

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMENSTRÜEL SENDROM SEMPTOMLARININ EVLİLİK  
UYUMU İLE İLİŞKİSİ**

ELİF BAŞAĞAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA

2019

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMENSTRÜEL SENDROM SEMPTOMLARININ EVLİLİK  
UYUMU İLE İLİŞKİSİ**

ELİF BAŞAĞAÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA

2019

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi ELİF BAŞAĞAÇ' ın "Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu İle İlişkisi" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya,Türkiye / Gün Ay Yıl

Tez Danışmanı  
Prof.Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Üye

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 01/08/2019 tarih ve 16/21 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

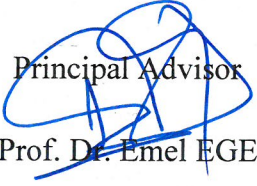
Enstitü Müdürü

İmzası

## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “Relations Between Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Adjustment” by “Elif Başağaç” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of “nursing”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

Konya, Turkey / Date

  
Principal Advisor  
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan University

Facultiy of Nursing

  
Examination Committee Member

Assoc. Prof.Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Necmettin Erbakan Univercity

Faculty of Nursing

  
Examination Committee Member

Assit.Prof.Dr. Hacer ALAN DİKMEN

Selçuk Univercity

Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

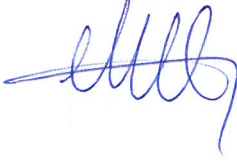


## BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

24.06.2019

ELİF BAŞAĞAÇ



# İNTİHAL RAPORU

24.06.2019

Turnitin

[Skip to Main Content](#)

[Çözümler](#)

[Not Defteri](#)

[Kütüphaneler](#)

[Takvim](#)

[Tartışma](#)

[Tarihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin Ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntölemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntölemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu İkonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir İkon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

## PREMENSTRÜEL SENDROM SEMPTOMLARININ EVLİLİK UYUMU ...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

Sil İndir Şuraya taşı...

<input type="checkbox"/>	Yazar	Başlık	Benzerlik	web	yayın	student papers	Puanla	cevap	Doeya	Ödev Numarası	Tarih
<input type="checkbox"/>	Elif Başağaç	PREMENSTRÜEL SENDROM SEMPTOMLARININ EVLİLİK UYUMU ...	%17 3/17	11%	7%	11%	--	--	Ödev indir	1146596333	24-Haz-2019

Prof. Dr. Ferid EGS

## **ÖNSÖZ**

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen, değerli zamanını, deneyimlerini ve görüşlerini paylaşan çok değerli hocam Prof. Dr. Sayın Emel EGE' ye,

Yüksek lisans eğitimimin boyunca hoşgörüsü, desteği ve ilgisi ile yanımda olan çok değerli hocam Doç. Dr. Sayın Kamile ALTUNTUĞ' a,

Her zaman yanımda olan, yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini hep hissettiren, çok kıymetli sevgili eşime,

Hayatım boyunca desteklerini her zaman hissettiren, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan canımdan kıymetli aileme,

Yüksek lisans eğitimim ve araştırma boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim..

**Elif BAŞAĞAÇ**

## İÇİNDEKİLER

<i>İç kapak</i> .....	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i> .....	<i>ii</i>
<i>Approval</i> .....	<i>iii</i>
<i>Beyanat</i> .....	<i>iiiv</i>
<i>İntihal Raporu</i> .....	<i>v</i>
<i>Önsöz</i> .....	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i> .....	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Listesi</i> .....	<i>viii</i>
<i>Tablolar Listesi</i> .....	<i>ix</i>
<i>Özet</i> .....	<i>x</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>xi</i>
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. <i>Premenstrüel Sendrom'un Tanımı</i> .....	3
2.2. <i>Premenstrüel Sendrom'un Epidemiyolojisi</i> .....	3
2.3. <i>Premenstrüel Sendrom'un Tanı Kriterleri ve Belirtileri</i> .....	6
2.4. <i>Premenstrüel Sendrom'un Tedavi Yöntemleri</i> .....	10
2.4.1. <i>Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar</i> .....	10
2.4.2. <i>Farmokolojik Tedavi Yöntemleri</i> .....	12
2.4.3. <i>Cerrahi Tedavi</i> .....	14
2.5. <i>Premenstrüel Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı</i> .....	14
2.6. <i>Evlilik ve Evlilik Uyumu</i> .....	16
2.6.1. <i>Premenstrüel Sendrom ve Evlilik Uyumu</i> .....	18
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>20</b>
3.1. <i>Araştırmanın Türü</i> .....	20
3.2. <i>Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri</i> .....	20
3.3. <i>Araştırmanın Evreni</i> .....	20
3.4. <i>Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi</i> .....	20
3.5. <i>Örnek Seçim Kriterleri</i> .....	21
3.5.1. <i>Alınma Kriterleri</i> .....	21
3.5.2. <i>Dışlama Kriterleri</i> .....	21

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları .....	21
3.6.1. Anket Formu (EK-I) .....	21
3.6.2. Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) (EK-II).....	22
3.6.3. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) (EK-III) .....	23
3.7. Verilerin Toplanması .....	24
3.8. Ön Uygulama.....	24
3.9. Araştırmanın Değişkenleri .....	25
3.9.1. Bağımlı Değişken .....	25
3.9.2. Bağımsız Değişken .....	25
3.10. Verilerin Analizi.....	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	26
3.12. Araştırma Soruları .....	26
3.13. Araştırmanın Etik Boyutu .....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Obstetrik, Menstrüel Özellikleri, Sağlık Alışkanlıkları ve Evlilik Uyum Ölçeği İle Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular .....	28
4.2. Bağımsız Değişkenlerin Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Etkisi.....	32
4.3. Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	36
4.4. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi .....	37
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>40</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>46</b>
6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. Öneriler .....	47
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>48</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>53</b>
EK-A: Anket Formu .....	53
EK-B PDF: Premenstrüel Değerlendirme Formu.....	55
EK-C EUÖ: Evlilikte Uyum Ölçeği .....	61
<u>EK-D: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı .....</u>	<u>63</u>
EK-E: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni.....	64
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>65</b>

## **KISALTMALAR LİSTESİ**

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EUÖ:** Evlilik Uyum Ölçeği

**FDA:** Food and Drug Administration

**GnRH:** Gonadotropin Relasing Hormon

**OK:** Oral Kontraseptif

**PDF:** Premenstrüel Değerlendirme Formu

**PMA:** Premenstrüel Alevlenme

**PMDB:** Premenstrüel Disforik Bozukluk

**PMS:** Premenstrüel Sendrom

**RCOG:** Royal College of Obstetricians and Gynaecologist

**RIA:** Rahim İçi Araç

**SSRIs:** Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

## TABLolar LİSTESİ

<i>Tablo 3.6.2.1. Premenstrüel Değerlendirme Formu Alt Ölçeklerine Giren Sorular ve Alt Ölçek Puanları.....</i>	<i>23</i>
<i>Tablo 3.6.3.1. Evlilik Uyum Ölçeğinin Puanlama Sistemi.....</i>	<i>24</i>
<i>Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n: 138).....</i>	<i>28</i>
<i>Tablo 4.1.2. Katılımcılara Ait Obstetrik ve Menstrüel Özellikler (n: 138).....</i>	<i>29</i>
<i>Tablo 4.1.3. Katılımcıların Sağlık Alışkanlıklarının Dağılımı (n: 138).....</i>	<i>30</i>
<i>Tablo 4.1.4. Katılımcıların Evlilik Uyum Ölçeği ve Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puan Ortalamaları.....</i>	<i>31</i>
<i>Tablo 4.2.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması.....</i>	<i>32</i>
<i>Tablo 4.2.2. Kadınların Obstetrik ve Menstrüel Özelliklerine Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 138).....</i>	<i>34</i>
<i>Tablo 4.2.3. Katılımcıların Sağlık Alışkanlıklarına Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 138).....</i>	<i>35</i>
<i>Tablo 4.3.1. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu Puanlarının İlişkisi: Korelasyon Analizi Sonuçları.....</i>	<i>36</i>
<i>Tablo 4.4.1. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 138).....</i>	<i>37</i>

# ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## **Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu İle İlişkisi**

Elif BAŞAĞAÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2019

Premenstrüel sendrom kadının, günlük aktivitelerini, iş performansını, aile ve sosyal ilişkileri ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu çalışma, evli kadınlarda premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini 18-49 yaş grubu evli 138 kadın oluşturmuştur. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan 20 soruluk anket formu, Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından 01.11.2018-15.01.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, Mann Whitney U, varyans analizi, Kruskal Wallis testi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi, çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada kadınların Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldığı toplam puan  $40.33 \pm 12.88$ , Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan alınan toplam puan  $216.18 \pm 75.83$  olarak tespit edilmiştir. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duyu durumu alt boyutu geliri değerlendirme durumu, PDF organik mental özellikler, eğitim durumu, yaş, sigara kullanımı, olarak sıralanmaktadır. Altı bağımsız değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi (varyansı) % 30 oranında açıklamaktadır ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak, kadınların Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan aldığı puan arttıkça Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldığı puan azalmaktadır. Kadınların ve eşlerinin evlilik uyumunun bozulmaması için, premenstrüel sendrom semptomları hakkında bilgilendirilmesi, farkındalık düzeylerinin artması ve baş etme yollarının öğretilmesi için, eşlere sağlık çalışanları tarafından danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Evli Kadınlar; Evlilik Uyumu; Premenstrüel Sendrom

## ABSTRACT

REPUBLIC of TURKEY

NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

### **Relations Between Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Adjustment**

Elif BAŞAĞAÇ

Department of Nursing

MASTER'S THESIS / KONYA – 2019

Premenstrual syndrome may adversely affect daily activities, work performance, family and social relations and the quality of life of women. The aim of this study was to evaluate the relations between premenstrual syndrome symptoms and marital adjustment in married women.

The sample of this descriptive and relationship-seeking study consisted of 138 married women aged between 18-49 years. In the sample selection, random sampling method in the improbable sampling methods was used. The questionnaire with 20 questions prepared by the researcher, Premenstrual Evaluation Form (PEF) and Marital Adjustment Scale (MAS) were used in the data collection. Data were collected by the researcher by face to face interview method between 01.11.2018-15.01.2019. In the analysis of the data; Number, percentage, mean, standard deviation, t test, Mann Whitney U, variance analysis, Kruskal Wallis test, Pearson and Spearman correlation analysis, multiple regression analysis.

In the research, the total score of the Women's Marital Adjustment Scale was  $40.33 \pm 12.88$ , the total score of the Premenstrual Assessment Form was  $216.18 \pm 75.83$ . When the relationship between Women's Marital Adjustment Scale scores and Premenstrual Assessment Form scores were evaluated; there was a moderate, negative and significant relationship between Marital Adjustment Scale scores and Premenstrual Assessment Form scores ( $p < 0.05$ ). The variables that have a significant effect on the women's marital adjustment score from the most important to the least important are as follows; The PEF sub-dimension of the depressed state, of income is listed as income assessment status, PEF organic mental characteristics, educational status, age and smoking status. Six independent variables explained 30% of the variance of women's marital adjustment score ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, the higher the score the women get on the Premenstrual Assessment Form, the lower the score they get on the Marriage Adjustment Scale. In order to keep the marital adjustment of women and their spouses, they should be informed about the symptoms of premenstrual syndrome, and to increase a wareness levels and to teach ways of coping, it is recommended that the couples should be provided counseling and training services by health professionals.

**Keywords:** Married Women; Marital Adjustment; Premenstrual Syndrome

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınlar yaşamının cinsel olgunluk döneminde menstrüel siklus, gebelik ve doğum gibi çok büyük değişimler yaşamaktadır (Kafkas ve Onur 2006). Özellikle adölesan dönemde fizyolojik, psikolojik, metabolik değişikliklerin hızlı ve yoğun yaşandığı belirtilmektedir. Bu dönem çocukluktan erişkinliğe, sekonder seks karakterlerin başlangıcından seksüel olgunluğa geçişin yaşandığı dönemdir. Sekonder seks karakterlerinin gelişmesinin ardından genç kızlarda önemli bir olay olan menarş meydana gelir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008). Menarş kadın sağlığının başlangıcı olarak kabul edilir. Fertil çağındaki kadınların % 70-90' nında menstrüasyon ve menstrüel dönem nedeni ile bazı problemler yaşamaktadırlar. Bu problemler arasında en fazla dismenore, premenstrüel sorunlar, anormal uterin kanama yer olmaktadır (Taşçı 2006). Kadınların % 20-40' lık kısmında değişik derecede geçici mental ve fiziksel işlev bozukluğu şeklinde belirtiler ile seyreden ve % 5-10' luk kısmında çalışma ve sosyal yaşamlarını bozacak ve tedavi gerektirecek şiddetli belirtiler gösteren premenstrüel sendrom yaşanmaktadır (Kebapçılar ve ark. 2012).

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüel döngünün luteal fazıyla ilişkili olan, düzenli ve döngüsel şekilde, kadının hayatını fiziksel, duygu durum ve davranışsal açıdan etkileyen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Tok ve Avcı 2016). Toplumda oldukça yaygın olarak görülen PMS'nin, yakın aile ilişkilerini, soysal hayatlarını, çalışma performanslarını iş ilişkilerini etkilemektedir (Daşkan ve Saruhan 2014). Ayrıca adölesanlarda özgüven eksikliğine neden olup, derse devam ve başarısını etkileyip, yaşam kalitelerini düşürdüğü bilinmektedir (Arıöz ve Ege 2013). En sık görülen belirtiler; kas, karın ve baş ağrısı, memelerde duyarlılık, bazı yiyeceklere karşı yoğun istek duyma, iştah değişimi, akne, ödem, yorgunluk, mizaç dalgalanmaları, duygusallık, sinirlilik olarak belirtilmektedir (Yücel ve ark. 2009; Tanrıverdi ve ark. 2010). Kadında PMS' ye bağlı duygusal değişikliklerinin sosyal ve aile ilişkilerini etkilediği tespit edilmektedir (Morowatisharifabad ve ark. 2014). Ayrıca PMS'li kadınların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar gibi sorunlar olduğundan bahsedilmektedir (Eğicioğlu ve ark. 2015).

Evlilik, bireylerin mutluluğunu sağlayan ve kişilik gelişmesinde rolü olan, yaşam kalitesini etkileyen bir birimdir. Evlilikte bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden ihtiyaç ve güdülerini doyumayı amaçlamaktadır (Durmaz 2018). Olumlu evlilik ilişkisi, ailede alınan kararlarda söz sahibi olmak ve eşten alınan sosyal desteğin evlilik ve eşler arası uyumu arttırdığı düşünülmektedir(Çoban ve ark. 2008). Özellikle eşten alınan sosyal desteğin, akraba, arkadaş gibi diğer kaynaklardan alınan desteklerden daha etkili olduğu belirtilmektedir (Durmaz 2018). Eşlerin PMS' nin kadın bedeni ve ruhu üzerindeki etkilerinin farkında olunmasının eş ilişkilerini olumlu etkileyeceği, cinsel sorunları azaltacağı ve evlilik doyumunu arttıracacağı düşünülmektedir (Morowatisharifabad ve ark. 2014). Evlilik doyumunun yetersizliğinin bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğini düşünen Morowatisharifabad ve arkadaşları (2014) eşlerin eğitilmesi konusunda çalışma yapmış ve çalışma sonucunda eğitim öncesi evlilik doyumunu düşük olan erkeklerin farkındalık artışıyla evlilik doyumlarının arttığını saptanmıştır.

PMS kadını etkileyen, eş, aile ve toplum düzeni içinde de sorun haline gelebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin üreme sağlığı ile ilgili işlemler sırasında sorunun farkında olması da önemlidir (Kaya ve Gölbaşı 2016). Ülkemizde ve dünyada yapılmış olan, evli kadınların dahil edildiği, PMS'nin yaygınlığını araştıran çalışmalar mevcuttur (Erbil ve ark. 2011; Pınar ve Öncel 2011; Kebapçılar ve ark. 2012; Morowatisharifabad ve ark. 2014). Ancak doğrudan evlilik uyumu ve PMS arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma, evli kadınlarda PMS semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Premenstrüel Sendrom'un Tanımı**

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüel döngünün luteal fazıyla ilişkili olan, düzenli ve döngüsel şekilde, kadının hayatını fiziksel, duygudurum, ve davranışsal açıdan etkileyen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Tok ve Avcı 2016). Tarih boyunca erkek egemen toplumlarda ve farklı inanışta kadın bedeni, hem doğurganlığından dolayı tohum veren kutsal bir toprak olarak kabul edilirken hem de günahın, kötülüğün ve kışkırtıcılığın simgesi olarak görülmüştür (Ayhan Yavaş ve Çekiç 2017). Menstrüasyon hakkında tarih boyunca efsaneler üretilmiş, sihirler, tehlikeler, zehirler gibi olumsuzluklara inanılmıştır. Bunlar; kadının şeytani ruhlar tarafından ele geçirildiği, menstrüel kanaması olan kadının temasıyla şaraplar ekşidiği, ekinlerin ürünsüzleştiği, ağaçların aşı tutmadığı, bahçelerdeki tohumların kuruduğu, ağaçların meyvelerinin düştüğü, kovanlardaki arıların öldüğü, bronz ve demirin paslandığı, havayı korkunç bir kokunun kapladığı gibi inanışlardır. Menstrüel kanaması olan kadının aynaya bakması ile ayna matlaşır hatta o aynaya bakan kişi büyülenebilir gibi kanın vermiş olduğu dehşet ve içgüdüsel korkuların pekiştirdiği efsaneler ve hikayeler vardır. Çoğu toplumda menstrüasyondaki kadın kirli kabul edilmiş ve izole edilmiştir (Avcı ve İnal 2008). Kadınların bu özellikleri nedeniyle tarih boyunca erkek egemen otoriteler tarafından cinsiyet ayrımı yapılmış ve kadın bedeni patolojik olarak görülmüştür. Bu nedenle kadınlar menstrüasyon öncesi yaşadıkları deneyimleri hastalık olarak değerlendirmiştir (Ayhan Yavaş ve Çekiç 2017). Bu tür olumsuzluklar ve sosyokültürel nedenlerden dolayı menstrüasyon ile ilgili bilimsel çalışmalar aksamıştır. Kadın ve erkek tarafından menstrüasyon saklanması, gereken olumsuz bir olay olarak algılanmıştır (Avcı ve İnal 2008).

### **2.2. Premenstrüel Sendrom'un Epidemiyolojisi**

PMS' nin otuzlu yaşlarda ortaya çıktığını ön gören görüşler vardır. Ancak yapılan çalışmada göre premenstrüel yakınmaların yaygın olarak adölesan dönemde veya menarştan sonra herhangi bir dönemde ortaya çıkabildiği görülmüştür (Korkmaz Çetin ve ark. 2005). PMS ülke ve kültür farklılıklarına göre değişik şekillerde algılanmaktadır. Herhangi bir ülkedeki birçok kadının menstrüasyon dönemlerinde ağrı, gerginlik, üzüntü, sinirlilik, idrar tutamama, konstipasyon gibi

deneyimleri vardır. Ancak batı toplumlarındaki kadınların bu dönemlerde ruhsal sorunlar yaşayıp yardım arayışında buldukları bildirilmektedir (Ayhan Yavaş ve Çekiç 2017). Kültürel değerler, yargılar, tutumlar, davranışlar premenstrüel ağrıyı algılama ve ağrıya karşı tutumu etkilemektedir.

**PMS ile ilgili ülkemizde farklı özelliklere sahip gruplarla yapılmış çalışmalar ve bulguları şöyledir;**

- Üniversite öğrencilerinde PMS prevalansını araştıran bir çalışmada, katılımcıların yaş ortalaması  $21,4 \pm 2,7$  yıldır. Orta dereceli görülen semptom prevalansı % 34,1 bulunmuştur. Ağır dereceli semptom prevalansı ise % 19,5 olarak bulunmuştur. % 5,5'inin şikayetlerle ilgili tedavi görmek istediği tespit edilmiştir (Ekin Uzer ve ark. 2013).
- Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp fakültesinde okumakta olan, tıp fakültesi öğrencilerinde premenstrüel belirti şiddeti, dismenore ve okul performansı hakkında yapılan çalışmada, % 41,9 hafif düzey, % 20,3 orta derece, % 5,5 ağır belirti şiddeti olduğu bulunmuştur. Katılımcılarda % 67 oranında dismenore şikayeti tespit edilmiş ve düşük okul performansı ile ilişkili bulunmuştur (Oral ve ark. 2012).
- Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 19-49 yaş grubu, 254 kadında yürütülmüş çalışma PMS'nin sosyodemografik özellikler, adet düzeni ve beslenme gibi faktörlerle ilişkisini irdelemek, çalışan kadınlarda PMS'nin iş verimliliği üzerindeki etkisini belirlemek ve bu sendromun yol açtığı iş ve zaman kayıpları ile gereksiz ilaç kullanımlarının azaltılmasına katkıda bulunmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucunda; 30 yaş altında olanlarda, hemşirelerde, hiç çocuğu olmayan veya bir çocuğu olan, agresif-saldırgan kişilik yapısına sahip olanlarda, evlilerde, premenstrüel sendrom sık görülmüş ancak istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (Demir ve ark. 2006).
- Hastane çalışanlarında premenstruel sendrom (PMS) sıklığı ve depresyonla ilişkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; Bekar ve boşanmış kişilerde, beslenmesinde fazla tuz kullanan, sigara içen, ailesinde PMS ve depresyon öyküsü olan, bilinen depresyon, postpartum depresyon, epilepsi ve migren tanısı olanlarda sıklığın arttığı saptanmıştır. Hastanede çalışanlarda PMS sıklığı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dismenore ve

adet kanaması şiddeti arttıkça PMS sıklığında artış olmuştur. Aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullananlarda, yöntemler arasında da oral kontraseptif (OK) ve rahim içi araç (RİA) ile korunanlarda PMS sıklığının azaldığı saptanmıştır (Özeren ve ark. 2013).

- Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansının ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi için yapılan çalışmada; PMS evde kalanlara göre yurtda kalanlarda 4.19 kat, jinekolojik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 6.69 kat, sebze ve meyve tüketenlere göre tüketmeyenlerde ve sıklıkla fast-food gıda tüketenlerde 2.96 kat daha yüksek bulunmuştur (Tarı Selçuk ve ark. 2014).
- Üniversite öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom belirtileri, premenstrual sendromu etkileyen etkenler ve premenstrual sendrom ile somatizasyon arasındaki ilişki incelemektir. Çalışmada; Sigara içen, alkol kullanan adet ve siklus süresi uzun olan, menstrüasyon döneminde ağrı yaşayan, menstrüasyon nedenli okul devami ve başarısı düşen, günlük yaşamı etkileyen, menstrüasyonu olumsuz olarak algılayan aile yapısından gelen sorun nedeniyle doktora başvuran öğrencilerde PMS düzeyi daha yüksektir (Babacan Gümüş ve ark. 2012).
- Depresyonu olan genç kızlarla depresyonu olmayan genç kızlarda adet öncesi yakınmaların şiddetini, profilini ve ayrıca annelerdeki ve kızlarındaki adet öncesi duygusal, davranış ve fiziksel yakınma dalgalanmalarının ilişkisini araştırmanın amaçlandığı bir çalışma yapılmıştır. Çalışma grubunu majör depresif bozukluk tanısı konmuş ve en az iki yıldır düzenli adet gören 15-18 yaşları arasındaki 20 genç kız ve kontrol grubunu da hiçbir fiziksel ve ruhsal yakınması olmayan 17 genç kız oluşturmuştur. Depresyonu olan ergenlerin premenstrüel dönemde daha fazla yakınmaları olduğu bulunmuştur. Depresyon grubu genç kızlarla anneleri arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar gözlenirken, kontrol grubu genç kızlar ile annelerinin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Akdeniz ve ark. 2002).
- Manisa ilinde 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom (PMS) sıklığının belirlenmesi, hangi belirtilerin hangi sıklık ve şiddette görüldüğünün saptanması ve PMS ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılmasının amaçlanmış olduğu bir

çalışmada; % 6,1'inin PMS için risk grubunda olduğu bulunmuştur. (Adıgüzel ve ark. 2007).

- Sınıf öğretmenleri ile yapılan ve amacının, sınıf öğretmenlerinde PMS görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını belirlemek ve PMS-öfke arasındaki ilişkiyi incelemek olan çalışmada; öğretmenlerin yaklaşık yarısında PMS görüldüğü. PMS görülme durumlarının sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının etkilediği ortaya konulmuştur (Öztürk Can ve ark. 2015).
- Şizofrenik vakalarda yapılan çalışmada; hastalarda görülen ortalama PMS belirti sayısı  $3,4 \pm 1,2$  klinik anlamda önem taşıyan PMS yaygınlığı % 5, premenstrüel alevlenme (PMA) yaygınlığı % 26,7 olarak saptanıp PMA' sını olan grupta iştah değişikliği daha fazla anlamlı bulunmuştur. PMS veya PMA' sını olan veya olmayan hastalar yaş, medeni durum, iş, eğitim süresi, hastalık süresi, antipsikotik dozu, antidepresan ve duygu durum dengeleyici kullanımı bakımından farklılık gözlenmemiştir (Veznedaroğlu ve ark. 2010).
- Evli kadınlarda premenstrüel sendrom ve etkileyen faktörleri belirlemek için 302 kadınla yapılan çalışmada veriler evli kadınlar arasında PMS'nin hafif düzeyde yaşandığını göstermiştir. Buna ek olarak çalışmaya katılan kadınların %68.5'i menstrual siklusun başlamasından önce menstruasyon hakkında bilgi aldığı ve kadınların % 48.2'sinin anneleri tarafından bilgilendirildiği belirtilmiştir. Kadınların %69.1'i premenstrüel sorunların evlenme ve doğum yapma ile değişmediğini, %49.4'u evlenme ve doğum yapmalarının sonucunda menstruasyon ağrılarının daha az olduğunu ya da artık olmadığını belirtmiştir (Erbil ve ark. 2011).
- Hemşirelik / Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisini inceleyen çalışmada; Sigara içme durumuna göre PMS yaygınlığı karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hiç sigara deneyimi olmayanlarda PMS en düşük düzeyde % 28,7, sigara içenlerde % 52, 9 olarak bulunmuştur (Kaya ve Gölbaşı 2016 ).

### **2.3. Tanı Kriterleri ve Belirtileri**

PMS tanısı için özel bir fiziksel muayene bulguları ve laboratuvar testleri yoktur (Öztürk ve Tanrıverdi 2010). Menstrüel yakınmalar tüm vücut sistemlerini etkileyebilecek birden çok semptomu içermektedir (Daşıkın ve Saruhan 2014). PMS

de yaşanan belirtilerin şiddetinin yaşla birlikte arttığı (25-35) menopozla birlikte belirtilerin şiddetinin azaldığı belirtilmektedir (Adıgüzel ve ark. 2007). PMS' de görülen birçok semptom organik ve psikolojik hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle şu özellikler mutlaka aranmalıdır (Eğicioğlu 2008):

- Organik bir neden olmama,
- Semptomlar sıklık olmalı ve siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalı,
- Foliküler fazda en az yedi gün tamamen asemptomatik olmalı,
- Menstruasyonun başlaması ile semptomlar kaybolmalıdır.

Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır. PMS tanısının konabilmesi için adet öncesi dönemde görülen şikayetlerin normal yaşam aktivitesinde değişikliklere neden olması gerekmektedir (Eğicioğlu 2008). Premenstrüel sendromdan ayırıcı tanı olarak ekarte edilmesi gereken hastalıklar şunlardır (Tok ve Avcı 2016);

- Nörolojik hastalıklar
- Migren
- Endokrin hastalıklar
- Hiperprolaktinemi
- Anoreksia nervosa
- Tiroid hastalıkları (hipotroidizm-hipertroidizm)
- Adrenal hastalıklar (cushing hipoadrenalizm)
- Feokromositoma
- Hiperandrojenizm
- Meme hastalıkları
- Jinekolojik hastalıklar
- Dismenore
- Pelvik infeksiyon
- Endometriozis
- Perimenopoz
- Gastrointestinal hastalıklar
- İrritabl kolon sendromu
- Barsak infeksiyonları
- İdyopatik ödem

- Allerjiler
- Kronik yorgunluklar (anemi, v.b. diğer)
- Psikiyatrik/psikolojik hastalıklar
- Anksiyete
- Personalite hastalıkları
- İlaç bağımlılığı
- Psikososyal sorunlar
- Evlilik sorunları

PMS tanısı koymak için hastaların özenle psikolojik yönden incelenmesi gerekir. Bunun için perspektif değerlendirmeyele siklik değişikliklerin yaşandığı ve belirtilerin geri dönüşümlü olduğunun belirlenmesi gereklidir (Demirool ve Gürđan 2007). Kadının okul, iş, sosyal yaşamı, kişilerarası ilişkilerini ve yaşam kalitesini etkileyerek, bu alanlarda bozulmaya yol açmış olması gereklidir. Bu belirtilerin herhangi bir psikiyatrik patolojiye bağlı, kötüye kullanılan bir maddenin ya da bir ilacın etkisi ve hipertroidizm gibi bir hastalığın fizyolojik etkilerine bağlı olmaması gereklidir (Ayhan Yavaş ve Çekiç 2017).

Retrospektif olarak değerlendirilen semptomlar çok güvenilir değildir bu yüzden ardışık en az iki siklus boyunca belirtiler günlük olarak derecelendirilip prospektif olarak onaylanmalıdır. “Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” (RCOG) 2016’de yayınladığı klavuzunda hastadaki semptomların türünün tanıyı etkilemeyeceğini belirtmiştir. Tanıyı koyabilmek için semptomların türü ve sayısı yerine zamanlama, kadının günlük yaşamına etki derecesine bakılmasının önemli olduğunu belirtmiştir. PMS tanısı için RCOG; ayrıntılı anamnez, premenstrüel semptom şiddeti derecelendirme ölçeği ve semptom günlüğü kullanılmasını tavsiye etmektedir (www.rcog.org.uk 01 Aralık 2016). Ayrıntılı anamnezde; tıbbi öykü, üreme ve menstrual öykü, premenstrüel sendrom öyküsü alınır. Premenstrüel semptom şiddeti derecelendirme ölçeği, PMS semptomlarının kadının yaşamını ne derecede etkilediğini tanımlamak için kullanılır. Semptom günlüğü ise problemlerin şiddetinin günlük olarak kayıt edilmesini içerir ve kullanımı kolaydır. Kadından en az iki ardışık siklus boyunca, herhangi bir tedavi almaksızın, karşılaştığı sorunları kaydetmesi istenir. Günlüğün objektif yorumlanması ve PMS nedeni olabilecek belirtiyi baskılamaması açısından herhangi

bir tedavi yöntemi uygulanmadan günlük tutulması önemlidir (Coskun ve Özdilek 2017).

Çalışmalar PMS belirtilerinin kadında beden algısı ve yaşam aktivitelerinde değişim, özgüvende azalma, iş gücü kaybı, ekonomik kayıp, kaza potansiyelinde artış, alkol ve madde kullanımında artış, toplumsal ve aile içi ilişkilerin bozulması, suça meyilin artması, okul başarısızlığı gibi sorunlara neden olabileceğini göstermektedir (Kaya ve Gölbaşı 2016). Premenstrüel sendrom polisemptomatik bir hastalıktır (Demirel ve Gürkan 2007). yüzelli kadar farklı belirti ile kendini gösterebilmektedir (Kıvrak ve Taşgın 2010). Semptomlar aynı gün başlayıp, aynı gün bitmez ve kendi içinde farklılık gösterir. Semptomları şöyle kategorize edilir (Demirel ve Gürkan 2007):

- Psikolojik semptomlar: Gerginlik, depresyon, irritabilite, yorgunluk, agresyon, libido değişiklikleri, performansta düşüklük, konsantrasyon bozukluğu, yorgunluk, uykusuzluk, unutkanlık, sinirlilik
- Nörolojik semptomlar: migren, epilepsi, senkop, vertigo, baş ağrısı
- Dermatolojik semptomlar: Akne, ürtiker ve herpetik lezyonlar
- Respiratuar semptomlar: Astım, rinit
- Ortopedik semptomlar: Eklem ağrıları ve şişkinlik
- Oftalmolojik semptomlar: glokom ve konjoktivit
- Üriner semptomlar: oligüri, sistit, enürezis, üriner retansiyon
- Metabolik semptomlar: mastalji, sıvı retansiyonu, sodyum- potasyum inbalansı, hipoglisemi, alerji, enfeksiyonlara hassasiyet
- Kardiyovesküler semptomlar: çarpıntı, ektopik atımlar, paroksizmal taşikardi (Demirel ve Gürkan 2007).

Premenstrüel sendromla semptom benzerliği olan ancak premenstrüel sendromdan farklı olarak tanımlanan durumlar vardır. Bunlar; premenstrüel magnifikans, premenstrüel alevlenme, premenstrüel tension, premenstrüel molimia ve premenstrüel disforik bozukluktur. PMS belirtilerin çok ağır seyretmesiyle karakterize ve belirtilerin hepsinin görüldüğü duruma Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' ta (DSM-IV) yer alan tanımıyla “*premenstrüel disforik bozukluk (PMDB)*” denir (Qiao ve ark. 2017). Psikiyatrik sorunu olan hastalarda semptomların premenstrüel dönemde artmasına “*premenstrüel magnifikans*” denir

(Öncel ve Pınar 2006). Menstrüel kanamanın bittiği halde psikopatolojik, fiziksel ve diğer semptomlarda tam olarak rahatlama ve gerileme olmamasına “*Premenstrüel alevlenme*” denir (Coşkun ve Özdilek 2017). Sinirlilik, depresyon, huzursuzluk, anksiyete gibi emosyonel semptomlarla karakterize ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu, semptomların hafif, günlük hayatı etkilemeyen ve menstrüel kanamanın başlamasının yaklaştığını gösteren kısa süreli duruma “*premenstrüel tension*” denir. Kadınların yaklaşık %80-90’ında premenstrüel dönemde günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şekilde şiddeti az olan bir veya birden fazla premenstrüel sendroma benzer semptomların olduğu ancak psikososyal faktörlerin daha çok rolü olduğu düşünülen duruma “*premenstrüel molimia*” adı verilmektedir (Gökçe 2006).

#### **2.4. Tedavi Yöntemleri**

Kadının hayatını önemli derecede etkileyen PMS ile farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi şekilleri ile semptomatik olarak baş etmede etkili olmaktadır. Ancak kadınların bu durum hakkında yardım almak için bir sağlık profesyoneline başvurma oranı çok düşüktür (Öztürk ve Tanrıverdi 2010). Güncel yaklaşımlar bu durumun gerekli olduğunda farmakolojik gerekirse de psikososyal yöntemlerle belirtilerin azaltılabileceğinin mümkün olduğunu göstermektedir (Türkçapar ve Türkçapar 2011). Bu yaklaşımlardan önce adet öncesi belirtilere karşı bilgilendirmenin ve baş etme yöntemleri hakkında danışmanlık verilmesi her yaşta ki kadın için üreme çağı boyunca ortaya çıkabilecek sorunlarda düzelmeye sağlayabilir (Arıöz ve Ege 2013).

##### **2.4.1. Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar**

Farmakolojik olmayan yaklaşımlar özellikle orta ve hafif premenstrüel sendromlu vakalarda farmakolojik tedavi uygulanmadan önce tercih edilebilecek ilk yaklaşımlardır. Özellikle luteal fazda semptom yönetimine yararlı olabilecek uygulamalardır (Coşkun ve Özdilek 2017).

Diyet kısıtlamaları veya takviyelerinin premenstrüel sendromda semptomların azalmasında yararlı olabileceği belirtilmektedir. Tuz kısıtlaması şişkinlik, sıvı tutma, göğüs şişmesi ve hassasiyetini en aza indirmek için önerilmektedir. Kafein alımının kısıtlaması ise adet öncesi sinirlilik ve uykusuzluk gibi şikayetlerin azaltılması için önemlidir (Jing ve ark. 2009).

Multivitamin ve mineral desteklerinin etkinliği, yapılan çalışma sayısının azlığından ve kanıt düzeylerinin yetersizliğinden dolayı kesin değildir (Poyrazoğlu 2010). Magnezyum desteğinin PMS semptomlarından su tutulumunu azatlığı ve aşırı glikoz alınmasından kaynaklanan insülinin salınmasındaki artışa bağlı hipoglisemiyi nemeye yardımcı olduğu söylenmektedir (Işgın 2014). Çinkonun, prolaktinin üzerine etkisi ve endometriumun progesteron tutulumuna yardımcı olan özelliğinden dolayı destek olarak alınması PMS semptomlarının azaltılmasına olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir. Diyetle alınması sağlanan potasyumun aldesteronun agonisti olarak rol oynayabileceği düşünüldüğünden semptomatik açıdan yararlı olabileceği, kalsiyumunun ise su tutulumu, yeme arzusu, ağrı gibi semptomlarda azalma sağladığı düşülmektedir (Işgın 2014). Vitamin B6 nın tek başına veya multivitamin desteği olarak verildiğinde semptomların gerilediği rapor edilmiştir (Poyrazoğlu 2010). Ancak diyetle alınan B grubu vitaminleriyle PMS arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır (Işgın 2014). Vitamin E desteğinin kas ağrıları için olumlu etkilerinden dolayı tercih edilebileceği belirtilmektedir (Poyrazoğlu 2010).

Bitkisel geleneksel yöntemler kadınlara özel durumlara yönelik uzun süredir in de tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan seçeneklerden bir tanesi akşam uha çiçeği yağıdır. Kullanımının meme hassasiyetini hafiflettiği ancak premenstrüel sendromda başka bir avantajı olmadığı düşünülmektedir (Jing ve ark. 2009). Hayıt ağacının meyvesi olan Vitex agnuscastus premenstrüel semptomların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Etki mekanizması net olamamakla birlikte östrojen seviyesinde azalma, prolaktin, progesteron, ve dopamin seviyelerinde artışa neden olabileceği belirtilmektedir. Menopozal semptomların giderilmesinde kullanılan black cohosh bitkisi (karayılan otu) benzer semptomların (sıcak basması, aşırı terleme, uyku bozukluğu ve depresif değişiklikler) PMS'de de olmasından dolayı kullanımının faydalı olabileceği düşünülmektedir (Poyrazoğlu 2010). Tüm bitkisel yöntemlerin alerjik reaksiyonlar, nefropati ve diğer yan etkileri açısından etkinliğinin iyi araştırılması gereklidir (Jing ve ark. 2009).

PMS'li kadınlarda aerobik egzersiz yapanların diğerlerine göre daha az semptomdan yakındıkları söylenmektedir (Poyrazoğlu 2010). Egzersiz yapmak endorfin salınmasını artırarak, luteal fazda endorfin salınımının azalmasını önleyerek strese karşı davranışsal tepkilerde, psikolojik algılamalarda olumlu etki

sağlamaktadır (Süer 2008). Kökeni geleneksel çin tıbbına dayanan ve binlerce yıllık bir geçmişi olan akupunktur, batıda yaygın olarak kullanılmaya başlanması ve fizyolojik temel arama anlayışı ile geliştirilmeye devam edilmektedir. İğneleme yönteminin yerel kas gerginliğini azalttığı veya ağrı kesici endorfinlerin salınmasını gerçekleştirdiği düşünülmektedir. Menstrüasyondaki ödemin tedavisi ve baş ağrısında kullanıldığı ve etkin olduğu bildirilmiştir. Diğer premenstrüel semptomların da akupunktur hafifletilebileceği düşünülmektedir (Yu ve ark. 2005).

Kesin kanıtlar olmamakla beraber bilişsel davranış terapisi, gevşeme terapisi, aromaterapi, refleksoloji, gibi uygulamalarda kullanılmaktadır. Premenstrüel sendrom semptomlarında, anksiyete, depresyon, irritabilite gibi şikayetlerde azalma ve rahatlama sağladığı bildirilmektedir (Jing ve ark 2009). Kiropraktik tedavinin kullanımıyla ilgili bilgiler vardır. Kiropraktik tedavi yani omurgaya masaj yapılarak sinir baskısından ileri gelen rahatsızlığın giderilmesi PMS semptomlarında azalma ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu etki sadece kiropraktik tedavi almakta olan seçilmiş hastalardan rapor edilmiştir (Poyrazoğlu 2010)

#### **2.4.2. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri**

Ciddi PMS'si olan hastalarda farmakolojik tedavi gereklidir. Hastaya PMS hakkında bilgi verilmesi tedavinin temelini oluşturur (Demirel ve Gürkan 2007). Tedavi ampiriktir. Birçok tedavi yöntemi vardır ancak hiçbiri tam anlamıyla yeterli olmamaktadır.

##### **2.4.2.1. Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRIs)**

SSRI' lar premenstrüel sendromda ilk tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmıştır (Jing ve ark. 2009). Sürekli ya da luteal fazda kullanımı fiziksel ve psikolojik PMS belirtilerini azaltmıştır (Yağcıoğlu ve Ayhan 2014). PMS'li kadınlarda saptanmış olan serotonerjik fonksiyonlardaki değişiklik SSRI'lerin PMS de kullanımını gerekli kılmaktadır (Hort ve Norman 2003). Fluoksetinin PMS' de kullanımı Amerika'da endikasyon nedeni olarak Food and Drug Administration (FDA) onayı almıştır (Stotland 2011). Fluoksetinin ruhsal semptomlara değil aynı zamanda anksiyete, nörovegetatif belirtiler, konsantrasyon bozuklukları, şişkinlik ve meme hassasiyetinde düzelme sağladığı görülmüştür (Baysal 2004).

#### **2.4.2.2. Gonadotropin Relasing Hormon (GnRH) Analogları**

GnRH analogları premenstrüel sendromdaki tedavi etkinliği yüksek derecede anlamlıdır. Ayrıca PMS tanısının koyulmasında kullanımı yardımcı olabilir. Uzun dönem kullanımında libidoda azalma, vajinal kuruluk, kemik kaybı gibi menopozal yan etkileri arttırdığı ve maliyeti yüksek olduğu için tedavi seçeneği olarak tercih edilmesinde sınırlı kalmaktadır (Hort ve Norman 2003; Lopez ve ark. 2012).

#### **2.4.2.3. Pridoksin (Vitamin B6)**

Depresyonda bozulmuş triptofan metabolizması üzerine etki etmektedir. Azalmış olan serotoninini düzenler. Günlük alınması subjektif bir rahatlama sağlayabilir (Hort ve Norman 2003). Günde 500 mg pridoksin, semptomların başlamasıyla kullanıma başlanıp adet kanaması başlayana kadar kullanılmaya devam edilmesi önerilmektedir (Demiroğlu ve Gürkan 2007).

#### **2.4.2.4. Bromokriptin (Parlodel)**

Luteal dönemde düşük doz kullanılır. Göğüslerde gerginlik şikayetinde rahatlama sağlar. Ancak yan etkileri nedeniyle birçok hastanın ilaca devam etmediğini belirtmektedir (Demiroğlu ve Gürkan 2007).

#### **2.4.2.5 Danazol**

Danazolun pek çok kadında PMS'nin belirtilerini azalttığı görülmüştür. Kesintisiz olarak günlük 200 mg kullanılması yüksek dozdaki etkiye benzerdir ve yan etkisi yüksek dozdakilerden daha azdır. Kilo alımı, bulantı, akne oluşabilir (Hort ve Norman 2003). Yan etkilerinin yoğunluğu nedeniyle günümüzde önerilmemektedir (Demiroğlu ve Gürkan 2007).

#### **2.4.2.6. Diüretikler**

Genelde su retansiyonunun etkili olduğu vakalarda adet kanamasından önceki 10-14 günlük dönemde kullanılır. Genellikle tiazid grubu ilaçlar tercih edilmektedir. Aşırı aldosteron salınımına bağlı ödemin giderilmesinde aldosteron inhibitörü olan spironalaktone önerilmektedir (Taşkın 2017).

#### **2.4.2.7. Progesteron**

PMS semptomlarının nedenleri arasında progesteron çekilmesi düşünülmüştür. Bu nedenle premenstrüel sendromda yaygın olarak kullanılmaktadır.

Ancak kullanımı çok yaygın olmasına rağmen plesebo kontrollü çalışmalarda etkisiz bulunmuştur (Hort ve Norman 2003).

#### **2.4.2.8. Oral Kontraseptif İlaçlar**

Ovulasyonu baskılama amaçlı kullanılmaktadır. Oral kontraseptif ilaçlar içerdiği antimineralokortikoid ve antiandrojenik özellik nedeniyle premenstrüel sendrom tedavisinde tercih edilmektedir (Deveci 2012). Bazı hastalarda semptomatik rahatlamaya yol açarken, bazı hastalarda ise semptomların artmasına neden olmaktadır (Tok ve Avcı 2016).

#### **2.4.3. Cerrahi Tedavi**

Cerrahi tedavi son çare olarak tüm tedavi yöntemlerinin yanıtızsız ve yetersiz kaldığı ciddi vakalarda düşünülmelidir (Tekin 2006; Avcı ve İnal 2008). Cerrahi müdahale düşünülmeden önce şunlar düşünülmelidir (Avcı ve İnal 2008);

- Sadace GnRH antagonistleriyle tedaviye yanıt göstermiş olmalı ve 6 ay boyunca etkinliği olmalıdır.
- GnRH antagonistiyle tedavi esnasında östrojen replasman tedavisine toleransı test edilmiş olmalıdır.
- Çocuk isteği olmamalıdır.
- Kadının yaşına göre daha çok yıl tedaviye ihtiyaç olamamalıdır (Avcı ve İnal 2008).

#### **2.4.3.1. Histerektomi ve Bilateral Ooferektomi**

Bilateral ooferektomi PMS tedavisinde çok etkili bir yöntemdir. Histerektomi ile kombine edildiğinde belirtiler artmadan östrojen tedavisi güvenle kullanılabilir. Tek başlarına kullanımı PMS tedavisinde nadiren endikedir. Ancak başka nedenlerle histerektomiye götüren ciddi premenstrüel sendromlu vakalarda bilateral ooferektomi gerekmektedir (Hort ve Norman 2003).

#### **2.5. Premenstrüel Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı**

PMS kadınların hayatının her alanını etkileyen olumsuz bir durumdur. Bu nedenle sağlık çalışanları konuya duyarlı olup, multidisipliner bir sağlık yaklaşımı sorunu ele alıp bakım verilmelidir (Tanrıverdi ve ark. 2010). Hemşire, PMS' yi tanılamada ve kadınların semptomlarla baş edebilmelerinde onlara yardımcı olabilecek en önemli sağlık profesyoneli. Kadınlara, PMS' nin hayatı tehdit

etmeyen bir hastalık olduğu açıklanmalıdır (Taşkın 2017). PMS' nin tanılanması için çok detaylı anamnez alınması gerekir. Kadının yaşı, mesleği, medeni durumu, obstetrik öyküsü, menstrüasyon öyküsü, alışkanlıkları, bağımlılıkları, aile ve sosyal ilişkilerinin niteliği, premenstrüel şikayetlerin ne olduğu ve hangisinin daha yoğun yaşandığı, şikayetlerin ne zaman başlayıp bittiği ve başa çıkma yöntemlerinin ne olduğu hastaya sorulmalı ve kayıt tutulmalıdır (Yazıcı 2014). Menarş yaşı, menarşa karşı tutumunun ne olduğu ve konu ile ilgili öncesinde bilgi alıp almadığının sorulmalıdır (Taşçı 2006). Kadınların menstrüasyona karşı tutumunu bilmek hemşireye baş etme yöntemlerini anlama ve geliştirmesinde yardımcı olabilir (Sönmezer ve Yosmaoğlu 2014).

Hemşireler sağlığı geliştirici, koruyucu, bakım verici, eğitici, danışman rollerini kullanarak hasta ve ailesine yaşadıkları problemlere karşı bütüncül yaklaşımla çözüm önerebilirler (Pınar ve Öncel 2011). PMS ile baş etmede sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlik programları düzenlenebilir (Arıöz ve Ege 2013). Hemşireler, kadını ve ailesini PMS yönelik şikayetlerin azaltılmasını sağlayacak uygulamalar ile cesaretlendirip, kadının yaşam kalitesinin artmasını sağlayabilir (Pınar ve Öncel 2011). Bu alanda hemşirelere düşen sorumluluklar şöyle sıralanabilir (Öncel ve Pınar 2006);

- Hemşireler kadınlara sık görülen PMS semptomları hakkında bilgi vermeli,
- Kadına sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda eğitim verilmeli,
- Menstrüel dönemde yeterli dinlenmesi ve uyumasının gerekliliği anlatılmalı,
- Diyet ve egzersiz programlarının düzenlenmesinin yapılmasında yardımcı olmalı,
- Tütün ve alkol kullanımının sınırlandırılması gerektiğinin bilgisini verilmeli,
- Stresi azaltma teknikleri ve solunum egzersizleri öğretmeli,
- Farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri konusunda hasta bilgilendirilmeli,
- Menstrüel döneme ilişkin yanlış bilgiler düzeltilmeli,
- Okul hemşireleri ve çocuk sağlığı kliniklerinde çalışan hemşireler bu grupta bulunan bireylere ve ailelerine PMS konusunda eğitimler düzenlemeli,
- Hastaya önerilen ilaçların yan etkileri ve kullanım şekilleri ile ilgili hastalara bilgi verilmeli,

- Kadına bir takvim oluşturmalı ve takvime her ay yaşadığı belirtileri ve zamanını kayıt etmesini istemelidir.

Kadınların bu belirtileri yaşadığı dönemde rahatlama sağlanmalıdır. Rahatlama teknikleri olabilecek yoga, meditasyon, kitap okuma, m¼zik dinleme gibi aktivitelere yönlendirilmelidir. Kadının kendi bakımını üstlenmesi konusunda sorumluluğunun artması sağlanmalıdır. Daha etkili olması açısından aile odaklı yaklaşımlar gözetilmelidir. PMS konusundaki eğitimlerin erken dönemde genç kızlara ve ailelerine okullarda ve halk eğitim merkezlerinde verilmesi ve bu eğitimlerin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. PMS hakkında bireylere doğru bilgiler kazandırılmalıdır (ncel ve Pınar 2006). Hemşireler g¼ncel bilgilere ulaşmalı ve kendilerini geliştirmelidir. Uygun girişimlerin planlanabilmesi için rehber olabilecek hemşirelik tanıları dikkate alınmalıdır. Bu alanda kullanılabilir hemşirelik tanıları söyle sıralanabilir (Biro 2011 ve Carpenito-Moyet 2012);

- Etkisiz toplumsal baş etme
- Benlik saygısında rahatsızlık
- Gereksinimden fazla beslenme potansiyeli
- Bilgi eksikliği
- Cinsel disfonksiyon
- Duyusal algılamada bozukluk
- Evin bakımını sağlamada yetersizlik
- Kendini ihmal etmek
- İletişimde bozulma
- Rahatlığın bozulması
- Sıvı- vol¼m fazlalığı
- Sosyal etkileşimde bozulma
- Stres y¼klenmesi
- Yorgunluktur.

## **2.6. Evlilik ve Evlilik Uyumu**

Evlilik milattan önce 2000 yılından beri temel niteliklerini koruyan ve vazgeçilmeyen bir oluşumdur (z Soysal ve ark. 2016). Evlilik bir kurumdur. Bir kadınla bir erkeği eş olarak birbirine bağlayan, ocuk veya çocukların var olmasıyla

birlikte belli bir statü ve kimlik sağlayan, devletin kontrol, hak ve yetkisi ile yasal bir ilişki biçimidir. Evlilik kavram olarak tanımı yapılırken eşler arasında birliğe, açık ve güvenilir ilişkiye, bireylerin doğal olabilmesine, kişisel farklılıklarının yaşanabilmesine, yatkınlık, kırgınlık ve cinsellik gibi duyguların yaşanabilmesi gibi konular vurgulanmıştır. Evlilik şekli, şartları, evlilik yaşı gibi hukuki durumlar ve kültürel değişiklikler, evlilik yapısını ve sürecini düzenleyen unsurlardır (Söylemez 2011). Evlilik kalitesini etkileyen unsurlar; yaş, cinsiyet, tanışma süresi, evlilik yaşı, evlilik biçimi, evlilik süresi, çocuk sahibi olma gibi faktörler olarak belirtilmiştir (Hasdemir 2014).

Evlilik aile kavramının ilk aşamasıdır ve aile evlilik kavramıyla kurulur (Söylemez 2011). Aile toplumun en temel yapıtaşıdır. Bu nedenle sağlıklı aile kurulmasının, sağlıklı bireylerin yetişmesinde ve toplumsal açıdan önemi büyüktür (Demirtaş 2011). Aile yaşamında mutluluk için eşlerin; iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili işlerin işleyiş biçimi, akraba ilişkileri, serbest zaman aktiviteleri gibi konularda görüş birliğini sağlamaları gereklidir (Düzgün 2009). Sağlıklı bir iletişim kurmak insanların kendilerini kolay bir şekilde ifade edebilmeleri ve anlaşabilmeleri için önemlidir ve evliliğin temel beklentisidir (Derebaşı 2004). Aile dinamik bir yapıdır bu nedenle iletişimin olmadığı an yoktur. Evlilikte mutluluğun en önemli unsuru aile içi iletişimidir (Söylemez 2011).

Uyumlu evliliklerde bireylerin birbiriyle etkileşimi, evlilik ve aile ile alakalı konularda uyum içinde olmaları ve oluşabilecek problemleri çözüme kavuşturabilmeleri önemlidir (Yıldız 2017). Çiftlerin yaşadıkları problemlerle baş çıkmada ki yetersizlikleri evlilik doyumsuzluğunun en önemli nedenidir (Çelik 2013). Yaşanılan hoşnutsuzluklar çiftler arası uyumu azaltarak mutsuz bir evlilik nedeni olabilir ve hatta evlilikler boşanmalarla sonuçlanabilir (Yıldız 2017). Evlilikteki sorunların, çatışmaların fark edilmesi ve anlaşılması eşler arasındaki ilişkinin tatmin edici olması bakımından önemlidir (Çelik 2006). Sağlıklı evliliklerin göstergesi olarak çiftler arası uyum gösterilmiştir (Sis 2010). Çiftler arası uyum; çiftler arası sorun yaratan farklılıklar, kişiler arası gerilimler ve kaygılar, çiftler arasındaki doyum, çiftler arasındaki bağlılık, çift olma bakımından önemli konulardaki görüş birliği sağlanması gibi kriterlere bağlanmıştır (Fidanoğlu 2006; Hasdemir 2014). Evlilik ilişkisi, evlilik doyumu, evlilik mutluluğu ve evlilik uyumu

gibi kavramsal ifadeler evliliğin kalitesini tanımlamak için kullanılan ifadelerdir (Sis 2010).

Evlilik uyumunun tek bir tanımla nitelendirilmesi uygun değildir. Çünkü evlilikte uyum birçok kişisel, psikolojik, sosyodemografik faktörlerden etkilenmektedir. Karşılıklı etkileşimi olan aileyi ve evliliği ilgilendiren konularda ortak fikirde buluşabilen ve sorunları olumlu bir şekilde çözen eşler uyumlu evliliğe sahiptir. Evlilik uyumu, eşlerin bedensel ve düşünsel açıdan birbirine yakınlık bağı geliştirmesi ve çiftlerin eşitlik duygusuna sahip olması ile gerçekleşir (Hasdemir 2014).

Evlilik uyumunu olumsuz etkileyen faktörler olarak eşlerin mutlu olmasını, fiziksel ve ruhsal açıdan tatmin olmalarını engelleyen durumlar olduğu söylenebilir (Sis 2010). Bu uyumu etkileyen etkenler dışsal ve bireysel olarak sınıflandırılmaktadır. Eşler arasındaki anlaşmazlıkların nedenleri olarak, sözel ve fiziksel çatışmaların yoğunluğu ve miktarı, eşlerin kişilik yapıları, bağlanma özellikleri, cinsel yaşamın niteliği, fiziksel ve ruhsal durumları, evliliği olumsuz etkileyebilecek sosyodemografik özellikler belirtilebilir (Düzgün 2009; Sis 2010). Eşler arasında çabuk sinirlenme, kolayca incinme, kıskançlık, kimseyle konuşmama, evde bulunmama, savurganlık, içki kullanımı veya psikoaktif ilaç kullanma gibi problemler olumsuzluklara yol açabilmektedir. Tüm bunların yanında eşlerden birisinin ya da her ikisinin fiziksel ya da ruhsal bir hastalığa sahip olması, intihar, cinayet, ölüm, trafik kazaları, aldatma evlilikte uyumsuzluğa hatta boşanmalara neden olabileceği görülmüştür (Düzgün 2009; Söylemez 2011; Çelik 2013).

### **2.6.1.Premenstrüel Sendrom ve Evlilik Uyumu**

Premenstrüel sendrom kişiyi değil ailesi ve çevresini de etkiler. Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmaları bu dönemde şiddetlenir (Pınar ve Öncel 2011). Evli kadınlarda PMS çok görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır. Eğicioğlu ve arkadaşlarının (2015) çoğunluğu bekar olan kadınlarla yapmış oldukları çalışmada evli/boşanmış/dul kadınlara göre bekar kadınların mental sağlık puanı düşük çıkmıştır. Bu durumun, evli kadınların eşleriyle iletişimlerinin günlük gerilim ve iş yükü paylaşımı sağlaması ve yaşam kalitesini olumlu etkilenmesiyle açıklanabilir.

Evlilik uyumunun sağlanmasındaki en önemli bir unsurda empatik bakış açısına sahip olabilmektir (Yıldız 2017). Örneğin; kadınların özel günlerinde kadınların yakınmakta oldukları psikosomatik şikayetler ve olumsuz duygulanımlar evlilik ilişkisini ve cinsel yaşamı olumsuz etkiliyor olabilir (Sis 2010; Söylemez 2011). Eşin perspektifinden bakabilmenin evlilik sürecindeki oluşan stresleri azaltmada önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (Yıldız 2017)

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ankara ili, Keçiören ilçesinde yer alan Muhtar Fazıl İrge Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Aile sağlığı merkezinde 4 aile hekimi tarafından hafta içi 09.00-17.00 saatlerinde muayene yapılmaktadır. Keçiören, Ankara'nın kuzeyinde, köyden kente ve çevre illerden göçün yoğun yaşandığı, gecekondu bölgesiyken hızla apartman yaşamına geçildiği, nüfusun 15-64 yaş arasında, eğitim düzeyinin ilköğretim, ortaöğretim ve lise mezunun çoğunlukta olduğu ancak giderek arttığı, erkeklerin çalışma hayatına daha çok katıldığı bir bölgedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Muhtar Fazıl İrge Aile Sağlığı Merkezi'ne muayeneye gelen 18- 49 yaş gurubu evli kadınlar oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi**

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "Bir Toplumdaki Oranın Belirli Bir Doğrulukla Tahmininde" önerilen (Lemeshow ve ark 2000) bir tablodan yararlanılmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda evli kadınlarda PMS semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. 15-49 yaş gurubundaki kadınlarda PMS görülme sıklığını belirlemek amaçlı yapılmış çalışmanın bildirdiği, PMS belirtisini şiddetli şekilde yaşayan kadınların oranından (%11.8) yararlanılmıştır (Pınar ve Öncel 2011). Araştırmanın örneğinin belirlenmesinde %95 güven düzeyinde ve %5 rölaf keskinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğü 138 olarak bulunmuştur (Lemeshow ve ark 2000).

Kadınların evlilik uyum puanı üzerine altı bağımsız değişkenin etkisini gösteren regresyon analizinde elde edilen  $R^2$ : .30 değerine göre G\*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü  $f^2$ : 0.43 (büyük/geniş

etki) ve post hoc güç 1.00. (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

### **3.5. Örnek Seçim Kriterleri**

#### **3.5.1. Alınma Kriterleri**

- 18-49 yaş grubu muayeneye gelen evli,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Eşiyle birlikte yaşayan,
- Düzenli adet gören (21-35 gün aralığında) kadınlar alınmıştır.

#### **3.5.2. Dışlama Kriterleri**

- Gebe, lohusa veya laktasyon döneminde olan,
- İletişime engel bir durumu olan (konuşma,duyma ve görme engeli),
- Cerrahi ya da doğal yollarla menopoza girmiş olan,
- Psikiyatrik veya kronik hastalığa sahip olan (öz bildirim veya alınmış tanı),
- Hormonal kontraseptif yöntem kullanan kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

### **3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan kadınların, sosyodemografik özelliklerini, obstetrik ve menstrüasyon özelliklerini ve sağlık alışkanlıklarını sorgulayan anket formu (Adıgüzel ve ark 2007; Kıvrak ve Taşğın 2010; Kebapçılar ve ark. 2012; Özeren ve ark. 2013; Kaya ve Gölbaşı 2016), Dereboy ve arkadaşlarının 1994 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF), Tutarel-Kışlak' ın 1999 yılından geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğu Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır (Dereboy ve ark 1994; Tutarel-Kışlak 1999).

#### **3.6.1. Anket Formu (EK-A)**

Araştırmaya katılan kadının, yaşı, boyu, kilosu, sosyodemografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini ve sağlık alışkanlıklarını sorgulayan, 20 sorudan oluşan tanıtıcı özellikteki anket forumunun uygulanmıştır.

### **3.6.2. Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) (EK-B)**

Halbreich ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen ve ülkemizde Dereboy ve arkadaşları (1994) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılan Premenstrüel Değerlendirme Formu, premenstrüel dönemde kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yarayan 95 sorudan oluşan öz bildirim ölçeğidir. Sorular altılı likert skalası ile yanıtlanmaktadır 1.seçenek “değişim yok”, 2.seçenek “çok az değişim”, 3.seçenek “hafif değişim”, 4. seçenek “ orta şiddete değişim”, 5.seçenek “şiddetli değişim”, 6.seçenek “aşırı değişim” ifadelerine karşılık gelip puan almaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe premenstrüel sendromun şiddetinin yükseldiği şeklinde değerlendirilmektedir. PDF’ den alınan maksimum puan 570’ tir PDF’ in 18 alt ölçeği bulunmaktadır (Tablo 3.6.2.1). ölçeğin PDF toplamı için Cronbach alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada PDF toplamı için Cronbach alfa değeri 0.98, alt boyutlarının alfa değerleri ise 0.58 ile 0.90 arasında bulunmuştur.

**Tablo 3.6.2.1. Premenstrüel Değerlendirme Formu Alt Ölçeklerine Giren Sorular ve Alt Ölçek Puanları**

<b>Alt Ölçekler</b>	<b>Soru Sayısı</b>	<b>Soru Numaraları</b>
<b>1.Çökkün duygudurum</b>	10	19+22+38+48+49+51+57+66+78+89
<b>2. Endojen depresif özellikler</b>	5	8+23+40+64+82
<b>3. Labilite</b>	3	1+46+47
<b>4. Atipik depresif özellikler</b>	6	1+5+27+46+80+81
<b>5. Histeroid özellikler</b>	5	25+37+41+47+86
<b>6. Düşmanlık/kızgınlık</b>	6	26+50+55+56+60+67
<b>7. Sosyal geri çekilme</b>	4	23+72+74+78
<b>8. Bunaltı</b>	4	4+7+14+44
<b>9. Kendini iyi hissetmede artış</b>	4	30+35+68+85
<b>10. İmpulsivite</b>	4	26+36+42+50
<b>11. Organik mental özellikler</b>	6	3+11+12+24+31+32
<b>12. Su tutulumu</b>	6	9+58+59+62+71+75
<b>13. Fiziksel rahatsızlık</b>	3	10+53+62
<b>14. Otonomik değişimler</b>	7	13+20+29+39+40+58+84
<b>15. Yorgunluk</b>	4	2+6+15+52
<b>16. Sosyal işlevsellikte bozulma</b>	11	21+33+54+72+74+76+77+79+83+92+93
<b>17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri</b>	14	16+17+28+34+43+45+61+63+64+69+73+87+88+90
<b>18. Çeşitli fiziksel değişimlerdir</b>	6	18+65+70+91+94+95
<b>PDF Toplam</b>	95	

### **3.6.3. Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) (EK-C)**

Locke ve Wallace 1959 yılında Evlilikte Uyum Ölçeğini, evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirmiştir. Tutarel-Kışlak tarafından 1999 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. EUÖ' nün 15 maddeden oluşması, farklı maddelerin eşit olmayan ağırlıklara sahip olmasına rağmen puanlamalarının ve uygulamasının kolay olması, kullanımının uzun yıllar sürmesini sağlamıştır. Ölçek hem genel evlilik doyumunun ya da niteliğinin ölçülmesinde hem de çeşitli ve aileyi ilgilendiren konularda anlaşma ya da anlaşmama konusundaki ilişki tarzını ölçmektedir (Tutarel-Kışlak 1999). EUÖ' de puanlama uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. En düşük uyum puanı 0, en

yüksek uyum puanı 158 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.6.3.1). Güvenilirliği belirlemek için iç tutarlılık katsayısı, iki yarım test güvenilirliği, test-tekrar test güvenilirliği ve tüm denekler için madde korelasyonları hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuş, bu çalışmada Evlilik Uyum Ölçeğinin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan kesme noktasının değeri ise 43 ve altı puanların altı uyumsuz, 44 ve üstü puanlar uyumlu olarak belirlenmiştir. Evlilik Uyum Ölçeği'nin puanlaması aşağıdaki gibidir.

**Tablo 3.6.3.1. Evlilik Uyum Ölçeğinin Puan Hesaplaması**

Madde	Puanlama	Madde Min.-Max.
1	0,1,2,3,4,5,6	0-6
2-9	5,4,3,2,1,0	0-5
10	0,0,1	0-1
11	3,2,1,0	0-3
12	Anlaşmazlık: 0 Dışarıda bir şeyler yapmak:1 Evde oturmak:1	0-1
13	0,1,2,3	0-3
14	2,1,0	0-2
15	0,1,2,2	0-2
<b>Toplam</b>	0-58	

### 3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Muhtar Fazlı İrge Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.11.2018-15.01.2019 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanma süresi 20-30 dk sürmüştür. Veriler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplanmıştır.

### 3.8. Ön Uygulama

Araştırma öncesi Muhtar Fazlı İrge Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 10 kadına veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Sonuçlarına göre veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulama esnasında toplanan veriler araştırmacının örneğine dahil edilmemiştir. Aile sağlığı merkezine gelen kadınlar yalnız olacak şekilde odaya

alınmıştır. Kadınlardan soruları cevaplamaları istenmiştir. Anlaşılmayan sorular araştırmacı tarafından açıklanmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.9.1. Bağımlı Değişken**

- Evlilik Uyum Ölçeği puan ortalaması

#### **3.9.2. Bağımsız Değişken**

- Sosyodemografik özellikler
- Obstetrik özellikler
- Menstrüasyon özellikleri
- Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) puan düzeyi

### **3.10. Verilerin Analizi**

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı, oran, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiştir. PDF çeşitli duyu durum/davranış değişiklikleri alt boyutunun normal dağılıma sahip olmadığı (Skewness: 1.72, Kurtosis: 4.40), diğer değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu (Skewness: -1.30 ile 1.51 arası, Kurtosis: -0.73 ile 2.00 arası olarak değerlerin -2 ile +2 arasında yer aldığı) belirlendi (George ve Mallery 2010). Kadınların tanımlayıcı, obstetrik ve menstrüal özelliklerine göre Evlilik Uyum Ölçeği ağırlık puan ortalamasının karşılaştırılmasında gruplardaki örneklem sayısına göre iki gruplu değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, üç gruplu olan değişkenlerde, bağımsız gruplarda varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin (PDF ölçeği ve alt boyut puanlarının) normal dağılım özelliğine göre Evlilik Uyum Ölçeğinin puanları ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Evlilik uyum puanı üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (backward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca örnekleme alınan grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Bu araştırma çalışma yapılan aile sağlığı merkezi ile sınırlıdır.
- Araştırmadan elde edilen bulgular, kullanılan ölçüm araçları ve katılımcıların öz bildirimleri ile sınırlıdır.
- Çalışma hafta içi mesai saatlerinde yapıldığı için tüm gün çalışan kadınlara ulaşamamış olması bir sınırlılıktır.

### **3.12.Araştırma Soruları**

- Kadınların premenstrüel semptom durumu nedir?
- Kadınların evlilik uyum durumu nedir?
- Kadınların sosyodemografik, obstetrik, menstrüel ve sağlık alışkanlıkları evlilik uyumunu etkiler mi?
- Premenstrüel semptomlarla evlilik uyumu ilişkili midir?

### **3.13. Araştırmanın Etik Boyutu**

- Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı alınmıştır. (EK-D)
- İl sağlık müdürlüğünden araştırmanın Muhtar Fazlı İrge Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülebilmesi için izin alınmıştır. (EK-E)
- Anket formları doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip sözel olarak onamları alınmıştır.

#### **4.BULGULAR**

Premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumuyla ilişkinin incelendiği çalışmada, araştırma grubuna ait elde edilen tanıtıcı bilgiler ve araştırmanın amacına ilişkin bulgular üç grupta bu bölümde verilmiştir. Bu gruplarda;

1. Araştırma grubundaki kadınların sosyodemografik, obstetrik ve menstrüel özellikleri ile sağlık alışkanlıkları, Evlilik Uyum Ölçeği ve Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan aldıkları puanlara ilişkin bulgular,
2. Bağımsız değerışkenler ile Evlilik Uyum Ölçeği'nin puan ortalamasının karşılaştırması,
3. Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Formu puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi
4. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanına bağımsız değerışkenlerin çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmesi

#### 4.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyodemografik, Obstetrik ve Menstrüel Özellikleri ile Sağlık Alışkanlıkları, Evlilik Uyum Ölçeği ve Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (n: 138)

Özellikler	N	%
<b>Yaş grubu</b>		
≤ 35 yaş	42	30.4
≥ 36 yaş	96	69.6
<b>Eğitim durumu</b>		
İlköğretim	35	25.3
Lise	59	42.8
Üniversite	44	31.9
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	64	46.4
Hayır	74	53.6
<b>Eş eğitim durumu</b>		
İlköğretim	39	28.3
Lise	50	36.2
Üniversite	49	35.5
<b>Eş çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	12	8.7
Çalışıyor	126	91.3
<b>Aylık gelir (TL)</b>		
Asgari ücret ve altı	36	26.1
Asgari ücretten fazla	102	73.9
<b>Gelir durumu algısı</b>		
İyi	22	15.9
Orta	94	68.2
Kötü	22	15.9
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	117	84.8
Geniş	21	15.2

Çalışmaya kapsamına alınan kadınların % 69.6'sının 36 yaş ve üstü, %30.4'ünün 35 yaş ve altı olduğu saptanmıştır. Kadınların % 42.8'inin lise, % 31.9'unun üniversite, % 25.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %53.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Eşlerinin % 36.2'sinin lise, %

35.5'inin üniversite, % 28.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %91.3'ünün herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Ortalama aylık gelirin %73.9'unun asgari ücret ve üstü olduğu ve kadınların % 68.1'inin gelir durumlarını orta olarak değerlendirdiği görülmüştür. Aile şekli olarak %84'ünün çekirdek ailede yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1).

**Tablo 4.1.2. Katılımcılara Ait Obstetrik ve Menstrüel Özellikler (n: 138)**

Özellikler	N	%
<b>Gebelik sayısı</b>		
Gebelik yok	11	8.0
1-2 gebelik	74	53.6
3 ve üzeri gebelik	53	38.4
<b>Çocuk sayısı</b>		
Çocuk yok	11	8.0
1-2 çocuk	94	68.1
3 ve üzeri çocuk	33	23.9
<b>İlk adet yaşı</b>		
≤ 12 yaş	46	33.3
≥ 13 yaş	92	66.7
<b>Adet aralığı(gün)</b>		
≤ 21 gün	50	36.2
≥ 22 gün	88	63.8
<b>Adet süresi (gün)</b>		
≤ 6 gün	91	65.9
≥ 7 gün	47	34.1

Kadınların %53.6'sının bir ya da iki gebeliği, % 38.4'ünün 3 ve üzeri gebeliği, % 8'inin de hiç gebe kalmadığı görülmüştür. Kadınların % 68.1' nin 1 ya da 2 çocuğu, % 23.9'unun 3 ve üzeri çocuğu, % 8'nin hiç çocuğu olmadığı saptanmıştır. Kadınların % 66.7'sinin menarş yaşının 13 yaş ve üstünde olduğu, % 63.8'inin siklus süreninin ortalama 22 gün ve üzerinde olduğu,% 65.9'unun menstrüasyon süresinin 6 gün ve altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2).

**Tablo 4.1.3. Katılımcıların Sağlık Alışkanlıklarının Dağılımı (n: 138)**

Özellikler	N	%
<b>Spor yapma</b>		
Evet	36	26.1
Hayır	102	73.9
<b>Kahve tüketimi</b>		
Evet	80	58.0
Hayır	58	42.0
<b>Çay tüketimi</b>		
Evet	128	92.8
Hayır	10	7.2
<b>Alkol tüketimi</b>		
Evet	6	4.3
Hayır	132	95.7
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	45	32.6
Hayır	93	67.4
<b>BKİ</b>		
Zayıf (< 18.49 kg/m <sup>2</sup> )	5	3.6
Normal (18.5 - 24.99 kg/m <sup>2</sup> )	52	37.7
Fazla kilolu (25 - 29.99 kg/m <sup>2</sup> )	57	41.3
Şişman (30 - 39.99 kg/m <sup>2</sup> )	24	17.4

Kadınların %73.9'unun spor yapmadığı saptanmıştır. Kadınların %58' inin kahve, % 92.8' inin çay tükettiği tespit edilmiştir. Kadınların %95.7' sinin alkol tüketmediği, %67,4'ünün sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Kadınların beden kitle indekslerinin (BKİ) sınıflamasına göre % 41.3' ünün fazla kilolu, %37.7'sinin normal, %17.4 ünün şişman, %3.6'sının zayıf olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

**Tablo 4.1.4. Katılımcıların Evlilik Uyum Ölçeği ve Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan Aldıkları Puan Ortalamaları**

Ölçek ve Alt Boyutları	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
<b>Evlilik Uyum Ölçeği Toplam Puan</b>	1-58	40.33±12.88
<b>Premenstrüel Değerlendirme Formu - Toplam Puan</b>	109-480	216.18±75.83
<b>PDF Alt Boyutları</b>		
1.Çökkün duygu durumu	10-57	21.77±10.61
2. Endojen depresif özellikler	5-25	10.95±4.83
3. Labilite	3-18	7.66±3.30
4. Atipik depresif özellikler	7-34	17.29±5.70
5. Histeroid özellikler	5-29	10.37±4.55
6. Düşmanlık/kızgınlık	6-35	12.24±6.66
7. Sosyal geri çekilme	4-24	8.78±4.50
8. Bunaltı	4-24	10.24±4.49
9. Kendini iyi hissetmede artış	4-21	8.46±3.59
10. İmpulsivite	4-24	8.08±4.33
11. Organik mental özellikler	6-34	13.19±5.87
12. Su tutulumu	6-36	15.80±6.56
13. Fiziksel rahatsızlık	3-18	8.49±3.69
14. Otonomik değişimler	7-39	15.26±6.36
15. Yorgunluk	4-24	11.88±4.77
16. Sosyal işlevsellikte bozulma	11-57	24.41±10.31
17. Çeşitli duygu durum/davranış değişiklikleri	14-78	27.87±11.57
18. Çeşitli fiziksel değişimler	6-32	13.04±5.37

$\bar{x}$ : ortalama SS: standart sapma

Araştırmada kadınların EUÖ' den aldığı toplam puan 40.33±12.88, PDF' den alınan toplam puan 216.18±75.83 olarak saptanmıştır. Kadınların PDF'nin alt boyutlarından en fazla puanı çeşitli duygu durum/davranış değişikliklerinden 27.87±11.57 olarak, en düşük puanı labiliteden 7.66±3.30 olarak aldıkları görülmüştür (Tablo 4.1.4).

## 4.2.Bağımsız Değişkenler ile Evlilik Uyum Ölçeği'nin Puan Ortalamasının Karşılaştırması

Tablo 4.2.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 138)

Özellikler	n	EUÖ Toplam Puanı $\bar{x}\pm SS$	Test	P (fark)
<b>Yaş grubu</b>				
< 35 yaş	42	45.10±11.06	t: 2.958	<b>0.004</b>
≥ 35 yaş	96	38.24±13.11		
<b>Eğitim durumu</b>				
İlköğretim <sup>a</sup>	35	34.77±16.42		
Lise <sup>b</sup>	59	42.63±10.83	F: 4.671	<b>0.011</b>
Üniversite <sup>b</sup>	44	41.66±11.08		(a.<b)
<b>Çalışma durumu</b>				
Evet	64	41.45±11.91	t: .956	0.341
Hayır	74	39.35±13.66		
<b>Eş eğitim durumu</b>				
İlköğretim/lise	89	38.83±14.59	t: 2.144	<b>0.034</b>
Üniversite	49	43.04±8.47		
<b>Eş çalışma durumu</b>				
Çalışmıyor	12	30.58±14.68	U: 377.0	<b>0.004</b>
Çalışıyor	126	41.25±12.36		
<b>Aylık gelir/TL</b>				
Asgari ücret ve altı	36	38.83±14.81	t: .808	0.421
Asgari ücretten fazla	102	40.85±12.16		
<b>Gelir durumu algısı</b>				
Kötü <sup>a</sup>	22	31.00±16.28	KW: 14.252	<b>0.001</b>
Orta <sup>b</sup>	94	41.03±11.98		(a<b<c)
İyi <sup>c</sup>	22	46.64±6.83		
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek	117	40.66±12.63	U: 1107.0	0.471
Geniş	21	38.48±14.38		

t: Bağımsız gruplarda t testi sd: 136, U: Mann Whitney U testi F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, gr. arası/grup içi/toplam sd: 2/135/137 KW: Kruskal Wallis testi, sd: 2,  $\bar{X}$ : ortalama ,SS: standart sapma

Evli kadınların yaş grubuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde (Tablo 4.2.1), 35 yaşından küçük olan kadınların puan ortalamasının 35 yaş ve üzerinde olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 4.2.1). Kadınların eğitim durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (p<0.05, Tablo 4.2.1). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde, lise ve üniversite mezunu olan kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puan ortalamasının ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu

belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.1). Kadınların eşinin eğitim durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, eşi üniversite mezunu olan kadınların puan ortalamasının eşi ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.1).

Kadınların çalışma durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 4.2.1). Kadınların eşinin çalışma durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, eşi çalışan kadınların puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.1).

Ortalama aylık gelir miktarına göre kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 4.2.1). Kadınların geliri algılama durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.1). İleri analizde tüm ikili gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu, gelir durumunu iyi olarak algılayanların evlilik uyum puanının en yüksek olduğu, geliri kötü düzeyde algılayanların ise en düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.1). Aile tipine göre kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.2. Kadınların Obstetrik ve Menstrüel Özelliklerine Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 138)**

Özellikler	n	EUÖ		Test	p
		Toplam Puanı	$\bar{x} \pm SS$		
<b>Gebelik sayısı</b>					
Gebelik yok/1-2 gebelik	85	41.93±11.00	t: 1.737	0.086	
3 ve üzeri gebelik	53	37.75±15.18			
<b>Çocuk sayısı</b>					
Yok/1-2 çocuk <sup>a</sup>	105	41.95±11.08	t: 2.707	<b>0.008</b>	
≥3 çocuk <sup>b</sup>	33	35.15±16.57			
<b>İlk adet yaşı</b>					
≤ 12 yaş	46	42.15±12.76	t: 1.180	0.240	
≥ 13 yaş	92	39.41±12.91			
<b>Adet aralığı (gün)</b>					
≤ 21 gün	50	39.90±14.45	t: .292	0.771	
≥ 22 gün	88	40.57±11.98			
<b>Adet süresi (gün)</b>					
≤ 6 gün	91	40.73±13.15	t: .505	0.614	
≥ 7 gün	47	39.55±12.44			

KW: Kruskal Wallis testi, (sd: 2) / t: Bağımsız gruplarda t testi, (sd: 136)

Kadınların gebelik sayısına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, gebe kalmayan ve 1-2 gebeliği olan kadınların puan ortalamasının gebelik sayısı üç ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2). Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, üç ve daha fazla çocuğa sahip olan kadınların puan ortalamasının çocuğu olmayan ya da 1-2 çocuğu olanlara göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.2).

İlk adet (menstrüasyon) başlama yaşına göre kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2). Kadınların adet aralığına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2). Kadınların adet süresine göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2).

**Tablo 4.2.3. Katılımcıların Sağlık Alışkanlıklarına Göre Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Karşılaştırılması (n: 138)**

Özellikler	n	EUÖ		P
		Toplam Puanı	Test	
		$\bar{x} \pm SS$		
<b>Spor yapma</b>				
Evet	36	41.94±12.82	t: .876	0.382
Hayır	102	39.75±12.91		
<b>Kahve tüketimi</b>				
Evet	80	40.46±13.71	t: .146	0.884
Hayır	58	40.14±11.75		
<b>Çay tüketimi</b>				
Evet	128	40.56±12.65	U: 577.0	0.605
Hayır	10	37.30±15.98		
<b>Alkol tüketimi</b>				
Evet	6	44.17±4.36	U: 364.0	0.738
Hayır	132	40.15±13.12		
<b>Sigara kullanımı</b>				
Evet	45	36.78±14.42	t: 2.286	<b>0.024</b>
Hayır	93	42.04±11.76		
<b>BKİ</b>				
Zayıf (< 18.49 kg/m <sup>2</sup> )	5	37.40±20.74		
Normal (18.5– 24.99 kg/m <sup>2</sup> )	52	39.92±12.59	KW: 0.347	0.951
Fazla kilolu (25 – 29.99 kg/m <sup>2</sup> )	57	41.30±11.81	(sd: 3)	
Şişman (30 – 39.99 kg/m <sup>2</sup> )	24	39.50±14.71		

t: Bağımsız gruplarda t testi, (sd: 136) / U/Z: Mann Whitney U testi / KW: Kruskal Wallis testi, sd: 3

Kadınların spor yapma, kahve, çay, alkol tüketimi ve beden kitle indeksine göre durumlarına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ , Tablo 4.2.3).

Kadınların sigara kullanma durumuna göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, sigara içmeyen kadınların puan ortalamasının sigara içenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.3).

### 4.3.Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.3.1. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu Puanlarının İlişkisi: Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Evlilik Uyum Ölçeği	
	Toplam Puan	
	R	P
<b>Premenstrüel Değerlendirme Formu Toplam Puan</b>	-0.33	<b>0.000</b>
1.Çökkün duygu durumu	-0.36	<b>0.000</b>
2. Endojen depresif özellikler	-0.34	<b>0.000</b>
3. Labilite	-0.19	<b>0.026</b>
4. Atipik depresif özellikler	-0.22	<b>0.009</b>
5. Histeroid özellikler	-0.20	<b>0.022</b>
6. Düşmanlık/kızgınlık	-0.33	<b>0.000</b>
7. Sosyal geri çekilme	-0.37	<b>0.000</b>
8. Bunaltı	-0.29	<b>0.001</b>
9. Kendini iyi hissetmede artış	-0.10	0.236
10. İmpulsivite	-0.28	<b>0.001</b>
11. Organik mental özellikler	-0.19	<b>0.029</b>
12. Su tutulumu	-0.20	<b>0.016</b>
13. Fiziksel rahatsızlık	-0.25	<b>0.004</b>
14. Otonomik değişimler	-0.25	<b>0.003</b>
15. Yorgunluk	-0.15	0.070
16. Sosyal işlevsellikte bozulma	-0.33	<b>0.000</b>
17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri	-0.29	<b>0.001<sup>rs</sup></b>
18. Çeşitli fiziksel değişimler	-0.23	<b>0.008</b>

r: Pearsonkorelasyon analizi / \*<sub>r<sub>s</sub></sub>: Sperman korelasyon analizi (17. boyut verileri normal dağılıma sahip değildir)

Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formunun çökkün duygu durumu, endojen depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, sosyal işlevsellikte bozulma ( $p<0.05$ , Tablo 4.3.1), bunaltı, impulsivite, fiziksel rahatsızlık, otonomik değişimler, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri ( $p<0.05$ , Tablo 4.3.1) alt boyut puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde, atipik depresif özellikler, çeşitli fiziksel değişimler, labilite, histeroid özellikler, organik mental özellikler, su tutulumu ( $p<0.05$ , Tablo 4.3.1) alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde olmak üzere anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formunun kendini iyi hissetmede artış ve yorgunluk alt boyut puanları arasında negatif ve zayıf düzeyde bulunan ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.3.1). Kadınların premenstrüel değerlendirme formundan aldığı toplam ve alt boyut puanları arttıkça evlilik uyum puanları düşmektedir.

#### **4.4.Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanına Bağımsız Değişkenlerin Etkisinin Çoklu Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi**

Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin (sosyodemografik, obstetrik ve menstruel özellikler, sağlık alışkanlıkları, 7 değişken, Premenstrüel Değerlendirme Formu' nun toplam ve 16 alt boyutu) etkisi bir arada değerlendirilmek üzere çoklu regresyon analizi (backward yöntemi) yapılmıştır. Bağımsız değişkenler arasında Collinearity istatistiklerine göre otokorelasyon varlığı incelendiğinde, Premenstrüel Değerlendirme Formu' nun toplam puanı ile modele alınacak 15 alt boyut puanı arasında (modele alınacak 16 alt boyut var, Fiziksel rahatsızlık alt boyutunda  $r: 68$ ) yüksek düzeyde ilişki olduğu ( $r: .75$  ile  $0.92$  arasında,  $p<0.001$ , PDF Toplam puan tolerans değeri:  $0.003$ , VIF:  $358.012$ ), belirlenmiş, otokorelasyon sorunu nedeniyle toplam puan modelden çıkarılmıştır.

**Tablo 4.4.1. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği Puanı Üzerine Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları (n: 138)**

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	$\beta$	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity İstatistikleri	
						Tolerans	VIF		
(Sabit)	25.92	8.40		3.087	0.002	9.31	42.54		
<b>F1.Çökkün duygu durumu*</b>	-.54	0.13	-.44	4.199	0.000	-0.79	-0.28	0.461	2,168
<b>Geliri değerlendirme</b> (1:kötü, 2:orta, 3iyi)	5.93	1.70	.26	3.499	0.001	2.58	9.29	0.913	1,095
<b>F11. Organik mental özellikler*</b>	.48	0.23	.22	2.113	0.037	0.03	0.93	0.469	2,133
<b>Eğitim</b> (1:ilköğr. 2: lise- üniversite)	5.92	2.12	.20	2.790	0.006	1.72	10.12	0.982	1,018
<b>Yaş</b> (1: <.35, 2: ≥35yaş)	-5.54	2.05	-.20	2.699	0.008	-9.60	-1.48	0.939	1,065
<b>Sigara kullanımı</b> (1: evet, 2: hayır)	4.10	1.98	.15	2.071	0.040	0.18	8.02	0.971	1,030
<b>F14. Otonomik değişimler*</b>	.44	0.24	.22	1.875	0.063	-0.02	0.91	0.364	2,746
<b>Eş çalışma durumu</b> (1: hayır, 2: evet)	6.06	3.29	.13	1.840	0.068	-0.46	12.57	0.929	1,077

R: .58 Adjusted R<sup>2</sup>: .30 F: 10.93 p: .000Durbin Watson: 2.00

Regresyon modeline alınan 23 bağımsız değişkenden sırayla impulsivite\*, su tutulumu\*, çeşitli fiziksel değişimler\*, eşin eğitimi, sosyal işlevsellikte bozulma\*, fiziksel rahatsızlık\*, endojen depresif özellikler\*, bunaltı\*, atipik depresif özellikler\*, çocuk sayısı, histeroid özellikler\*, sosyal geri çekilme\*, labilite\*, düşmanlık/kızgınlık\*, çeşitli duygu/durum/ davranış değişiklikleri\*, eş çalışma durumu ve otonomik değişimler\* olmak üzere 17 bağımsız değişkenin etkisi anlamlı düzeyde bulunmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır (p>0.05). Evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili bulunan altı değişkenin etki düzeylerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.4.1' de verilmiştir.

Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler  $\beta$  katsayısına göre en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duygu durumu alt boyutu (p<.001), geliri değerlendirme durumu (p<0.01), PDF organik mental özellikler (p<0.05), eğitim durumu, yaş (p<0.01), sigara kullanımı (p<0.05) olarak sıralanmaktadır. Altı bağımsız değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi (varyansı) % 30 oranında açıklamaktadır. (Başka bir deyişle kadınların

evlilik puanı %30 oranında bu altı değişikenden etkilenmekte, % 70 oranında ise başka değişikenden etkilenmektedir).

Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Formunun çökkün duygu durumu alt boyutundaki 1 puanlık artış evlilik uyum puanında -.54 puanlık azalmaya, organik mental özellikler alt boyutunda 1 puanlık artış ise evlilik uyum puanında .48 puanlık artışa neden olmaktadır. Geliri değerlendirme durumu (gelir algısı) kötü-orta-iyi olarak sıralandığında grupların evlilik uyum puanı giderek 5.93 puan artmaktadır. Lise ve üniversite mezunu olan kadınların evlilik uyum puanı ilköğretim mezunu olanlara göre 5.92 puan artmaktadır. Yaşı 35 ve üzerinde olan kadınların evlilik uyum puanı yaşı 35'den küçük olanlara göre -.54 puan azalmaktadır. Sigara kullanmayan kadınların evlilik uyum puanı sigara kullananlara göre 4.10 puan artmaktadır (Tablo 4.4.1).

## 5.TARTIŞMA

Evlilik birlikteliğinde uyum, eşlerin psikolojik sağlığını etkilediğinden insanların hayatında önemli bir yere sahiptir Bireylerin evliliklerinde yaşadıkları uyumsuzluklar ve çatışmalar ve sorunlar sonucunda sıklıkla psikolojik anlamda sorun oluşturabilmektedir (Tutarel-Kışlak ve Göztepe'nin 2012). Premenstrüel sendrom, üreme çağındaki kadınların aile, iş ve günlük yaşamlarını etkileyen önemli bir sorundur (Heydari ve ark. 2018). Yaşanılan bu sorunlar kadınların evlilik hayatlarını olumsuz etkilerken evlili uyumunu bozabilir. Bu çalışma premenstrüel sendrom yaşayan kadınlarda evlilik uyumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tablo 4.1.2' de kadınların obstetrik ve menstrüasyon özellikleri incelenmiştir. Kadınların %53.6'sının 1 ya da 2 gebeliği, % 38.4'ünün 3 ve üzeri gebeliği, % 8'inin de hiç gebe kalmadığı görülmüştür. Kadınların % 68.1' nin 1 ya da 2 çocuğu, % 23.9'unun 3 ve üzeri çocuğu, % 8'nin hiç çocuğu olmadığı saptanmıştır. Ülkemizde PMS' nin değerlendirildiği çalışmalarda, Pınar ve Öncel (2011) çalışmasında ortalama gebelik sayısı  $2.35 \pm 1.5$ , ortalama yaşayan çocuk sayısı  $1.78 \pm 0.87$  olduğu, Özeren ve ark. (2013) çalışmasında % 52' sinin hiç doğum yapmadığı, ortalama çocuk sayısının  $1.43 \pm 0.62$  olduğu görülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre, doğurganlık çağında evli olan kadın oranı % 68, yaşa özel en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaş arasında olduğu, evli kadınlarda 1 ya da 2 canlı doğum sayısı oranı % 55.5, evli kadınlarda ideal çocuk sayısı ortalaması 2.9 olarak, istenilen doğurganlık hızının 1.9 toplam doğurganlık hızının 2.3 olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularımızın ve ülkemizde yapılmış diğer çalışma bulgularının TNSA 2013 verileriyle bezerlik gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.1.2' de kadınların % 66.7'sinin menarş yaşının 13 yaş ve üstünde olduğu, % 63.8'inin siklus süreninin ortalama 22 gün ve üzerinde olduğu,% 65.9'unun menstrüasyon süresinin 6 gün ve altında olduğu tespit edilmiştir. Erbil ve ark. (2011) çalışmasında menarş yaşının ortalaması  $13.37 \pm 1.33$ , adet sürelerinin ortalama  $5.72 \pm 1.80$  olduğu bulunmuştur. Öztürk Can ve ark. (2015) çalışmasında menarş yaşı ortalama  $13.65 \pm 1.18$  , %61 inin 4-6 gün adetlerinin sürdüğü belirtilmiştir. Özeren ve ark. (2013) yaptığı çalışmada menarş yaşının ortalama  $13.11 \pm 1.39$ , kadınların % 88'inin siklus sürelerinin 21-35 gün, %89.1'inin adet

süresinin 3-7 gün olduğu saptanmış olup çalışma bulgularıyla yakın olduğu görülmektedir.

Kadınların % 73.9'unun spor yapmadığı saptanmıştır. Kadınların %58' inin kahve, % 92.8' inin çay tükettiği tespit edilmiştir. Kadınların %95.7' sinin alkol tüketmediği, % 67,4'ünün sigara kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.3). Erbil ve ark. (2011) ile Pınar ve Öncel (2011)' nin çalışmasında kadınların sırasıyla %31.5'inin ve % 32.8'nin sigara içtiği tespit edilmiştir. Özeren ve ark. (2013) çalışmasındaki olguların % 44'ünün sigara, % 30,3 alkol kullandığı görülmektedir. Çalışmalardaki kadınların alkol ve sigara tüketimindeki farkın, yaşadıkları bölge ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmada kadınların EUÖ' den aldığı toplam puan  $40.33\pm 12.88$  iken, PDF' den alınan toplam puan  $216.18\pm 75.83$  tir. Kadınların PDF' nin alt boyutlarından en fazla puanı çeşitli duygu durum/davranış değişikliklerinden  $27.87\pm 11.57$ , en düşük puanı labiliteden  $7.66\pm 3.30$  almıştır. Ülkemizde yapılmış evli kadınların yüzdesinin fazla olduğu (%93) ve PDF kullanılarak ölçme yapılmış bir çalışmada toplam PDF puanı ortalama  $206.0\pm 76.1$  olarak bulunmuştur. PDF alt ölçeklerinden alınan skorların ortalaması incelendiğinde en düşük puan ortalaması labiliteden ( $6.2\pm 2.8$ ), en yüksek puan ortalaması çeşitli duygu durum/davranıştan ( $26.4\pm 11.3$ ) aldığı görülmektedir (Öztürk Can ve ark. 2015). İki çalışmanın bulgularının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalardaki ölçek puan ortalamaları Erbil ve ark. (2011), Tanrıverdi ve ark. (2010), Erbil ve ark. (2010) çalışmasında sırasıyla  $88.61\pm 30.05$ ,  $121.94\pm 31.27$ ,  $112.27\pm 31.24$  olarak bulunmuştur. PMS'nin daha çok kadınlarda duygu durum ve davranış değişikliklerine neden olduğu görülmektedir. Bu değişimin eşler arasında evliliklerinin uyumunu olumsuz etkileyebilecek bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma sonucunda PMS ülkemizde yaygın bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Evli kadınların yaş grubuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, 35 yaşından küçük olan kadınların puan ortalamasının 35 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksek ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.1). Yalçın (2014) çalışma bulgusundan farklı olarak 41 yaş ve üzeri gruplarda evlilik uyumunu daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğunu bulmuştur ( $p<0.05$ ).

Tutarel-Kıslak ve Göztepe'nin (2012) çalışmasında yaş ile evlilik uyumu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgusu sonucuna göre bu durumun 35 yaş altı dönemin evliliğin ilk yıllarına denk gelmesi ve bu sürecin eşler arası paylaşımın yoğunluğu ile açıklanabilir. Üreme çağına denk gelen 30-40'lı yaşlar arası iş, ev ve çocuk sorumluluğunun fazla olması nedeniyle eşlerin birbirine zaman ayırması güçlüklereden neden olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca 40 yaş ve üzeri gruplarda çocukların evden ayrılması, ekonomik kaygıların azalması eşlerin paylaşılmasını olumlu etkilemiş olabilir.

Kadınların eğitim durumuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Lise ve üniversite mezunu olan kadınların EUÖ puan ortalamasının ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.1). Benzer şekilde kadınların eşinin eğitim durumuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, eşi üniversite mezunu olan kadınların puan ortalamasının eşi ilköğretim ve lise mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.1). Bu durum eğitim seviyesi yüksek grupların karşılıklı uyumsuzluk ve çatışmaları saygı çerçevesinde tartışması, çözümler üretme arama konusunda farkındalıklarının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Kadınların çalışma durumuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamakla birlikte çalışan kadınların puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.1). Yalçın (2014) iş hayatında yaşanan olumsuzların, ev yaşantısına etkileri olduğunu saptamıştır. Ancak olumlu iş yaşantısının, olumsuzya göre ev yaşantısını daha çok etkilediği saptanmıştır. Çalışma ortamında yaşanan her türlü olumlu olumsuz durumun aile ilişkilerine yansıtacağı ve evlilik uyumuna etkisi olabileceği düşünülmüştür. Ancak kadının çalışıyor olmasının ekonomik bağımsızlık ve evle ilgili sorumlulukların paylaşılmasında demokratik bir ortam sağlanması açısından önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların eşinin çalışma durumuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, eşi çalışan kadınların puan ortalamasının eşi çalışmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olması da sonucu destekler niteliktedir. ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.1). Aylık geliri asgari ücret altında olanların anlamlı olmamakla birlikte daha düşük puan almaları, ekonomik durumu kötü olarak algılayan kadınların puanının düşük olması ve aradaki farkın anlamlı olması da bu sonuçları desteklemektedir. Ekonomik kaygının aile için

önemli bir stres kaynağı olduğu düşünülmektedir. Aile tipine göre kadınların EUÖ puanları incelendiğinde, çekirdek ailede yaşayanların puanı yüksek olmakla birlikte grupların puan ortalaması arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.1). Yalçın (2014)'ın çalışmasına göre de aile tipi çekirdek aile olan ve geniş aile olan kadınların evlilik uyumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Kadınların gebelik sayısına göre EUÖ puanları incelendiğinde, gebe kalmayan ve 1-2 gebeliği olan kadınların puan ortalamasının gebelik sayısı üç ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2). Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, üç ve daha fazla çocuğa sahip olan kadınların puan ortalamasının çocuğu olmayan ya da 1-2 çocuğu olanlara göre düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.2). Yalçın (2014)'ın çalışmasına göre kadınların çocuk sayısı ile evlilik uyumları arasında anlamlı farklı olmadığı saptanmıştır. Toplumumuzda çocuk sahibi olmak ailenin tamamlanması olarak değerlendirilmektedir. Aile için mutluluk kaynağı olduğu kadar sorumluluklarının artması anlamına da gelmektedir. Çocuk sayının artışının evlilik uyumunu düşürmesinin nedeni, 3 ve üzeri çocuğun maddi ve manevi aileye getirdiği yükü açıklanabilir. Ayrıca çocuk sayısı arttıkça eşlerin birbirlerine zaman azalabilir. Kadın sorumluluğu arttığı ve yorulduğu için öfkesi artabilir ve bu durum eşler arası uyumu olumsuz etkilediği için evlilik uyumunu da bozabilir.

Tablo 4.2.2'de menarş yaşına göre kadınların EUÖ puanlarının ortalaması ve kadınların adet aralığına göre Evlilik Uyum Ölçeği puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.2). Kadınlar adet görmeyi ve bu dönemde yaşanan değişiklikleri kadınlığın bir sonucu olarak değerlendirmektedir.

Kadınların, spor yapma, kahve, çay, alkol tüketimine, beden kitle indeksine göre EUÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ , Tablo 4.2.3). Çalışma bulgusundan farklı olarak Açıkgoz ve ark. (2017)'nin çalışmasında PMS ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olup, PMS görülme durumunun alkol kullananlarda yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada alkol tüketimiyle evlilik uyumu arasındaki ilişkinin anlamsız olması araştırmaya katılan kadınların yaşadığı bölge ve alkol tüketim

oranın düşük (% 4.3) olmasıyla açıklanabilir. Yaşam tarzı ve spor yapmanın beden ve ruh sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu ve PMS'si olan kadınlara önerildiğinden evlilik uyumu üzerine de etkisi olabileceği düşünülmüştür, ancak çalışma verileri bu düşünceyi destekler nitelikte değildir.

Sigara içmeyen kadınların EUÖ puan ortalamasının sigara içenlere göre anlamlı düzeyde yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 4.2.3). Sigara kullanmanın PMS' yi arttırıcı etkisi olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Kebapçılar ve ark. 2012, Erbil ve ark. 2010, Kırca ve ark. 2012) . Sigara kullananların kullanmayanlara göre premenstrüel dönemde ağrı, konsantrasyon bozukluğu, sıvı tutulumu, davranış değişimi, negatif duyguları daha çok yaşadığı belirlenmiştir (Sakai ve ark 2011). Premenstrüel dönemde yaşanan bu değişimlerin eşler arası iletişimi olumsuz etkileyeceği ve dolayısıyla evlilik uyumu üzerine de olumsuz etkileri olabileceği düşünülmüştür. Çalışma bulgularından sigara kullanmayanların evlilik uyumunun yüksek olması bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile PDF puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (tablo 4.3.1); EUÖ puanları ile PDF'nin psikolojik belirtilerin daha fazla olduğu; çökkün duygu durumu, endojen depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, sosyal işlevsellikte bozulma, bunaltı, impulsivite, fiziksel rahatsızlık, otonomik değişimler, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri alt boyut puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ilişki olduğu görülmektedir. EUÖ puanları ile PDF' nin fiziksel belirtilerin daha fazla olduğu; atipik depresif özellikler, çeşitli fiziksel değişimler, labilite, histeroid özellikler, organik mental özellikler, su tutulumu ( $p<0.05$ ) alt boyut puanları arasında zayıf düzeyde olmak üzere bir ilişki olduğu görülmektedir. Ancak PDF'nin kendini iyi hissetmede artış ve yorgunluk alt boyut puanları ile EUÖ arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Psikolojik ve fiziksel belirtiler arasındaki farkın nedeni olarak çalışma grubunun büyük çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı ve günlük ev, aile, eş, çocuk sorumluluklarına ek işin verdiği sorumluluklarının olmaması, boş zamanlarının daha çok olması ve verimli değerlendirilememesi kadınların kendi içlerine dönük düşünceler yaşamasından kaynakladığı düşünülmüştür. EUÖ puanları ile PDF toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır. Premenstrüel sendrom semptomları azaldıkça evlilik uyumu

artmaktadır. Stres, anksiyete, depresyon belirtileri, kültürel inançlar, semptomlarla baş etme metodları gibi psikososyal faktörler; çeşitli bilişsel, davranışsal ve psikolojik semptomlarla bağlantılı olarak, kadının günlük aktiviteleri ve sosyal ilişkilerini etkileyerek işlev kaybına neden olmaktadır (Açıkgöz ve ark.2017; Hussein Shehadeh ve Hamdan-Mansour 2017; Nicolau ve ark. 2018). Kadının psikososyal faktörlerden etkilenmesi, evlilik uyumunun da etkileneceğini düşündürmüştür.

Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler  $\beta$  katsayısına göre en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duygu durumu alt boyutu, geliri değerlendirme durumu, PDF organik mental özellikler, eğitim durumu, yaş, sigara kullanımı olarak sıralanmaktadır. Altı bağımsız değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi % 30 oranında açıklamaktadır. Çalışma sonucunda PDF alt boyutlarından çökkün duygu durumunu ve organik mental özellikler alt boyutunun evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Bu parametreler değerlendirildiğinde ruhsal durumla değişkenlerin ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca gelir, eğitim, yaş ve sigara kullanma gibi değişkenlerin evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisinin olduğu görülmektedir.

## 6.SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmada kadınların EUÖ 'den aldığı toplam puan  $40.33 \pm 12.88$ , Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan alınan toplam puan  $216.18 \pm 75.83$  tür.
- 35 yaşından küçük olan kadınların, 35 yaş ve üzerinde olanlara göre, eğitim durumlarına göre gruplar arası fark, eşi üniversite mezunu olan kadınların, eşi çalışan kadınların çalışmayanlara göre, kadınların geliri algılama durumuna göre EUÖ puanları incelendiğinde, gruplar arasında çok anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Kadınların çalışma durumuna ve aile tipine göre EUÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
- Kadınların gebelik sayısına, menarş yaşına, siklus süresine ve menstrüasyon süresine EUÖ puanları incelendiğinde, grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
- Kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre EUÖ puan ortalaması üç ve daha fazla çocuğa sahip olan kadınların puan ortalamasının çocuğu olmayan ya da 1-2 çocuğu olanlara göre çok anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Kadınların sağlık alışkanlıklarına göre EUÖ puanları incelendiğinde; spor yapma, kahve, çay, alkol tüketimine ve beden kitle indeksi durumlarına göre grupların puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamış ( $p > 0.05$ ), sigara içmeyen kadınların puan ortalamasının sigara içenlere göre anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).
- Kadınların EUÖ puanları ile PDF puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; EUÖ puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
- Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duygu durumu alt

boyutu geliri değerlendirme durumu, PDF organik mental özellikler, eğitim durumu, yaş, sigara kullanımı, olarak sıralanmaktadır. Altı bağımsız değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi (varyansı) % 30 oranında açıklamaktadır.

## 6.2.Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre premenstrüel sendromun evlilik uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür.

1. Kadınlara premenstrüel sendromun belirtilerinin önemi, doğal bir süreçten kaynaklanmadığı, bu belirtilerin ciddi sorunlara neden olabileceği anlatılmalı, bu semptomlarla baş etme metotları öğretilmeli ve kadınlar yardım alma konusunda cesaretlendirilmesi,
2. Sağlık profesyonellerinin premenstrüel sendrom belirti, bulgu, tanı tedavisi ile ilgili hizmet içi eğitim programlarına katılması,
3. Premenstrüel semptomların evlilik uyumu üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla çiftlere birlikte danışmanlık yapılması,
4. Araştırmacılara; kadınların ve eşlerinin birlikte değerlendirildiği araştırmaların, daha büyük örneklem grupları ile, epidemiyolojik, müdahale türü ve vaka-kontrol çalışmalar yapmaları önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

- Acikgöz A, Dayi A, Binbay T. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. *Saudi Med J.* 2017; 38(11):1125-1131.
- Adıgüzel H, Taşkın Oryal E, Danacı EA. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2007; 18(3):215-222.
- Akdeniz F, Korkmaz S, Tamar M, Beker B. Depresyonu Olan ve Olmayan Genç Kızlar ve Annelerindeki Adet Öncesi Yakınmaların Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.* 2002; 9(1):16-22.
- Arıöz A, Ege E. Premenstrüel Sendrom Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde Semptomların Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Eğitimin Etkinliği. *Genel Tıp Dergisi.* 2013; 23(3):63-9.
- Avcı E, İnal M. Premenstrüel Sendrom. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.* Editörler: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu SL, Yaralı H, Yüce K. Güneş Tıp Kitabevi, 2008, 2. Baskı, Ankara, Türkiye, 851.
- Ayhan Yavaş A, Çekiç Y. Premenstrual Sendrom: Dr. Jekyll ve Ms. Hyde Olmak. *Turkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics.* 2017; 3(3): 227-233.
- Babacan Gümüş A, Bayram N, Can N, Kader E. Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom ve Somatizasyon: İlişkisel Bir İnceleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2012; 13: 32-38.
- Baysal B. Premenstruel Sendrom ve Dismenore. *Jinekoloji.* Editör: Berkman S. Editör Yardımcısı: Topuz S. Nobel Tıp Kitabevleri, 2004, İstanbul, 49.
- Biröl L Yeni Hemşirelik Tanıları 2009-2011. *Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Etki Yayınları,* 2011, 10. Baskı, İzmir, Türkiye, 157-171.
- Carpentino-Moyet LJ, Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Erdemir F. Nobel Tıp Kitabevleri, 2012, İstanbul, Türkiye.
- Coşkun MA, Özdilek R. Premenstrual Sendromda İntegratif Uygulamaların Kullanımı. *Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017; 3(2):75-84.
- Çelik E. Evlilik Hoşnutsuzluğu Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic.* 2013; 8(12): 249-261.
- Çelik M, Evlilik Doyum Ölçeği Geliştirme Çalışması. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana, 2006. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Banu Yazgan İnanç)
- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik Dönemdeki Evli Kadınların Eş Uyumları ve Menopoza İlişkin Tutumlarının Menopozal Yakınmalar Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2008; 22(6): 343-349
- Daşkan Z, Saruhan A, Çalışan Hemşirelerde Menstrüel Yakınmaların İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED).* 2014 ; 23 (1): 1-7.
- Demir B, Algül Yıldız L, Güven Güvendağ ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. 2006; 3(4): 262-270.
- Demiroğlu A, Gürkan T, Premenstrüel Sendrom. *Gomel' in Jinekolojisi.* Editörler: Attar E, Ata B. Nobel Tıp Kitabevleri, 2007, İstanbul, Türkiye, 337.

- Demirtaş S. Çocuklar İçin Aile İlişkileri Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011, (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fidan Korkut Owen)
- Derebaşı I. Evlilik Doyumu Ölçeğinin (MSI-R) Madde Cevap Kuramına Dayalı Olarak Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi ve Adaptasyon Çalışması. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2004 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Oya Sömer).
- Dereboy Ç, Dereboy Fİ, Yiğitöl F, Çoşkun A. Premenstruel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi.1994; 5(2) : 83-90
- Deveci Öztürk E. Premenstruel Sendromlu Kadınlarda Comt Geninde Valin/metionin Polimorfizmi İncelenmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Şanlıurfa, 2012 (Tez Danışmanları: Doç. Dr. Hakan Camuzcuoğlu Yrd. Doç.Dr. Mehmet Vural).
- Durmaz D. Kadınların Cinsel Sıkıntıları ve Evlilik Doyumları Arasındaki İlişki. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Ordu, 2018 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilüfer Erbil).
- Düzgün G. Evli Kişilerde Depresyon, İlişkiye İlişkin İnanç, Kendini Ayarlama Düzeyinin Evlilik Uyumu ile İlişkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Şennur Tutarel Kışlak)
- Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köken G. Premenstrüel Sendromun Yaşam Kalitesine Olan Etkileri Sosyodemografik Özelliklerle İlişkili mi?. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015; 12(1): 10-17.
- Eğicioğlu H. Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2008 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Emine Coşar).
- Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Ankara, 2008 Sağlık Bakanlığı Yayın No.: 722 ISBN: 978-975-590-238-8.
- Ekin Uzer G, Ekin M, Savan K. Prevalence of Premenstrual Symptoms Among College Students. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2013;33(2):301-305.
- Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011; 8(1):427-438.
- Fidanoğlu O. Evlilik Uyumu, Mizah Tarzı ve Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışman ve Rehberlik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Betül Aydın).
- George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.). (2010). Boston: Pearson
- Gökçe G. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul).
- Hasdemir K. Evlilik Uyumu ve Cinsel Doyum Arasındaki İlişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014 (Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Gül Eryılmaz ).

- Heydaria N, Abootalebib M, Jamalimoghadamc N, Kasraeiand M, Emamghoreishie M, Akbarzadehf M. Evaluation of aromatherapy with essential oils of Rosa damascena for the management of premenstrual syndrom. International Federation of Gynecology and Obstetrics. 2018; 142: 156–161
- Hort MD, Norman J. Premenstrüel Sendrom. Resimli Jinekoloji. Çeviri Editörleri: Batiloğlu SA, Mollamahmutoğlu L. Güneş Tıp Kitabevi, 2003. Ankara, Türkiye, 132-133.
- Hussein Shehadeh J,Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. Perspect Psychiatr Care. 2018;54:176–184.
- Işgın K. Premenstrüel Sendromda Beslenme Durumu ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zehra Büyüktuncer Demirel).
- Jing Z, Yang X, Ismail KMK, Chen XY, Wu T. Chinese Herbal Medicine For Premenstrual Syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009;1:(Art. No.: CD006414).
- Kafkas S, Onur E. Jinekolojide Semptomlar. Kadın Hastalıkları ve Doğum Temel Bilgileri. Editör: İsmet Köker. Nobel Tıp Kitapevleri, 2006, Ankara, Türkiye,75
- Kaya D, Gölbaşı Z, Hemşirelik / Ebelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaygınlığı ve Premenstrual Sendromun Sigara İçme Davranışı ile İlişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15 (4): 305-311.
- Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğlu Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi.2012; 26(3): 111-114.
- Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;13(1):19-25.
- Kıvrak AO, Taşgın Ö, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Düzeyleri. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010;15: 110-119
- Korkmaz Çetin S, Akdeniz F, Tamar M. Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2005; 6:145-153.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Yeterliliği. Çeviren: S. Oğuz Kayaalp. 2000, p: 143.
- Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral Contraceptives Containing Drospirenone for Premenstrual Syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 2. (Art. No.: CD006586)
- Morowatisharifabad MA, Karimiankakolaki Z, Bokaie M, Fallahzadeh H, Gerayllo S. The Effects Of Training Married Men About Premenstrual Syndrome By Pamphlets And Short Messages On Marital Satisfaction. Health Education Research. 2014; 29(6): 1005-1014.
- Nicolaua Z F M, Bezerra A G, Polesela D N, Andersena M L, Bittencourta L, Tufika S, Hachula H. Premenstrual syndrome and sleep disturbances: Results from the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Psychiatry Research. 2018; 264: 427–431.
- Oral E, Kırcan TS, Yazıcı E, Gülec M, Cansever Z, Aydın N. Premenstrual Symptom Severity, Dysmenorrhea, and School Performance in Medical Students. Journal of Mood Disorders. 2012;2(4):143-152.
- Öncel S, Pınar A. Premenstrual Sendromda Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Sendrom. 2006; 18(9): 86-91.

- Öz Soysal FS, Uz Baş A, Aysan F. Evlilik Tutumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2016; 24(4) :1951-1964.
- Özeren A, Atilla D, Helvacı M. Hastane Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom ve Depresyon ile İlişkisi. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi. 2013; 23 (1): 25-33.
- Öztürk Can H, Baykal Akmeşe Z. ve Durmuş B. Sınıf Öğretmenlerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Durumu İle Sürekli Öfke ve Öfke Tazıları Arasındaki İlişki. NWSA- Life Sciences, 4B0005.2015; 10(1):1-13.
- Öztürk S, Tanrıverdi D, Premenstrüel Sendrom ve Başetme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(3):57-61.
- Pınar A, Öncel S. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2011;21(4):227-237
- Poyrazoğlu S. Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2010 (Prof. Dr Osman Günay).
- Qiao M, Sun P, Wang H, Wang Y, Zhan X, Liu H, Wang X, Li X, Wang X, Wu J, Wang F. Epidemiological Distribution and Subtype Analysis of Premenstrual Dysphoric Disorder Syndromes and Symptoms Based on TCM Theories. Bio Med Research International. 2017; Article ID 4595016:2-9
- Sakai H, Kawamura C, Cardenas X, Ohashi K. Premenstrual and menstrual symptomatology in young adult Japanese females who smoke tobacco. Journal of Obstetric and Gynaecology Research. 2011; 37(4): 325-30.
- Sis A. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopozal Yakınmalarının Evlilik Uyumuna Etkisinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2010 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu).
- Sönmezer E, Yosmaoğlu HB, Dismenorezi Olan Kadınlarda Menstrasyona Yönelik Tutum ve Stres Algısı Değişiklikleri. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2014;25(2) :56-62.
- Söylemez İ. Evlilikte Uyum ve Aile İşlevleri Ölçeği Geliştirme: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Oğuz E. Berksun).
- Stotland LN. Sık Görülen Psikiyatrik Problemler. Berek&Novak Jinekoloji. Editör:Berek SJ, Çeviri Editörleri: Erk A, Demirtürk F, Bölüm Çevirisi: Ercan F , Turan H. Nobel Tıp Kitabevleri, 2011, 14.Baskı, İstanbul ,Türkiye 358-359.
- Süer N. Premenstrüel Sendrom. Göztepe Tıp Dergisi. 2008;23(3):76-80.
- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(1): 52-57
- Tarı Selçuk K, Avcı D, Yılmaz Alp F. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(2):98-103.
- Taşçı KD. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrüel Semptomlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006; 5 (6): 434-443.
- Taşkın L. Üreme Siklusu Anomalileri. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, 2017, 7. Baskı, Ankara, Türkiye, 625-626.
- Tekin Y. Premenstrüel Gerilim Sendromu. Kadın Hastalıkları ve Doğum. Nobel Tıp Kitapevi, 2006, Ankara, Türkiye, 60.

- Tok D, Avcı P. Premenstrüel Sendrom Ve Premenstrüel Disforik Bozukluk. *Obstetrik Ve Jinokoloji*. Editörler: Demir SC, Güleç Küçüköz Ü. Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015, 7.Baskı, Ankara, Türkiye, 381-386.
- Tutarel – Kışlak Ş, Göztepe I. Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012; 3(2):27-46.
- Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *3P Psikoloji, Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*1999; 7(1): 50-57.
- Türkçapar FA, Türkçapar HM. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*. 2011;14:241-253.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2013.
- Veznedaroğlu B, İtil Mİ, Sügün G. Şizofrenik Bozukluklu Hastalarda Premenstrüel Belirtiler Premenstrüel Alevlenme. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 2010; 7(4):279- 84.
- [www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg48](http://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg48).
- Yağcıoğlu EA, Ayhan Y. Kadın Hastalıkları ve Doğumda Psikoloji ve Psikiyatrinin Yeri Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Editörler: Günalp S, Yüce K, Bölüm Editörleri: Ayhan A, Bozdağı G, Denen Ö, Esinler İ, Harmanlı Ö, Önderoğlu SL, Özyüncü Ö, Salman C. Güneş Tıp Kitabevi, 2014, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, 197-199.
- Yalçın H. Evlilik Uyumu ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi (Journal of Research in Education and Teaching). 2014;3(1):250-261
- Yazıcı S. Premenstrüel Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı. *HSP*. 2014;1(1):58-67.
- Yıldırım M. Anormal Uterin Kanamalar-Premenstrüel Sendrom. *Yıldırım Klinik Jinekoloji. Çağdaş Medikal Kitabevi ve Yayıncılık*; 2002, 3. Baskı, Ankara, Türkiye, 550-551.
- Yıldız M. Evlilik Olgunluk Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*. 2017; 1(1): 24-34.
- Yu J, LiuB, LiuZ, Welch V, Wu T, Clarke J, Smith CA. Acupuncture for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database of SystematicReviews*. 2005;2.(Art. No.: CD005290).
- Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10:55-61.

## 8.EKLER

### EK-1

#### Anket Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, evli kadınlarda PMS (Premenstrüel Sendrom) semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Vereceğiniz cevaplar doğrultusunda elde edilen veriler, premenstrüel sendroma yönelik uygulama ve sağlıklı tutumların geliştirilmesine katkıda bulunacaktır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Elif BAŞAĞAÇ

#### Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş:...
2. Boy:...
3. Kilo:...
4. Eğitim Durumu:
  - 1.İlköğretim
  2. Lise
  3. Üniversite
5. Herhangi Bir İşte Çalışıyor musunuz?
  1. Evet (Belirtiniz:.....)
  - 2.Hayır
6. Eşinizin Eğitim Durumu
  1. İlköğretim
  2. Lise
  3. Üniversite
7. Eşiniz Herhangi Bir İşte Çalışıyor mu?
  1. Evet (Belirtiniz:.....)
  2. Hayır

8. Ortalama Aylık Geliriniz Ne Kadar?(TL.....
9. Gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
  1. İyi
  2. Orta
  3. Kötü
10. Aile Şekliniz Nedir?
  1. Çekirdek
  2. Geniş

### **Obstetrik ve Menstrüel Özellikler**

11. Gebelik Sayınız....
12. Çocuk Sayınız ....
13. İlk Kez Kaç Yaşında Adet Görmeye Başladınız?.....
14. Ortalama Kaç Günde Bir Adet Görüyorsunuz?....
15. Ortalama Kaç Gün Adet Görüyorsunuz?....

### **Sağlık Alışkanlıkları**

- | Alışkanlıklar        | Evet | Hayır |
|----------------------|------|-------|
| 16.Spor Yapma Durumu |      |       |
| 17.Kahve Tüketimi    |      |       |
| 18.Çay Tüketimi      |      |       |
| 19.Alkol Tüketimi    |      |       |
| 20.Sigara kullanımı  |      |       |

## EK-II

### PDF-Premenstrüel Değerlendirme Formu

- 1.Değişim yok 2.Çok az değişim 3.Hafif Değişim 4.Orta şiddette değişim  
5.Şiddetli değişim 6.Aşırı değişim

No	SORULAR (PDF)	1	2	3	4	5	6
1.	Aynı gün içinde duygusal durumda hızlı değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk... gibi)	1	2	3	4	5	6
2.	Enerji azlığı veya çabuk yorulmaya eğilim	1	2	3	4	5	6
3.	Sakarlaşma	1	2	3	4	5	6
4.	Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden daha sıkıntılı olma	1	2	3	4	5	6
5.	Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma	1	2	3	4	5	6
6.	Kendini hasta hissetme (genel bir kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi)	1	2	3	4	5	6
7.	Sinirli veya huzursuz hissetme	1	2	3	4	5	6
8.	İştah kaybı	1	2	3	4	5	6
9.	Göğüslerde acı, duyarlılık büyüme, şişme	1	2	3	4	5	6
10.	Baş ağrıları veya migren nöbetleri	1	2	3	4	5	6
11.	Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve çabucak dağılması)	1	2	3	4	5	6
12.	Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme ve istemeden bir şeyler kırma	1	2	3	4	5	6
13.	Mide bulantısı ve kusma	1	2	3	4	5	6
14.	Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)	1	2	3	4	5	6
15.	Güçsüzlük, dermansızlık hissi	1	2	3	4	5	6

16.	Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	1	2	3	4	5	6
17.	Kendini güvensiz hissetme	1	2	3	4	5	6
18.	Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	1	2	3	4	5	6
19.	Kendini çökkün hissetme	1	2	3	4	5	6
20.	Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	1	2	3	4	5	6
21.	Önemsiz konularda sürekli söylenme veya tartışma çıkarma	1	2	3	4	5	6
22.	Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabaya çarpmak, uykuya dalıp uyanmamayı istemek, ölüm ve intiharı düşünmek)	1	2	3	4	5	6
23.	Konuşmak veya yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	1	2	3	4	5	6
24.	Daha unutkan olma	1	2	3	4	5	6
25.	Dış görünüşünden hoşnut olmama	1	2	3	4	5	6
26.	Kişilere ve eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birine vurma)	1	2	3	4	5	6
27.	Gün içerisinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	1	2	3	4	5	6
28.	Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	1	2	3	4	5	6
29.	Kalbin çarpıntısını ve hızlı attığını hissetme	1	2	3	4	5	6
30.	Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	1	2	3	4	5	6
31.	Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	1	2	3	4	5	6
32.	Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetmek	1	2	3	4	5	6
33.	Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zaman ki kadar iyi olmadığını fark	1	2	3	4	5	6

	etme)						
34.	Kendini pasif hissetme, kararları başkalarının verme sorumluluğunu yüklenmesini isteme gibi	1	2	3	4	5	6
35.	Kendini iyi hissetme duygusunda artış	1	2	3	4	5	6
36.	Kendini kontrol edememe	1	2	3	4	5	6
37.	Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	1	2	3	4	5	6
38.	Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	1	2	3	4	5	6
39.	Daha sık idrara çıkma veya idrar miktarında artma	1	2	3	4	5	6
40.	Kabızlık çekme	1	2	3	4	5	6
41.	Zamanı kullanma, para harcama ve yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	1	2	3	4	5	6
42.	Düşünmeden elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	1	2	3	4	5	6
43.	Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçlar alma	1	2	3	4	5	6
44.	Kendini baskı altında hissetme	1	2	3	4	5	6
45.	Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme veya tırnak yeme gibi davranışlar	1	2	3	4	5	6
46.	Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	1	2	3	4	5	6
47.	Bir şeye canı sıkıldığında ortalığı telaşa verme, feveran etme	1	2	3	4	5	6
48.	Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6
49.	Kendini bomboş hissetme	1	2	3	4	5	6
50.	Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	1	2	3	4	5	6
51.	Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	1	2	3	4	5	6
52.	Bacaklarda yorgunluk hissi (güçsüzlük, sızı, titreme gibi)	1	2	3	4	5	6

53.	Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrılarını çekmeye yatkınlık	1	2	3	4	5	6
54.	Arkadaşlar ve aile tarafından “bugün iyi gününde” diye bilinme	1	2	3	4	5	6
55.	Sabahleyin sinirli uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	1	2	3	4	5	6
56.	Kindar davranışlar gösterme	1	2	3	4	5	6
57.	Kendini yalnız hissetme	1	2	3	4	5	6
58.	Daha seyrek idrara çıkma ya da idrar miktarında azalma	1	2	3	4	5	6
59.	Kilo alma	1	2	3	4	5	6
60.	Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme ya da hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	1	2	3	4	5	6
61.	Çok konuşma eğiliminde olma	1	2	3	4	5	6
62.	Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	1	2	3	4	5	6
63.	Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendisiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
64.	Uyku sorunları (Sabah erken uyanıp tekrar uykuya dalamama varsa işaretleyin)	1	2	3	4	5	6
65.	Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	1	2	3	4	5	6
66.	Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	1	2	3	4	5	6
67.	Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	1	2	3	4	5	6
68.	Evde ve işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma	1	2	3	4	5	6
69.	Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	1	2	3	4	5	6
70.	Sivilce ve çıban gibi cilt problemleri	1	2	3	4	5	6

71.	Ödem, şişkinlik veya vücutta “su tutulumu”	1	2	3	4	5	6
72.	Evde daha fazla oturma	1	2	3	4	5	6
73.	Daha cinsel ilgi ve aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
74.	İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	1	2	3	4	5	6
75.	Kendini şiş gibi hissetme	1	2	3	4	5	6
76.	İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	1	2	3	4	5	6
77.	Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	1	2	3	4	5	6
78.	Yalnız kalmayı isteme	1	2	3	4	5	6
79.	İlham ve yaratıcılıkta azalma hissetme	1	2	3	4	5	6
80.	Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	1	2	3	4	5	6
81.	İştahta artış veya fazla yemeğe eğilim	1	2	3	4	5	6
82.	Sabahları kendini daha kötü hissetme	1	2	3	4	5	6
83.	Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	1	2	3	4	5	6
84.	Üşüme veya ısı değişimlerine daha az duyarlı olma	1	2	3	4	5	6
85.	Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	1	2	3	4	5	6
86.	Reddedilmeye karşı duyarlı olma veya katlanamama	1	2	3	4	5	6
87.	Kendini daha sevgi dolu hissetme	1	2	3	4	5	6
88.	Basit konularda daha sık olarak başkalarına akıl danışma eğilimi	1	2	3	4	5	6
89.	Karamsar görünme	1	2	3	4	5	6
90.	Kahve, çay, veya kafeinli soğuk içecekleri (kola gibi)	1	2	3	4	5	6

	daha fazla içme						
91.	Cinsel ilişki sırasında acı ve rahatsızlık hissetme	1	2	3	4	5	6
92.	Daha az ev işi yapma (temizlik gibi)	1	2	3	4	5	6
93.	Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (TV, okuma gibi)	1	2	3	4	5	6
94.	“ateş basması” veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, kendiliğinden olan çürükler,varis damarları, hemoroid, uyuşukluk, çınlama, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması. Hangisinin olduğunu belirtiniz(_____)	1	2	3	4	5	6
95.	Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişimler (arpacık kızarıklık, sulanma, dumanlı görme, yanma, ışığa duyarlılık gibi)	1	2	3	4	5	6

## EK- III

### EUÖ- Evlilikte Uyum Ölçeği

1) Ölçeğin birinci maddesinde, evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığını inandığınız noktayı daire içine alınız. Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinde çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelendirilmiş bulunmaktadır.

\* \* \* \* \*

Çok mutsuz

Mutlu

Çok mutlu

Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi belirtiniz. Yukarıdaki ilk maddeyi atlamayınız

Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadı- ğımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen Her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	-----------------------------------	--------------------

2. Aile bütçesini idare etme

3. Boş zaman etkinlikleri

4. Duyguların ifadesi

5. Arkadaşlar

6. Cinsel ilişkiler

7. Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya uygun davranış)

8. Yaşam felsefesi

9. Eşin akrabaları ile anlaşma

Lütfen aşağıdaki maddelerde evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığınız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle

Erkeğin susması ile  Kadının susması ile  Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

Hepsini  Bazılarını  Çok azını  Hiçbirini

12. Boş zamanlarınızda aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

Dışarıda bir şeyler yapmayı  Evde oturmayı

Eşinizle genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

Dışarıda bir şeyler yapmayı  Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

Sık sık  Arada sırada  Çok seyrek  Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

Aynı kişiyle evlenirdiniz  Farklı kişiyle evlenirdiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

Hemen hemen hiçbir zaman  Nadiren  Çoğu konularda  Her konuda

## EK-IV

### Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

<b>Toplantı Sayısı:74</b>	<b>Toplantı Tarihi: 05.10.2018</b>
---------------------------	------------------------------------

**Karar Sayısı:2018/1515:**N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emel EGE' nin "**Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu İle İlişkisi**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 01.10.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Elif ALTINGÖZ' ün yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emel EGE' nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.  
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emel EGE  
Yardımcı Araştırmacı: Elif ALTINGÖZ

**ASLI GİBİDİR**  
**05.10.2018**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**  
**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

EK-V

## İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 62693856-604.02  
Konu : Araştırma İzni (Prof.Dr.Emel EGE)

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi : 23/10/2018 tarihli ve 36198255 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Emel EGE'nin "Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi" başlıklı ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi Başkanlığımız "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 25/10/2018 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabilmesi esastır.

Söz konusu araştırmanın yapılması, yukarıda belirtilen ilkelere bağlı kalınması koşulları ile Komisyonumuzca uygun bulunmuştur. Ayrıca araştırmanın tamamlandığı tarihten sonraki 1 (bir) yıl içerisinde sorumlu araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma sonuç raporunun Başkanlığımıza 2 (iki) nüsha halinde sunulması gerekmektedir. Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr.Emel EGE'ye tebliğ edilmesinde,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e- imzalıdır.  
Dr.Adem KUCUR  
Müdür a.  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Alt Birimi  
Rüzgarlı Cd. İbrahim Müteferrika Sk. No:9 Kat:1 Ulus Altındağ/ANKARA  
Faks No:0312 309 54 32  
e-Posta:emel.kilic1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.asm.gov.tr

Bilgi için:Emel KILIÇ  
Unvan:ÇEVRE SAĞ. TEKN.  
Telefon No:0312 302 54 41

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7a3f0453-7198-4de9-9041-09318061c537 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## **9.ÖZGEÇMİŞ**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı: Elif BAŞAĞAÇ

Doğum Tarihi: 03.11.1992

Medeni Hali: Evli

Uyruğu: T.C.

Adres: Bademlik Mahallesi Baruthane Sokak 89/16 Keçiören/Ankara

Tel: 05447257723

E-mail: elfaltngz@hotmail.com

### **EĞİTİM**

Lise: Fatih Sultan Mehmet Lisesi- Keçiören (2010)

Lisans: Aksaray Üniversitesi SYO- Hemşirelik (2015)

Yüksek Lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı (2016-2019)

### **MESLEKİ DENEYİM**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi- Erişkin Hastanesi (2016-Halen)