

# Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği

*Prevalance of premenstrual syndrome and it's relationship of quality of life: a community-based study example*

Ayşe Çelik, Ersin Uskun

Gönderilme tarihi:01.02.2021

Kabul tarihi:24.03.2021

## Öz

**Amaç:** Premenstrüel sendrom, kadınların kişilerle olan ilişkilerini bozarak, sosyal yaşamlarını etkileyerek, üretkenlik ve verimlilikte azalmaya neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz biçimde etkilemektedir. Bu çalışma Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde bulunan üreme çağındaki kadınlarda Premenstrüel Sendrom (PMS) yaygınlığını, yordayıcılarını ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve yöntem:** Kesitsel analitik tipteki bu araştırmanın evrenini Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası 1490 kadın oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü StatCalc hesaplama programıyla hesaplandı ve %40'luk PMS sıklığı, %3'lük sapma ile alfa değeri 0,05 ve beta değeri 0,20 ile 338 olarak belirlendi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, bağımlı değişkenleri PMS varlığı ve yaşam kalitesiydi. PMS için Gençdoğan tarafından geliştirilen Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), yaşam kalitesi için DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı ve SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences,) programı ile analiz edildi. Veri analizinde yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon testleri ve lineer regresyon analizleri kullanıldı. P değerinin 0,05'den küçük olduğu durumlar istatistiksel açıdan anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırma grubundaki kadınlarda PMS prevalansı %47,3 olarak belirlendi. PMS'nin önemli yordayıcıları; sağlık algısının kötü olması, uyku düzeninin bozuk olması, adet kanamasının yoğun olması ve dismenore olarak belirlenmiştir (sırasıyla  $p<0,0001$ ,  $p<0,05$ ,  $p<0,01$  ve  $p<0,01$ ). Kadınlarda PMS varlığı, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkilemekte ve bunlara bağlı yaşam kaliteleri düşmektedir (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Üreme çağındaki kadınların yaklaşık yarısı PMS ile ilişkili sorunları deneyimlemektedir. Sağlık profesyonelleri, kadınlarda PMS yaşanmasını tetikleyen durumların farkında olmalı ve verilecek hizmetlerde PMS'nin fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilerini göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Premenstrüel sendrom, prevalans, yaşam kalitesi.

Çelik A, Uskun E. Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. Pam Tıp Derg 2022;15:1-13.

## Abstract

**Purpose:** Premenstrual syndrome negatively affects the quality of life of women by disrupting their relationships with individuals, affecting their social lives, and causing a decrease in productivity and efficiency. This study was carried out in order to determine the prevalence, predictors of Premenstrual Syndrome (PMS) and its relationship with quality of life in women of reproductive age in Uluborlu district center of Isparta.

**Materials and methods:** The population of this cross-sectional analytical study consisted of 1490 women between the ages of 15-49 living in the Uluborlu district center of Isparta. The sample size was calculated with the StatCalc calculation program and 338 were determined with a PMS frequency of 40%, 3% deviation and an alpha value of 0.05 and beta value of 0.20.

The dependent variables of the study was the presence of PMS and quality of life, the independent variables were socio-demographic characteristics. The data were compiled using a Premenstrual Syndrome Scale Questionnaire (PMSS) developed by Gençdoğan and the Turkish version of "World Health Organization's Quality of Life Questionnaire" (WHOQOL-BREF-TR). Data were collected by face-to-face interview method and analyzed by using SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences). In the analysis of the data; percentage distribution, mean, standard deviation, independent samples t tests, Pearson correlation tests and linear regression analyzes were used. The cases which p value is less than 0.05 were considered statistically significant.

**Results:** The prevalence of PMS in women in the study group was determined to be 47.3%. Important predictors of PMS were poor health perception, poor sleep patterns, intense menstrual bleeding and dysmenorrhea

Ayşe Çelik, Uzm. Dr. Eğirdir İlçe Sağlık Müdürlüğü, Eğirdir, Isparta, Türkiye, e-mail: draysmn@hotmail.com (https://orcid.org/0000-0002-0267-6878)

Ersin Uskun, Prof. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye, e-mail: ersinuskun@gmail.com (https://orcid.org/0000-0001-6446-0186) (Sorumlu Yazar)

(respectively  $p<0.0001$ ,  $p<0.05$ ,  $p<0.01$  and  $p<0.01$ ). The presence of PMS in women negatively affects physical health, psychological health and social relations, and their quality of life decreases (respectively  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** About half of women of reproductive age experience problems associated with PMS. Health professionals should be aware of the conditions that trigger PMS in women and should consider the physical, psychological and social effects of PMS in the services to be provided.

**Key words:** Premenstrual syndrome, prevalence, quality of life.

Celik A, Uskun E. Prevalance of premenstrual syndrome and it's relationship of quality of life: a community-based study example. Pam Med J 2022;15:1-13.

## Giriş

### Tanımlama

Premenstrüel sendrom (PMS), antik çağlardan beri tanınmaktadır. Hipokrat kimi kadınlarda menstrüasyon başlamadan önce başlayan öz kıyım düşünceleri ve şiddetli belirtilerle giden duygudurum değişiklikleri tanımlamıştır [1]. Premenstrüel bozuklukların on yıllardır sayısız kadını etkilediği kabul edilmiştir, ancak diğer tıbbi durumların çoğunun aksine, evrensel olarak kabul edilen tanım ve tanı kriterleri oluşturulmamıştır. Günümüzde üreme çağındaki olgunluk dönemindeki kadınlarda menstrüel siklusun geç luteal fazında ortaya çıkan, menstrüasyonun başlamasıyla birkaç gün içinde yok olan, ruhsal, bedensel ve davranışsal belirtilerin birlikteliği olarak tanımlanan tekrarlayıcı bir durum olarak kabul edilmektedir. PMS ile ilgili tanımlama ve sınıflama çalışmaları sonucu ortaya çıkan, öncekilerden çok daha kapsamlı ve kapsayıcı ve çekirdek ve değişken olmak üzere iki sınıfa ayrılmıştır [2]. PMS için 1982'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (ICD-International Classification of Diseases) tanı kodu verilmiştir [1].

### PMS epidemiyolojisi

Türkiye'de çeşitli gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda PMS prevalansı için farklı sonuçlar bildirilmiştir. Aba ve ark.'nın [3] Uşak'ta 617 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir çalışmada %65,2; Poyrazoğlu'nun [4] Kayseri'de 15-49 yaş aralığında 1019 kadın üzerinde yaptığı çalışmada %39,8; Akmalı ve ark.'nın [5] Bursa'da 15-49 yaş grubu 520 kadında yürüttükleri bir çalışmada %51,0 bulunmuştur. Direkvand Moghadam ve ark.'nın [6] yaptığı bir meta analizde, PMS prevalansı %47,8 bulunmuştur. En düşük prevalans Fransa'da %12,0, en yüksek prevalans ise İran'da %98,0 tespit edilmiştir.

### PMS semptomları

PMS semptomları kişiden kişiye değişmekle birlikte 200'den fazla semptom görüldüğü bildirilmiştir. PMS'de en sık görülen semptomlar, sıklıkla siklusun son 7-10 günü içinde görülen karın şişkinliği, anksiyete veya gerginlik, memelerde hassasiyet, ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk, enerji azlığı, sebepsiz öfke veya irritabilite, konsantrasyon güçlüğü, susama ve iştah değişiklikleri ve çeşitli derecelerde ekstremitelerde ödemdir [7, 8].

### PMS'nin yaşam kalitesi ile ilişkisi

Premenstrüel semptomlar, fiziksel işlevsellikte ve psikolojik sağlıkta bozulmalara; işle ilgili ciddi sıkıntılara yol açabilmektedir [9]. Yapılan çalışmalarda PMS'nin, kadınların kişilerle olan ilişkilerini bozduğu, özellikle genç adolesanlarda sınav performansını olumsuz etkilediği, işe devamsızlığı artırdığı, üretkenlik ve verimlilikte azalmaya neden olduğu, özgüven eksikliğine neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir [3, 5, 10-13]. Yaşam kalitesi, kişinin bedensel ve ruhsal durumuyla, sosyal ve çevresel ilişkilerinden kompleks bir şekilde etkilenen oldukça kapsamlı bir çiktir [14]. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (Health related quality of life) ise; total yaşam kalitesinin bir parçasıdır ve gerçekte kişinin genel sağlığı tarafından belirlenir. Bu nedenle klinik müdahalelere açıktır [15]. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için tasarlanmış binin üstünde ölçüm aracı olduğu bildirilmektedir. Bunlardan genel popülasyonda kullanılan, birçok durum için uygulanabilenler, jenerik ölçütlerdir [16].

PMS'nin duygusal, davranışsal ve fiziksel semptomlarının özellikle aile üyeleri ve eş ile ilişkilerde bozulmalara neden olarak yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği bildirilmiştir [17]. Premenstrüel sorunlar, sadece kadının kendisini değil, çevresindeki insanları da etkileyerek toplumu etkilemektedir. Ülkemizde

15-49 yaş aralığında kırsal kesimde yaşayan kadınlarda PMS'nin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır.

### **Araştırmanın amacı**

Bu çalışma, toplum tabanlı olarak bir ilin kırsalında üreme çağındaki (15 ile 49 yaşlar arasındaki) kadınların PMS prevalansını belirlemek, PMS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek ve hem PMS'nin hem de yaşam kalitesinin yordayıcılarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **Gereç ve yöntem**

#### **Evren, örnek, örnekleme yöntemi**

Bu araştırma, gözlemsel bir araştırma olup analitik kesitsel türdedir. Araştırmanın evrenini Isparta ili Uluborlu ilçe merkezinde yaşayan 15 yaş ile 49 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır (N=1490) [18]. Örnek büyüklüğü hesaplamasında; PMS prevalansı olarak bildirilmiş olan %39,8'lik değer dikkate alındı [4]. Örnek büyüklüğü; Epi Info 6 programında StatCalc hesaplama programı kullanılarak; PMS prevalansı %40, sapma %3, alfa değeri 0,05 ve araştırmanın gücü (*power*) %80 alınarak 338 olarak hesaplandı. Basit rasgele örnekleme yöntemi kullanılarak, dışlama kriterlerine sahip olmayan 15-49 yaş 338 kadına, ulaşıldı (ulaşma düzeyi %100,0). Literatürde bildirilen PMS'yi etkileyen dışlama kriterleri olarak; adet düzensizliği olan, menopoz döneminde veya menarş öncesi dönemde olan, oral kontraseptif kullanan, gebe olan veya emziren, tanı almış polikistik over sendromu olan, bilateral ooferektomi veya histerektomi geçirmiş, son üç ay içinde isteğe bağlı düşük yapmış (kürtaj), son iki yıl içinde psikolojik tedavi görmüş olan kadınlar araştırma kapsamına alınmadı. Örneğe ulaşma sırasında bu kriterlere sahip olan 73 kadınla karşılaşıldı ve bunların yerine örneğin yaşadığı haneden bir sonraki haneye yoksa bir sonraki haneye gidilerek dışlama kriterlerine sahip olmayan 15-49 yaş kadına ulaşıldı ve çalışmaya alındı.

#### **Veri toplama, ölçeklerle ilgili bilgiler ve değerlendirme**

Toplum tabanlı bu çalışmada araştırmanın verileri, 2014 yılında Eylül-Aralık döneminde, örneğe çıkan kadınlar evlerinde ziyaret edilerek ve üç bölümden oluşan bir anket kullanılarak

yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Herbir kadınla görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü. Anketin bölümleri; Sosyodemografik Bilgi Formu, PMS Ölçeği (PMSÖ), DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonundan (WHOQOL BREF-TR) oluşmaktaydı.

### **Sosyodemografik bilgi formu**

Araştırma grubunun sosyodemografik bilgilerini (yaş, eğitim durumu, medeni durum vb. gibi) belirlemek üzere araştırmacılar tarafından hazırlanmış sorulardan oluşmaktaydı.

### **PMS Ölçeği**

Gençdoğan tarafından [19] 2006 yılında geliştirilip, geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılan PMS Ölçeği; 44 maddeli, beş dereceli (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,75 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanlanırken, "hiç=1", "çok az=2", "bazen=3", "sık sık=4" ve "sürekli=5" puan olarak değerlendirilmiştir. PMS Ölçeği yanıtlanırken "adetten bir hafta önceki süre içindeki" durumunun dikkate alınması istenmektedir. PMS Ölçeği'nin; 9 alt bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; ağrı, şişkinlik, iştah değişiklikleri, sinirlilik, anksiyete, yorgunluk, depresif duygulanım, depresif düşünceler ve uyku değişiklikleridir. Tüm alt bileşenlerden alınan puanların toplamından "PMS Ölçeği toplam puanı" elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Puanın artması PMS belirtilerinin yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Ölçeğin kesim noktası bulunmamakla birlikte ölçekten alınabilecek toplam puanın yarısı olan 110'u geçmesi halinde PMS varlığı olarak değerlendirilmesi önerilmektedir [19]. Bu çalışmada PMSÖ toplam puanı 110'un üstünde olan kadınlar, PMS görülme durumu var olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,75 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada PMSÖ'nün Cronbach alfa değeri 0,97 olarak belirlenmiştir.

### **WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesi Ölçeği**

Yaşam kalitesi, WHOQOL-BREF-TR kullanılarak ölçülmüştür. Bu ölçek, DSÖ tarafından geliştirilmiştir ve farklı kültürlerde uygulamalarda karşılaştırma yapmayı olanaklı kılan 26 sorudan oluşmaktadır [20]. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir [21, 22]. Ölçeğin fiziksel sağlık

alanı, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişkiler, çevre ve kültüre standardize çevre alt alanları bulunmaktadır. Bu çalışmada fiziksel, psikolojik ve sosyal alt alanlar değerlendirilmiştir. Her alan 4-20 puan arası hesaplanmaktadır ve puanın artması o alanda yaşam kalitesinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada WHOQOL-BREF için Cronbach alfa değeri 0,91 olarak belirlenmiştir.

### İstatistiksel analizler

Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirildi [23]. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrow Smirnov testi kullanılarak incelendi ve normal dağılıma uygun oldukları belirlendi. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri hesaplanarak verildi. Analitik değerlendirmelerde; sayısal bir değişkenle (PMSÖ Puanı, Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanları vb. gibi) iki grulu kategorik değişkenin (yaş grupları, eğitim durumu vb. gibi) karşılaştırıldığı durumlarda parametrik koşullar olduğundan bağımsız gruplarda t testi, iki sürekli sayısal değişkenin (PMS Alt Alan Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanlarının) korelasyonlarının incelendiği durumlarda Pearson korelasyon testi kullanıldı. *P* değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistik bakımdan anlamlı kabul edildi.

Yaşam kalitesi alt alanları ve PMSÖ toplam puanı üzerinde etkili bağımsız yordayıcıları belirlemek üzere, tek değişkenli [univariate] analizlerde fark oluşturduğu belirlenen olası faktörler modele alınarak lineer regresyon analizleri yapıldı. Model uyumuna karar vermek için Durbin Watson analizi kullanıldı. Durbin Watson analiz sonucunun 2'ye yakın bir değer vermesi modelin iyi oluşturulduğunu göstermektedir. Analiz sonucu sıfıra yaklaşıyorsa olumlu, 4'e yakın bir değer veriyorsa olumsuz korelasyondan söz edilmektedir [24].

Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanları (fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler) ve PMSÖ Toplam Puanı, araştırmanın bağımlı değişkenleridir. Yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, gelir-gider dengesi, sağlık algısı, kronik hastalığa sahip olma durumu, vücut kütle indeksi (VKİ), sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, uyku düzeni,

adet kanama miktarı, dismenore şikayeti bulunma durumu, PMSÖ'den alınan puana göre PMS varlığı ve PMSÖ Alt Ölçek Puanları ise araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Araştırma öncesi Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (23.07.2014 tarih ve 130 sayılı karar) etik kurul onayı alındı. Ayrıca İlçe Kaymakamlığı'ndan araştırmanın yürütülmesi için gerekli izin alındı. Araştırma grubuna araştırmanın amacı ve gizliliği, verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı konusunda bilgilendirme yapıldıktan sonra anket uygulandı.

### Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $31,8 \pm 8,9$ 'du ve ortalamanın %95 Güven Aralığı (%95 GA) alt sınırı 30 olduğundan, grup 30 yaş altı, 30 yaş ve üzeri olarak gruplandırıldı. Grubun %61,5'i 30 yaş ve üzerindedir. Yüzde 73,7'si evli/dul, %59,2'si lise ve üstünde düzeyi orta ve alt seviyede, %37,3'ünün geliri giderlerini karşılayamayacak düzeyde azdı. Yüzde 10,9'unun kronik bir hastalığı vardı ve %37,3'ü sağlığını orta ve alt düzeyde olarak algılamaktaydı. Yüzde 44,1'inin VKİ'si  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üstündeydi. Yüzde 23,1'i sigara kullanmakta veya önceden kullanmıştı. Alkol kullananların yüzdesi 6,8'di. Grubun %28,1'i düzenli egzersiz yapmakta, %45,9'unun uykusu düzenliydi. Araştırma grubundaki kadınların %17,2'si adet kanama miktarlarını yoğun olarak tanımladı. Yüzde 67,8'inin dismenore şikayeti bulunmaktaydı (Tablo 1).

PMSÖ Puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. PMSÖ Toplam puan ortalaması  $111,3 \pm 39,2$  idi. Otuz yaş altında olanlarda, geliri giderinden az olanlarda, sağlık algısını orta ve altı olarak değerlendirenlerde, kronik hastalığı olanlarda, uykusu düzensiz olanlarda, adet kanama miktarı yoğun olanlarda ve dismenore şikayeti olanlarda PMSÖ toplam puan ortalamaları diğerlerinden yüksekti (*p* değerleri için bakınız Tablo 1). Başka bir ifade ile bu sayılan gruplar PMS belirtilerini daha yoğun yaşamaktaydı. PMSÖ kesim noktası 110 olarak alındığında grubun %47,3'ünde PMS olduğu belirlendi.

Yaşam kalitesi ölçeği alt alanlarından fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler ortalama puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Alt

**Tablo 1.** Araştırma grubunun tanımlayıcı özellikleri ve PMSÖ toplam ve yaşam kalitesi alt alan puanlarının dağılımları

Özellikler	Sayı	Yüzde	PMSÖ	Yaşam Kalitesi Alt Alanları (Ort±SS)			
			Toplam Puan (Ort±SS)	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	
Yaş	15-29	130	38,5	116,8±40,8	14,3±2,8	13,5±3,0	14,0±3,2
	30-49	208	61,5	108,0±37,9*	15,2±2,6**	14,5±2,3**	14,5±3,1
Medeni durum	Bekar	249	26,3	117,6±43,5	14,1±3,0	13,5±3,1	13,5±3,0
	Evli/Dul	89	73,7	109,1±37,4	15,1±2,5**	14,4±2,4**	14,6±3,2**
Eğitim durumu	İlköğretim altı	138	40,8	110,9±36,4	14,7±2,7	13,9±2,5	14,0±3,4
	Lise ve üstü	200	59,2	111,6±41,2	14,9±2,7	14,3±2,7	14,4±3,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	100	29,6	112,9±34,5	15,3±2,5	14,6±2,4	14,6±3,1
	Çalışmıyor	238	70,4	110,7±41,1	14,6±2,7*	13,9±2,7*	14,1±3,2
Gelir düzeyi	İyi-Çok iyi	131	38,8	107,2±39,4	15,4±2,5	14,6±2,6	15,0±2,9
	Orta ve altı	207	61,2	113,9±39,0	14,5±2,7**	13,8±2,6*	13,8±3,3***
Gelir dengesi	Gelir≥gider	212	62,7	107,9±38,0	15,2±2,5	14,4±2,5	14,6±3,1
	Gelir<gider	126	37,3	117,1±40,6*	14,2±2,8**	13,7±2,8*	13,7±3,3*
Sağlık algısı	İyi-Çok iyi	212	62,7	102,8±36,1	15,6±2,4	14,7±2,4	14,9±2,8
	Orta ve altı	126	37,3	125,8±40,1***	13,6±2,6***	13,2±2,7***	13,2±3,5***
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	<25	189	55,9	110,8±39,6	14,8±2,7	14,1±2,8	14,1±3,0
	≥25	149	44,1	112,0±38,9	14,9±2,7	14,2±2,4	14,5±3,3
Kronik hastalık	Yok	301	89,1	109,2±38,5	14,9±2,7	14,2±2,6	14,4±3,1
	Var	37	10,9	128,9±41,0**	13,9±2,7*	13,9±2,8	13,7±3,9
Sigara içme durumu	Hiç içmemiş	260	76,9	110,0±39,0	14,9±2,6	14,2±2,5	14,4±3,1
	Bırakmış/içiyor	78	23,1	115,7±39,8	14,7±3,1	13,9±3,0	13,9±3,5
Alkol kullanma	Hiç	315	93,2	110,6±39,2	14,9±2,6	14,2±2,6	14,3±3,2
	Nadir	23	6,8	121,7±39,2	14,2±3,3	13,5±3,2	14,3±3,4
Düzenli egzersiz	Yapıyor	95	28,1	105,1±39,6	15,7±2,6	14,8±2,7	14,7±3,4
	Yapmıyor	243	71,9	113,8±38,9	14,5±2,6***	13,9±2,6**	14,1±3,1
Uyku düzeni	Düzenli	183	45,9	104,2±37,8	15,6±2,5	14,8±2,4	15,0±3,1
	Düzensiz	155	54,1	119,8±39,3***	13,9±2,6***	13,3±2,6***	13,5±3,1***
Adet kanama miktarı	Normal/az	280	82,8	107,9±39,0	14,9±2,7	14,2±2,6	14,3±3,1
	Yoğun	58	17,2	127,9±36,3***	14,4±2,6	13,8±2,8	14,0±3,5
Dismenore şikayeti	Yok	109	32,2	98,4±35,5	15,3±2,5	14,4±2,5	14,7±3,1
	Var	229	67,8	117,5±39,5***	14,6±2,7*	14,0±2,7	14,1±3,2
PMS Varlığı	Yok	178	52,7	80,3±17,9	15,9±2,3	15,0±2,2	15,2±2,6
	Var	160	47,3	145,9±25,0***	13,6±2,6***	13,2±2,7***	13,2±3,4***
<b>Toplam</b>		<b>338</b>	<b>100</b>	<b>111,3±39,2</b>	<b>14,8±2,7</b>	<b>14,1±2,6</b>	<b>14,3±3,2</b>

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, Ort±SS: Ortalama±Standart sapma  
\* p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001



ölçeklerden alınan puan ortalamaları sırasıyla 14,8±2,7, 14,1±2,6 ve 14,3±3,2 idi.

Yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt alan puan ortalaması tüm grupta 14,8±2,7'ydı. Fiziksel sağlık alt alan puan ortalamaları, yaşı 30'un altında olanlarda, bekarlarda, çalışmayanlarda, gelir düzeyi orta ve altı seviyede olanlarda, geliri giderinden az olanlarda, sağlık algısı orta ve alt seviyede olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, uykusu düzensiz olanlarda, dismenoresi ve PMS'si olanlarda anlamlı biçimde diğerlerinden daha düşüktü (*p* değerleri için bakınız Tablo 1). Başka bir ifadeyle bu sayılan gruplarda fiziksel sağlık yaşam kalitesi diğerlerinden daha düşüktü.

Yaşam kalitesi psikolojik sağlık alt alan puan ortalaması tüm grupta 14,1±2,6'ydı. Psikolojik sağlık alt alan puan ortalamaları, yaşı 30'un altında olanlarda, bekarlarda, çalışmayanlarda, gelir düzeyi orta ve altı seviyede olanlarda, geliri giderinden az olanlarda, sağlık algısı orta ve alt seviyede olanlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda, uykusu düzensiz olanlarda ve PMS'si olanlarda anlamlı biçimde diğerlerinden daha düşüktü (*p* değerleri için bakınız Tablo 1). Başka bir ifadeyle psikolojik sağlık yaşam kalitesi bu sayılan gruplarda diğerlerinden daha düşüktü.

Yaşam kalitesi sosyal ilişkiler alt alan puan ortalaması tüm grupta 14,3±3,2'ydı. Sosyal ilişkiler alt alan puan ortalamaları, bekarlarda, gelir düzeyi orta ve altı seviyede olanlarda,

geliri giderinden az olanlarda, sağlık algısı orta ve alt seviyede olanlarda, uykusu düzensiz olanlarda ve PMS'si olanlarda anlamlı biçimde diğerlerinden daha düşüktü (*p* değerleri için bakınız Tablo 1). Başka bir ifadeyle sosyal ilişkiler yaşam kalitesi bu sayılan gruplarda diğerlerinden daha düşüktü.

PMS'si olanlarda diğerlerine göre, yaşam kalitesinin üç alt alan puan ortalaması daha düşüktü (tüm karşılaştırmalar için *p*<0,001). PMS alt alan puanları ile yaşam kalitesi alt alan puanları arası korelasyonlar Tablo 2'de görülmektedir.

PMSÖ'nün 9 alt bileşeni için de düzeyler arttıkça fiziksel ve psikolojik sağlık yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde azaldığı ve PMS ile fiziksel ve psikolojik yaşam kalitesi alt alanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi. Aynı yönde anlamlı korelasyon, iştah değişimleri ve şişkinlik dışındaki PMSÖ alt alanları ile sosyal ilişkiler yaşam kalitesi alt alanında da belirlendi (Pearson korelasyon katsayıları ve *p* değerleri için bakınız Tablo 2).

PMSÖ toplam puanı için yordayıcıları belirlemek üzere, tek değişkenli hipotez testlerinde anlamlı ilişkili bulunan değişkenler ile model oluşturulduğunda (Tablo 3); model uyumunun yerinde olduğu (Durbin-Watson: 1,89) ve orta ve altı sağlık algısına sahip olmanın 17,8 kat, düzensiz uyumanın 9,9 kat, yoğun adet kanamasının 16,6 kat ve dismenore varlığının 14,0 kat PMS şikayetlerini artırıcı

**Tablo 2.** PMSÖ alt alan puanları ile yaşam kalitesi alt alan puanları arası korelasyonlar

PMS Alt Alan Puanları	(Ort±SS)	Yaşam Kalitesi Alt Alan Puanları (r)		
		Fiziksel sağlık (r)	Psikolojik sağlık (r)	Sosyal ilişkiler (r)
Depresif Duygulanım	18,2±7,9	-0,431***	-0,415***	-0,374***
Anksiyete	14,1±7,0	-0,429***	-0,372***	-0,389***
Yorgunluk	16,9±6,5	-0,423***	-0,361***	-0,274***
Sinirlilik	14,3±5,9	-0,439***	-0,381***	-0,382***
Depresif Düşünceler	14,8±7,2	-0,508***	-0,481***	-0,419***
Ağrı	8,4±3,7	-0,317***	-0,179***	-0,189***
İştah Değişimleri	8,2±3,9	-0,222**	-0,168**	-0,089
Uyku Değişimleri	7,8±3,6	-0,395***	-0,249***	-0,263***
Şişkinlik	8,6±4,0	-0,155**	-0,101*	-0,044
PMS Toplam	111,3±39,2	-0,498***	-0,422***	-0,381***

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği, PMS: Premenstrüel Sendrom, Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, r: Pearson'ın korelasyon katsayısı, \* *p*<0,05, \*\**p*<0,01, \*\*\**p*<0,001

**Tablo 3.** Regresyon analizi sonuçlarına göre PMSÖ ve yaşam kalitesi alt alanlarının yordayıcıları

Modele alınan değişkenler	PMSÖ Toplam Puan	Yaşam Kalitesi Alt Alanları		
	[B (%95 GA)]	Fiziksel sağlık	Ruhsal sağlık	Sosyal ilişkiler
Yaş (30-49 yaş=referans, 15-29 yaş=1)	5,5 (-2,6-13,7)	-0,1 (-0,7-0,0,6)	-0,4 (-1,0-0,3)	a
Medeni durum (evli/dul=referans, bekar=1)	a	-0,7 (-1,4--0,1)*	-0,4 (-1,1--0,3)	-0,9 (-1,6--0,2)*
Çalışma durumu (çalışıyor=referans, çalışmıyor=1)	a	-0,5 (-1,0-0,1)	-0,5 (-1,1-0,9)	a
Gelir düzeyi (iyi ve çok iyi=referans, orta ve altı=1)	a	-0,1 (-0,7-0,4)	-0,2 (-0,8-0,4)	-0,7 (-1,4--0,1)
Gelir dengesi (gelir≥gider=referans, gelir<gider=1)	4,9 (-3,2-12,9)	-0,5 (-1,0-0,1)	-0,3 (-0,8-0,3)	-0,4 (-1,0-0,3)
Sağlık algısı (iyi ve çok iyi=referans, orta ve altı=1)	17,8 (9,6-26,0)***	-1,2 (-1,8--0,7)***	-0,8 (-1,4--0,3)**	-1,0 (-1,7--0,3)**
Kronik hastalığa sahip olma durumu (yok=referans, var=1)	11,5 (-1,1-24,0)	-0,3(-1,0-0,5)	a	a
Düzenli egzersiz yapma durumu (yapıyor=referans, yapmıyor=1)	a	-0,8 (-1,3--0,3)**	-0,6(-1,1-0,1)	a
Uyku düzeni (düzenli=referans, düzensiz=1)	9,9 (2,0-17,8)*	-1,0 (-1,5--0,6)***	-1,0 (-1,5--0,5)***	-0,9 (-1,5--0,2)*
Adet kanama miktarı (normal ve az=referans, yoğun=1)	16,6 (6,4-26,8)**	a	a	a
Dismenore görülme durumu (yok=referans, evet=1)	14,0 (5,5-22,5)**	0,1 (-0,4- 0,7)	a	a
PMS varlığı (var=1, yok=0)	b	-1,8 (-2,3--1,3)***	-1,3 (-1,8--0,8)***	-1,4 (-2,1--0,8)***
Sabit	82,7***	17,2***	16,3***	15,6***
Uyarlanmış R2	0,17***	0,35***	0,22***	0,17***
Durbin-Watson	1,89	1,99	1,93	2,02

PMSÖ: Premenstrüel Sendrom Ölçeği; GA: Güven Aralığı

a: Modele alınmayan değişken

b: PMSÖ'den alınan puana göre belirlenen bir değişken olduğundan modele alınmamıştır

\* p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

önemli yordayıcılar olduğu belirlendi ( $p$  değerleri için bakınız Tablo 3).

Yaşam kalitesi alt alanları için yordayıcıları belirlemek üzere, tek değişkenli hipotez testlerinde anlamlı ilişkili bulunan değişkenler ile model oluşturulduğunda; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt alanları için oluşturulan üç modelin model uyumunun uygun olduğu belirlendi (sırasıyla Durbin-Watson: 1,99; 1,93 ve 2,02).

Fiziksel sağlık yaşam kalitesini azaltan yordayıcıların, bekar olmak, orta ve altı sağlık algısına sahip olmak, düzenli egzersiz yapmamak, düzenli uyumamak ve PMS'si olmak olduğu belirlendi. Psikolojik sağlık yaşam kalitesini azaltan yordayıcıların, orta ve altı sağlık algısına sahip olmak, düzensiz uyumak ve PMS'si olmak olduğu belirlendi. Sosyal ilişkiler yaşam kalitesini azaltan yordayıcıların, bekar olmak, orta ve altı sağlık algısına sahip olmak, düzensiz uyumak ve PMS'si olmak olduğu belirlendi. İleri analizlerde; yaşam kalitesinin her üç alt alanı için PMS varlığı yaşam kalitesini azaltıcı yordayıcı olarak tespit edildi (Tablo 3).

## Tartışma

Bir il kırsalında, üreme çağındaki kadınlarda Premenstrüel Sendrom (PMS) yaygınlığını, yordayıcılarını ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada PMS prevalansının %47,3 olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda farklı prevalanslar elde edilmiştir ve çeşitli yaş gruplarında yapılan çalışmalarda PMS prevalansının %6-%72 arasında değişmekte olduğu görülmüştür [13, 25-28]. Tayvan'dan bildirilen bir çalışmada PMS prevalansı %40 [29], Mısır'da %79 [30], Etiyopya'da %37 olarak bildirilmiştir [31]. Aralarında Türkiye'nin de olduğu, 12 ülkeden seçilmiş 17 literatürle yapılmış bir meta analizde PMS prevalansı %48 bulunmuştur [6]. Çalışmalar sonucunda farklı prevalansların bulunması; farklı kültürlerde ve yaş gruplarında çalışılması, kadınların medeni durum, ırk, çalışma durumu gibi özelliklerinin birbirinden farklı olmasının yanında çalışmalarda farklı tanı kriterleri ve ölçeklerin kullanılması, dışlama kriterlerinin farklı olması, araştırmanın tipi ve örnek seçimi, çalışmaların büyük bir kısmının retrospektif yapılması nedeniyle hafıza faktörüne bağlı yanılgılar ile açıklanabilir.

Bu çalışmada PMS ile ilişkili faktörleri ileri analizlerle PMSÖ yordayıcıları olarak belirlenmiştir. PMS'nin anlamlı yordayıcıları, 30 yaş altı olmak, orta ve altı gelir düzeyi, kronik hastalığa sahip olmak, düzensiz uyku, yoğun adet kanama miktarı ve dismenore şikayeti olarak belirlenmiştir.

PMS menarştan menopoza kadar her yaşta görülebilmekle birlikte en yüksek PMS prevalansı 20'li yaşların sonu ile 30'lu yaşların başında olan kadınlar arasında görülmektedir. Literatürde yaşla PMS arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, benzer biçimde PMS şikayetlerinin yaşla birlikte azaldığını bildiren bir çalışmanın yanında [32], yaşla birlikte PMS şikayetlerinin arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır [33, 34]. Bunun yanında PMS'yi yaşla ilişkilendirmeyen çalışmalara da rastlanmaktadır [3-5]. Çalışmalardaki farklı sonuçların; üreme döneminin tamamını kapsayan yaş aralığında yapılan çalışmaların yetersiz olması ya da birbirine yakın yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Literatürde gelir durumu ile PMS arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, gelir miktarı ile premenstrüel semptomlar arasında istatistiksel olarak ilişki saptamayan çalışmalar bulunmaktadır [11, 26, 28]. Bu çalışmalardan farklı olarak, Ofei'nin [35], üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer biçimde, ekonomik durumu kötü olan kadınların PMSÖ puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bulgularımızın bu konuda inceleme yapmış benzer gruplarda çalışılmış literatürle büyük ölçüde uyumlu olduğu görülmüştür.

Kronik hastalık ile PMS arasındaki ilişki literatürde bazı çalışmalarda incelenmiş ve ilişkili bulunmamıştır [26, 28]. Bu farklılığın, literatürdeki çalışmaların farklı yaş gruplarında, daha çok da genç yaş grubunda yapılmış ve kronik hastalığı olmayan ya da daha az olan gruplarda yapılmış çalışmalar olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda önemli yordayıcı olarak belirlediğimiz düzensiz uyku değişkenini inceleyen literatürdeki çalışmalarda bulgularımızı destekler biçimde ilişki bulunmuş ve düzensiz uyku, zayıf uyku kalitesinin PMS'de etken olabileceğine işaret edilmiştir [29, 35,



36]. Bu bulgu da literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Uyku düzeninde değişimler PMS'de görülen belirgin semptomlardandır. PMSÖ'de uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü gibi uykuya ilişkin değişimler sorgulanmaktadır ve "uyku değişimleri" bir alt boyut olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada ve literatürde belirlenen uyku düzensizliği ile PMS arasındaki ilişkinin, birbirini tetiklediği düşünülebilir [29, 35, 36]. Alanyazında uyku düzenini sağlamak PMS ile başatmede bir yöntem olarak önerilmektedir.

Bu çalışmada adet miktarının yoğun olması PMS için anlamlı bir yordayıcı olarak belirlenmiştir. Literatürde adet kanamasının miktarı ile PMS varlığını ilişkilendiren bir çalışmanın yanında [34], kanama miktarının PMS'yi etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [30, 31]. Sonuçlardaki farklılık kanama miktarının soruluş şekline ya da kadınların kanama miktarını kendi algılarına göre belirtmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Dismenore, menstrüasyon başlamadan kısa bir süre ya da menstrüasyonla birlikte başlayıp, 1-3 gün içinde sonlanan, kadınların yaşam kalitesini etkileyen, okul ve iş devamsızlığına neden olan bir durumdur. Dismenore, menstrüasyon döneminde sık karşılaşılan şikayetlerden biridir [33]. Kişinin algısına göre değişen, ölçüm yöntemi olmayan dismenorenin, yapılan çalışmalarda, kadınlarda PMS yakınmalarını ya da görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir [26, 28]. Şahin ve ark. [37], Sakarya'da, üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, dismenoresi olan öğrencilerde PMS görülme riskinin 1,56 kat daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Pinar ve ark. [13], hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, dismenoresi olanlarda PMS görülme sıklığını anlamlı ölçüde yüksek bulmuşlardır. Bu çalışmada da dismenore PMS'nin anlamlı yordayıcılarından biri olarak belirlenmiştir ve bulgularımız literatürle uyumludur. Dismenorede ağrı ve uterin kontraksiyonların nedeninin adet kanaması sırasında salınan prostaglandinlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. PMS semptomlarının prostaglandin artışıyla ilgili olduğu da bilinmektedir ve hatta tedavi seçeneklerinden biri olarak non steroid anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve mefenamik asit gibi prostaglandin inhibitörleri PMS tedavisinde kullanılmaktadır. Bu çalışmada dismenorenin

PMS'nin anlamlı yordayıcılarından biri olarak belirlenmesi bu bağlantıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada WHOQOL-BREF alt alanlarının puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve fiziksel sağlık alanının en yüksek ortalamaya sahip olduğu (14,8±2,7), bunu sosyal ilişkiler (14,3±3,2) alanının izlediği, psikolojik sağlık alanının ise bunlardan daha düşük ortalamaya sahip olduğu (14,1±2,6) tespit edilmiştir. Literatürdeki araştırmalarda yaşam kalitesi alt alanlarından alınan puanların sıralamaları değişkenlik göstermektedir. Yüksek puan ortalamasıyla ilk sırayı fiziksel alanın aldığı çalışmalar bulunduğu gibi [38, 39] sosyal alanın ilk sırada yer aldığı araştırmalar da bulunmaktadır [40, 41]. Bu çalışmada alan puanları arasında çok büyük farklılık bulunmamaktadır. Türkiye'de WHOQOL BREF ölçeğinin kullanıldığı diğer yaşam kalitesi araştırmaları ile karşılaştırıldığında, bu çalışmada belirlenen yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alan puan ortalamalarının bazı çalışmalardan düşük [40, 42]; fiziksel sağlık alanı puan ortalamalarının ise birkaç çalışmadan yüksek olduğu görülmüştür [43, 44]. Yapılan analiz ve değerlendirmeler sonucu, bu araştırmanın yapıldığı grupta fiziksel sağlığın, yaşam kalitesinin literatürdeki çalışma gruplarından daha iyi, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarının ise daha kötü olduğu söylenebilir.

Yaşam kalitesi yordayıcılarını belirlemek ve bu yordayıcılar arasında PMS'nin etkisi incelemek üzere yapılan ileri analizlerde, yaşam kalitesinin fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alt alanlarında tespit edilen etkili faktörler içinde her üç alanda da PMS'nin yer aldığının tespit edilmesi önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, bekar olmak, yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanında yaşam kalitesini azaltan bir yordayıcı olarak belirlenmiştir. Medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışmalar olduğu gibi [41, 42, 45], evli olanlarda özellikle yaşam kalitesi alt alanlarından sosyal alan puanlarının belirgin şekilde yüksek bulunduğu ve bu durumun evlilikte eşlerin birbirine sosyal destek sağlamasına bağlandığı çalışmalar da bulunmaktadır [38, 43]. Evlilik uyumunun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ise evlilik uyum puanları arttıkça

yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir [46]. Buradan anlaşılan medeni durum yaşam kalitesi ile direkt ilişkili olabileceği gibi, diğer değişkenler için kafa karıştırıcı rol oynuyor olabilir.

Bu çalışmada orta ve altı sağlık algısına sahip olmanın, her üç alt alanda da yaşam kalitesini azaltıcı yordayıcı olduğu görülmüştür. Bu bulguyu destekler şekilde, çoklu regresyon analizinde fiziksel sağlık alanı yaşam kalitesi, kronik hastalığı olanlarda daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifade ile kronik hastalığın olması ve sağlık algısının düşük olması beklenen biçimde yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Kronik bir hastalığa sahip olmak literatürdeki çalışmalarda da yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuş ve yaşam kalitesini düşüren bir değişken olarak belirlenmiştir [39, 42].

Uyku bozuklukları sanayileşmiş ülkelerde yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir. Uyku bozukluğu prevalansı %20-30 arasında bildirilmektedir [47]. Uyku kalitesinin kötü olması; fiziksel olarak yorgunluk, enerji eksikliği, bitkinlik, baş ağrısı; psikolojik olarak sinirlilik, endişe, depresif ruh hali; bilişsel olarak konsantrasyon zorlukları, iş performansında azalma, hafıza ve öğrenme güçlükleri ve psikomotor disfonksiyona neden olmaktadır [48]. Bu çalışmada uyku düzeni bozuk olanlarda yaşam kalitesi tüm alt alan puan ortalamaları daha düşük bulunmuş ve yaşam kalitesini azaltan anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir. Bir diğer ifade ile düzensiz uyumak yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu çalışmayla uyumlu şekilde Avusturya'da yapılan bir çalışmada Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi ile ölçülen uyku kalitesinin yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve uyku kalitesi iyi olan grubun yaşam kalitesinin de daha iyi olduğu gösterilmiştir [47]. Macaristan'da, geniş bir popülasyonda yapılan bir çalışmada da benzer şekilde uyku bozukluklarının yaşam kalitesini, günlük işlevselliği, üretkenliği, ev, iş ve yol güvenliğini, fiziksel ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediği saptanmıştır [48].

Araştırma grubunda PMSÖ'den alınan toplam puana göre belirlenen PMS varlığının, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarında yaşam kalitesini azaltan önemli bir yordayıcı olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre PMS şikayeti olan kadınlarda fiziksel sağlık yaşam kalitesinin azalması, fiziksel sağlığın bozulması sonucu işte, okulda, günlük etkinliklerde ve uyku kalitesinde sorunlar

yaşandığını; psikolojik sağlık yaşam kalitesinin azalması kadınlarda sinirlilik, depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığını, özgüvenin azaldığını; sosyal ilişkiler yaşam kalitesinin azalması ise aile ve kişilerarası ilişkilerde bozulmalar olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki çalışmalarda da bizim çalışmamızla benzer şekilde PMS'nin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir [30, 37]. Kırcan ve ark.'nın [10] hemşirelik öğrencilerinde PMS'nin yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, premenstrüel semptomların en sık ruhsal durumlarını, fiziksel sağlıklarını ve sosyal yaşamlarını etkilediği bildirilmiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılmış benzer bir başka çalışmada, gençlerin gelişim süreçleri içerisinde önemli bir yeri olan PMS'nin fiziksel ve psikolojik dalgalanmalara neden olduğu ve yaşam kalitesini oldukça yüksek düzeyde olumsuz etkilediği ortaya konmuştur [13]. Edirne'de hemşirelerde PMS'nin işle ilgili yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir çalışmada PMS'si olan hemşirelerin işle ilgili ve bireysel yaşam kalitelerinin düştüğü, iş doyumlarının azaldığı, aile ve iş arasında denge kurmakta zorlandıkları, iş yerinde kendilerini de ilgilendiren kararlara daha az katıldıkları ve çalışma koşullarından memnun olmadıkları gösterilmiştir [27]. Mısır'da 18-45 yaş arası PMS'si olan ve olmayan kadınların WHOQOL BREF ile yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, PMS'si olan kadınların yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik ve sosyal alan puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir [12]. Zahedan'da adolesanlarda PMS'nin yaşam kalitesine etkisinin WHOQOL BREF ile değerlendirildiği bir çalışmada PMS semptomları olanların yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanlarının olumsuz etkilendiği [49]; İran'da tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam kalitesinin WHOQOL BREF ile ölçüldüğü başka bir çalışmada, PMS'si olanların yaşam kalitesi alt alanlarından psikolojik sağlık alanında, puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir [11]. Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, İspanya, İngiltere, Brezilya ve Meksika'nın da içinde bulunduğu sekiz ülkede 14-50 yaş arası 4,085 kadın üzerinde, PMS semptomlarının günlük yaşam aktivitelerine etkisinin incelendiği bir çalışmada hem fiziksel hem de psikolojik semptomların günlük yaşam aktivitelerini ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkilediği

gösterilmiştir [50]. Tüm bu değerlendirmelere göre çalışmada elde edilen bulgular literatürle uyumludur.

Sonuç olarak; Türkiye’de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında PMS’nin kadın hayatında önemli bir yeri olduğu; kadın sağlığını, sosyal yaşamını, kişilerarası ilişkilerini, iş ya da okul devamsızlığını etkilediği; sadece kadının kendisini değil ailesini ve çevresindeki insanları da etkilediği ve bütün bu olumsuzluklar sonucu yaşam kalitesinin etkilendiği görülmektedir. Yüksek PMS prevalansına rağmen birçok kadın, PMS’nin salt kadın olmanın getirdiği ve tolere edilebilir bir durum olduğunu düşünmekte ve tedavi arayışına girmemektedir. Bu algının değişmesi ve kadınlarda farkındalığın artması için eğitimler düzenlenmeli ve kadınların profesyonel destek almaları sağlanmalıdır. PMS, sağlık kurumlarında 15-49 yaş grubu kadınlarda sorgulanması gereken bir konu olmalı ve yapılacak yasal düzenlemelerle bu yaş aralığındaki bütün kadınlara danışmanlık hizmeti verilmesi sağlanmalıdır. PMS, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilerken bu etki çevresine ve dolayısıyla topluma da yansımaktır. Bu nedenle PMS ile baş etme yöntemleri geliştirilmeli, sağlık hizmeti sunan personelin konuyla ilgili bilgisi artırılmalıdır.

#### Araştırmanın güçlü ve kısıtlı yanları

Araştırma için belirlenmiş olan örnek büyüklüğünün tamamına ulaşılmış olması, veri kaybı yaşanmaması ve ülkemizde PMS ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakan sınırlı sayıda çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarıdır. Araştırmanın küçük bir ilçeyi temsil eden bir evrende yapılması nedeniyle il genelini yansıtmaması araştırmanın kısıtlı yanlarıdır.

**Çıkar ilişkisi:** Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

#### Kaynaklar

1. Lustyk MKB, Gerrish WG. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: issues of quality of life, stress and exercise. In: Preedy VR, Watson RR (eds). Handbook of disease burdens and quality of life measures. New York, NY: Springer 2010;1951-1975. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0\\_115](https://doi.org/10.1007/978-0-387-78665-0_115)
2. Kadian S, O'Brien S. Classification of premenstrual disorders as proposed by the International Society for Premenstrual Disorders. Menopause Int 2012;18:43-47. <https://doi.org/10.1258/mi.2012.012017>

3. Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç kadınlarda premenstrüel sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. JAREN 2018;4:75-82. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.075>
4. Poyrazoğlu S. Kayseri il merkezi’nde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2010.
5. Akmalı N, Özerdoğan N, Gürsoy E. Bir devlet hastanesi’nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg 2020;13:63-74. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.639160>
6. Direkvand Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS)-a systematic review and meta-analysis study. J Clin Diagn Res 2014;8:106-109. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/8024.4021>
7. Speroff L, Fritz MA. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. Erk A, Günalp S (Çeviri Editörleri). 7. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007;531-546.
8. O'Brien MS, Rapkin AJ, Schmidt PJ (Eds). The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD. First Published. UK: Informa UK Ltd., 2007.
9. Biggs WS, Demuth RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician 2011;84:918-924.
10. Kircan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Derg 2012;13:19-25.
11. Farrokh Eslamlou H, Oshnouei S, Heshmatian B, Akbari E. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. Sex Reprod Healthc 2015;6:23-27. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.009>
12. El Masry NM, Abdelfatah NR. Quality of life and burden of women with premenstrual dysphoric disorder. Egypt J Psychiatr 2012;33:45-50. <https://doi.org/10.7123/01.EJP.0000411124.67583.a3>
13. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sex Reprod Healthc 2011;2:21-27. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.10.001>
14. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. (eds) Quality of Life Assessment: International Perspectives. Springer, Berlin, Heidelberg. 1994;41-57. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4)
15. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. Romatizma 2005;20:55-63.

16. Theofilou P. Quality of life: definition and measurement. *Eur J Psychol* 2013;9:150-162. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.337>
17. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009;9:157-170. <https://doi.org/10.1586/erp.09.14>
18. Türkiye İstatistik Kurumu Yayın ve Bilgi Dağıtım Daire Başkanlığı. Erişim adresi: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim tarihi 2 Temmuz 2014
19. Gençdoğan B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri Derg* 2006;8:81-87.
20. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
21. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3 P Derg* 1999;7:23-41.
22. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3 P Derg* 1999;7:5-13.
23. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0 for windows), Version 15.0. Chicago, IL: SPSS Inc. 2006.
24. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. 1.baskı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2001;331.
25. Adıguzel H, Taskin EO, Danaci AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Türk Psikiyatri Derg* 2007;18:1-8.
26. Önal B. Premenstrüel sendromda risk faktörleri ve tedavi arama davranışının araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, 2011.*
27. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses, safety and health at work. *Saf Health Work* 2016;7:78-82. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.09.001>
28. Bakır N. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, 2012.
29. Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci* 2013;29:100-105. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2012.08.017>
30. 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 Res* 2014;4:1-6. <https://doi.org/10.5923/j.phr.20140401.01>
31. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Women's Health* 2014;14:52. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-52>
32. Mohamed EH, Youssef IM, Ahmed AB, Hamied SA. Prevalence and factors affecting premenstrual syndrome (PMS) in Alkanaen Village, Suez Governorate. *Med J Cairo Univ* 2013;81:25-28.
33. Daşikan Z, Saruhan A. Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *STED* 2014;23:1-7.
34. Balaha M, Amr M, Moghannum M, Muhaida N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J* 2010;5:1-14. <https://doi.org/10.4314/pamj.v5i1.56194>
35. Ofei PA. Ebelik bölümü öğrencilerinde premenstrüel sendrom görülme sıklığı ve yaşam tarzı ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Aydın, 2020.
36. Ozisik Karaman HI, Tanriverdi G, Degirmenci Y. Subjective sleep quality in premenstrual syndrome. *Gynecol Endocrinol* 2012;28:661-664. <https://doi.org/10.3109/09513590.2011.650769>
37. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *J Pak Med Assoc* 2014;64:915-922.
38. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30:81-85.
39. Aydın P, Günay T, Baydur H, Şimşek H. İzmir'de yarı kentsel bir bölgede 45-59 yaş kadınlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2012;10:88-93.
40. Erbay Dünder P, Bilge B, Baydur H ve ark. Manisa'da Çıraklık Eğitim Merkezi'nde eğitim gören gençlerin yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006;25:24-29.
41. Alrayes N, Alshammary H, Alamoudi M, Alfardan B, Alhareky M, Nazir M. Evaluation of quality of life among dental professionals by using the WHOQOL-BREF Instrument in eastern province of Saudi Arabia. *Sci. World J* 2020;2020:1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/5654627>
42. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Sönmez Y. Risk factors of small scale work places in an industrial site in relations to quality of life. *Türk J Public Health* 2015;13:97-114.
43. Aras D, Uskun E. Hemşirelerin çalışma ortamı riskleri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Tıp Araştırmaları Derg* 2015;13:62-69.



44. Arslanoğlu C, Acar K, Arslanoğlu E, ve ark. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ile yaşam kalitelerinin incelenmesi (Sinop Üniversitesi örneği). EKEV Akademi Dergisi 2020;84:195-210. <https://doi.org/10.17753/Ekev1753>
45. Gülmez H. Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. J Family Med Prim Care 2013;7:74-82.
46. Nehir S, Çoban A, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Menopozal belirtilerin ve evlilik uyumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Cumhuriyet Tıp Derg 2009;31:15-21.
47. Zeithofer J, Schmeiser Rieder A, Tribl G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. Acta Neurol Scand 2000;102:249-257. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2000.102004249.x>
48. Szentkirályi A, Madarász CZ, Novák M. Sleep disorders: impact on daytime functioning and quality of life. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2009;9:49-64. <https://doi.org/10.1586/14737167.9.1.49>
49. Bakhshani NM, Aghashahi Z, Pour KL, Yaghmaei M. Relationship between symptoms of premenstrual syndrome (PMS) and quality of life (QOL) in the adolescents. Life Sci J 2013;10:265-268.
50. Dennerstein L, Lehert P, Bäckström TC, Heinemann K. The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. Fertil Steril 2010;94:1059-1064. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.04.023>

**Etik kurul onayı:** Bu çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.07.2014 tarih ve 130 nolu kararı ile onay alınmıştır.

04-06 Haziran 2020 tarihlerinde Burdur'da düzenlenen 3. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi-IHSLC 2020'de sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

#### **Yazarların makaleye olan katkıları**

A.Ç. ve E.U. çalışmanın ana fikrini ve hipotezini kurgulamışlardır. A.Ç. ve E.U. teoriyi geliştirmiş, gereç ve yöntem bölümünü düzenlemişlerdir. Sonuçlar kısmındaki verilerin değerlendirmesini A.Ç. ve E.U. yapmışlardır. Makalenin tartışma bölümü A.Ç. ve E.U. tarafından yazılmış, A.Ç. ve E.U. gözden geçirip gerekli düzeltmeleri yapmış ve onaylamışlardır. Ayrıca tüm yazarlar çalışmanın tamamını tartışmış ve son halini onaylamıştır.