 Jan 1 [cited 2022 Aug 17];28(1):75–87. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17130008/

59. Aşci Ö, Kahyaoğlu SÜT H, Gökdemİr F. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2022 Aug 17];9(3):79–87. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46794/586782

60. Becerileri Y, Dergisi P, Bakir N, Balci Yangin H, Akif M, Üniversitesi E, et al. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi [Internet]. 2019 Jun 30 [cited 2022 Aug 17];3(5):39–51. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybpd/issue/43519/538946

61. Medline ® Abstract for Reference 51 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 17]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/51

62. Medline ® Abstract for Reference 33 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 19]. Available from:

https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/33

63. Medline ® Abstract for Reference 31 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/31

64. Medline ® Abstract for Reference 32 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/32

65. Medline ® Abstract for Reference 36 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/36

66. Medline ® Abstract for Reference 37 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/37

67. Medline ® Abstract for Reference 38 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/38

68. Medline ® Abstract for Reference 44 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/44

69. Medline ® Abstract for Reference 45 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/45

70. Medline ® Abstract for Reference 48 of “Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder” - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/48

71. Karadağ F. Adet öncesi disforik bozukluk, Psikiyatri Dünyası, 2001;5 (1): 11– 14. [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=3371

72. Rapkin AJ, Lewis EI. Treatment of premenstrual dysphoric disorder. Women's Health. 2013 Nov;9(6):537–56.

73. Üniv Sağlık Bilim M, Akmalı N, Özerdoğan N, Gürsoy E, Osmangazi Ü E, Bilimleri Fakültesi S, et al. Araştırma Makalesi Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. Mersin Univ Saglık Bilim Derg. 2020;13(1):63–74.

74. Medline ® Abstract for Reference 2 of "Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/2

75. Connolly M. Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management. Advances in Psychiatric Treatment [Internet]. 2001 [cited 2022 Aug 20];7(6):469–77. Available from: https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/premenstrual-syndrome-an-update-on-definitions-diagnosis-and-management/036791CDE4A75D5F6F466926D81D907C

76. Medline ® Abstract for Reference 22 of "Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/22

77. Medline ® Abstract for Reference 2 of "Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/2

78. Medline ® Abstract for Reference 22 of "Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder" - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder/abstract/22

79. Öztürk Can H, Baykal Akmeşe Z, Durmuş AB. SINIF ÖĞRETMENLERİNDE PREMENSTRUEL SENDROM GÖRÜLME DURUMU VE ÖFKE İFADE TARZLARI. Life Sci [Internet]. 2015 Jan 27 [cited 2022 Aug 20];10(1):1–14. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsals/issue/19980/213448

80. Romano S, Judge R, Dillon J, Shuler C, Sundell K. The role of fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. Clin Ther [Internet]. 1999 Apr [cited

2022 Aug 20];21(4):615–33; discussion 613. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10363729

81. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2003 [cited 2022 Aug 20];28(SUPPL. 3):55–99. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12892990/

82. Başağaç E, Ege E, Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi H, Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüsü Meram N. Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu İle İlişkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi [Internet]. 2021 Apr 18 [cited 2022 Aug 20];4(1):1–9. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd/issue/61579/839898

83. Abplanalp JM. Premenstrual syndrome. Behavioral Sciences & the Law [Internet]. 1985 Dec 1 [cited 2022 Aug 20];3(1):103–15. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/bsl.2370030108

84. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology [Internet]. 2003 [cited 2022 Aug 20];28(SUPPL. 3):25–37. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12892988/

85. Gülerman C. Premenstrüel Sendrom. In: Çiçek N MT. Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Nedim Çiçek, Tamer Mungan [Internet]. [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.hipokratkitabevi.com/klinikte-obstetrik-ve-jinekoloji-nedim-cicek-tamer-mungan

86. Malik R, Bhat MDA. The management of premenstrual syndrome: A review. Bangladesh Journal of Medical Science [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 20];17(1):16–20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/322410548_The_management_of_Premenstrual_syndrome_A_review

87. Gudipally PR, Sharma GK. Premenstrual Syndrome. 2022 Jul 18 [cited 2022 Aug 20]; Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/

88. Panay N. Management of premenstrual syndrome: Evidence-based guidelines. Obstet Gynaecol Reprod Med [Internet]. 2011 [cited 2022 Aug 20];21(8):221–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232414888_Management_of_premenstrual_syndrome_Evidence-based_guidelines

89. van Die MD, Burger H, Teede H, Bone K. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. Planta Med [Internet]. 2013 [cited 2022 Aug 20];79(7):562–75. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23136064/

90. Kelderhouse K, Taylor JS. A Review of Treatment and Management Modalities for Premenstrual Dysphoric Disorder. Nurs Womens Health [Internet]. 2013 Aug 1 [cited

2022 Aug 20];17(4):294–305. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-486X.12048

91. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2009 [cited 2022 Aug 20];(2). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19370564/

92. Indusekhar R, Usman SB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2007 Apr [cited 2022 Aug 20];21(2):207–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17175199/

93. Nevatte T, O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. Arch Womens Ment Health [Internet]. 2013 Aug [cited 2022 Aug 21];16(4):279–91. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23624686/

94. Sundblad C, Modigh K, Andersch B, Eriksson E. Clomipramine effectively reduces premenstrual irritability and dysphoria: a placebo-controlled trial. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 1992 [cited 2022 Aug 21];85(1):39–47. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1546547/

95. Sundblad C, Hedberg MA, Eriksson E. Clomipramine administered during the luteal phase reduces the symptoms of premenstrual syndrome: a placebo-controlled trial. Neuropsychopharmacology [Internet]. 1993 [cited 2022 Aug 21];9(2):133–45. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8216696/

96. Cohen LS, Soares CN, Lyster A, Cassano P, Brandes M, Leblanc GA. Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. J Clin Psychopharmacol [Internet]. 2004 Oct [cited 2022 Aug 21];24(5):540–3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15349012/

97. Freeman EW, Rickels K, Yonkers KA, Kunz NR, McPherson MK, Upton GV. Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2001 [cited 2022 Aug 21];98(5):737–44. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11704162/

98. de Berardis D, Serroni N, Salerno RM, Ferro FM. Treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) with a novel formulation of drospirenone and ethinyl estradiol. Ther Clin Risk Manag [Internet]. 2007 [cited 2022 Aug 21];3(4):585. Available from: /pmc/articles/PMC2374943/

99. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard O. Association of Hormonal Contraception With Depression. JAMA Psychiatry [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Aug 21];73(11):1154–62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27680324/

100. Halbreich U, Freeman EW, Rapkin AJ, Cohen LS, Grubb GS, Bergeron R, et al. Continuous oral levonorgestrel/ethinyl estradiol for treating premenstrual dysphoric

disorder. Contraception [Internet]. 2012 Jan [cited 2022 Aug 21];85(1):19–27. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22067793/

101. Eisenlohr-Moul TA, Girdler SS, Johnson JL, Schmidt PJ, Rubinow DR. Treatment of premenstrual dysphoria with continuous versus intermittent dosing of oral contraceptives: Results of a three-arm randomized controlled trial. Depress Anxiety [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2022 Aug 21];34(10):908–17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715852/

102. Muse KN, Cetel NS, Futterman LA, Yen SSC. The premenstrual syndrome. Effects of "medical ovariectomy." N Engl J Med [Internet]. 1984 Nov 22 [cited 2022 Aug 21];311(21):1345–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6387488/

103. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. Journal of Psychiatry and Neuroscience [Internet]. 2000 [cited 2022 Aug 21];25(5):459. Available from: /pmc/articles/PMC1408015/?report=abstract

104. Bäckström T, Andreen L, Birzniece V, Björn I, Johansson IM, Nordenstam-Haghjo M, et al. The Role of Hormones and Hormonal Treatments in Premenstrual Syndrome. CNS Drugs 2003 17:5 [Internet]. 2012 Aug 29 [cited 2022 Aug 21];17(5):325–42. Available from: https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200317050-00003

105. Kisa S, Zeyneloğlu S, Güler N. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2012;1(4).

106. Doğan S, Doğan N, Can H, Alaşehirlioğlu HV. Smyrna Tıp Dergisi Derleme Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım Approach to premenstrual syndrome in primary health care.

107. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo LJ. Knowledge, Attitudes, and Consequences of Menstrual Health in Urban Adolescent Females. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006 Aug;19(4):271–5.

108. Issa BA, Yussuf AD, Olatinwo AWO, Ighodalo M. Premenstrual dysphoric disorder among medical students of a Nigerian university. Ann Afr Med. 2010;9(3):118–22.

109. Sarkar A, Mandal R, Ghorai S. Premenstrual syndrome among adolescent girl students in a rural school of West Bengal, India. Int J Med Sci Public Health [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 24];5(3):408. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282963923_Premenstrual_syndrome_among_adolescent_girl_students_in_a_rural_school_of_West_Bengal_India

110. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2011 Jan [cited 2022 Aug 24];2(1):21–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21147455/

111. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of Premenstrual Syndrome on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. Saf Health Work [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2022 Aug 24];7(1):78–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27014495/

112. Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15 - 49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: https://avesis.erciyes.edu.tr/yonetilen-tez/eb0213f6-8a48-4b1a-9d8d-9732876b60c7/kayseri-il-merkezinde-yasayan-15-49-yas-arasi-kadinlarda-premenstruel-sendrom-prevalansi-ve-etkileyen-faktorler

113. Taksim GOP, Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S, Onyedi B, et al. Özgün Araştırma / Original Investigation Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Premenstrual Syndrome, Physical Activity and Quality of Life in Young Women.

114. Saglam HY, Basar F. The relationship between premenstrual syndrome and anger. Pak J Med Sci [Internet]. 2019 Feb 26 [cited 2022 Aug 24];35(2):515–20. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31086543/

115. DÜNDAR ERBAY P, ÜNAL S. Manisa'da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 24];25(6):240–6. Available from: http://search/yayin/detay/220826

116. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual syndrome in Thai nurses. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2008 [cited 2022 Aug 24];29(3):203–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18608818/

117. Premenstrual Symptom Severity, Dysmenorrhea, and School Performance in Medical Students [Internet]. [cited 2022 Aug 24]. Available from: https://mail.nazanaydin.com.tr/2018/09/6d-tam-metin-izni-var-premenstrual-symptom-severity-dysmenorrhea.pdf

118. Evli kadnlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi 1 Nülüfer Erbil 2 Nurgül Bölükba 3 Sevcan Tolan 4 Fatma Uysal 5. [cited 2022 Sep 7]; Available from: http://www.InsanBilimleri.com

119. EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ YAŞ ARASI KADINLARIN SAĞLIKLA İLİŞKİLİ YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ - PDF [Internet]. [cited 2022 Sep 7]. Available from: https://docplayer.biz.tr/806421-Edirne-il-merkezindeki-40-59-yas-arasi-kadinlarin-saglikla-iliskili-yasam-kalitelerinin-degerlendirilmesi.html

120. Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı U. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2022 Sep 7];30(2):81–5. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/uutfd/issue/35311/391969

121. Thys-Jacobs S, McMahon D, Bilezikian JP. Cyclical changes in calcium metabolism across the menstrual cycle in women with premenstrual dysphoric disorder. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2007 [cited 2022 Sep 9];92(8):2952–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488795/

122. Işik H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. Turk J Med Sci [Internet]. 2016 [cited 2022 Sep 9];46(3):695–701. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27513243/

123. Tsai SY. Effect of Yoga Exercise on Premenstrual Symptoms among Female Employees in Taiwan. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2016 Jul 16 [cited 2022 Sep 9];13(7). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27438845/

124. Daley A. Exercise and Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review. https://home.liebertpub.com/jwh [Internet]. 2009 Jun 10 [cited 2022 Sep 9];18(6):895–9. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2008.1098

125. Zeitlhofer J, Schmeiser-Rieder A, Tribl G, Rosenberger A, Bolitschek J, Kapfhammer G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. Acta Neurol Scand [Internet]. 2000 [cited 2022 Sep 9];102(4):249–57. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11071111/

126. Yaşar Ö, Palas Karaca P, Aksu SÇ, Sağlık BÜ, Fakültesi B, Ve Kadın D, et al. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRÜEL SENDROM VE ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER PREMENSTRUAL SYNDROME AND AFFECTING VARIABLES IN UNIVERSITY STUDENTS. [cited 2022 Sep 9]; Available from: www.bau-sbdergisi.com

127. 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 Health Research [Internet]. 2014 [cited 2022 Sep 9];4(1):1–6. Available from: Premenstrual syndrome (PMS) involves a variety of physical, emotional and psychological symptoms experienced by some women during the late luteal phase of menstrual cycle (7-14 days prior to menstruation). The symptoms of PMS seem to worsen as menstruation approaches and subside at the onset or after days of menstruation, and a symptom-free phase usually occurs following menses. The group of women with the severest premenstrual symptoms and impairment of social and role functioning often meet the diagnostic criteria for premenstrual dysphoric disorder (PMDD), a severe form of PMS. **Objectives**: To determine the prevalence of premenstrual syndrome (PMS) between university medical students, and to evaluate the impact of the condition on their quality of life (QOL). **Methodology**: A cross-sectional study included unmarried medical students aged 18-25 years with regular menstrual period for the last 6 months. Socio-demographic data, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association) criteria questionnaire for PM/PMDD as well as the daily record of the severity of PMS problems scale (DRSP) was collected for each student for two prospective cycles. Health-related quality of life (HRQOL) data questionnaire was collected on medical outcome study Short Form 36 (SF-36) after taking

informed consent from the students. **Results:** The prevalence of PMS among the studied group was 78.5%, of them, 5.9% had severe form of PMS. This study showed that the burden of PMS/PMDD on health-related quality of life was on mental and emotional health-related quality of life domains beside on physical health-related quality of life domains as the students with PMS reported a poorer health-related quality of life as measured by SF-36 than those without PMS. **Conclusion:** PMS/PMDD is a prevalent, yet undertreated, disorder among medical students in KSA, which adversely affected their quality of life.

128. Palas Karaca P, Kızılkaya Beji N. Evıdence Based Approaches and Nursery Care in Dıagnosıs and Therapy of Premenstrual Syndrome. Balıkesır Health Sciences Journal. 2015;4(3):178–86.

129. Daşikan Z, Taş GÇ, Sözen G. Ödemiş bölgesindeki kadi{dotless}nlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. Turk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi. 2014;11(2):98–104.

130. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2011;156(1):72–7.

131. Futterman LA. Advances in the diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Expert Opin Med Diagn [Internet]. 2010 Jan [cited 2022 Sep 9];4(1):91–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23496112

132. Heinemann LAJ, Minh T do, Filonenko A, Uhl-Hochgräber K. Explorative Evaluation of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work Absenteeism and Productivity. Women's Health Issues. 2010 Jan;20(1):58–65.