T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRUAL SENDROMUN İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve GÜLEN

İstanbul
Ocak-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRUAL SENDROMUN İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Merve GÜLEN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

İstanbul
Ocak-2025

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Doç. Dr. Yılda Arzu ABA

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendromun İş Yaşam Kalitesine Etkisi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Merve GÜLEN

ÖNSÖZ

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürüttüğüm tez çalışmamda bana yardımcı olan, bilgi ve donanımını benimle paylaşan, her zaman benimle ilgilenen çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ferda Özbaşaran' a,

Zor zamanlarımda hep yanımda olan biricik kardeşim Şeyma Gülen' e,

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen ve veri toplama sürecinde beni yalnız bırakmayan çok kıymetli ablam Hasibe Yetginbal' a,

Özellikle bu zorlu yolculukta akademik bilgisiyle bana destek olan arkadaşım Uzm. Hem. Merve Akmaz' a,

Yüksek Lisans Tezimin istatistik analizleri konusunda emek ve katkılarıyla beni destekleyen Sayın Enes İlyas Kansız' a,

Bana çok şanslı olduğumu hissettiren, varlıklarıyla güç veren, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan ve bu zorlu süreçte bana sabır ve cesaret aşılayarak her an yanımda oldukları için minnettar olduğum en kıymetlilerim olan Canım Aileme,

Tüm kalbimle teşekkür ediyorum…

Merve GÜLEN

İstanbul-2025

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRUAL SENDROMUN İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Merve GÜLEN

Yüksek Lisans, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Ocak, 2025- 147 Sayfa

Araştırma, premenstrual sendromun sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanan çalışmada, veriler Başakşehir Devlet Hastanesi'nde çalışan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara elden anket dağıtılarak elde edilmiştir. Anket; Kişisel Bilgi Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve İş Yaşam Kalitesi Ölçeği' nden oluşmaktadır. Araştırmada 259 kadına ulaşılmış, 45'i dahil edilme kriterlerine uymadığı için çalışma 214 katılımcı ile tamamlanmıştır. Veriler SPSS 27v istatistik programı ile analiz edilmiş ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların PMSÖ toplam puanı ortalaması 125,8±38,91 olup, %99,5' inde PMS saptanmıştır. Hafif düzeyde PMS görülme oranı %26,6, orta düzey %54,7 ve şiddetli düzeyde ise %18,2 bulunmuştur. Medeni durum, alkol kullanma, gebelik sayısı, adetliyken ilaç kullanma, adetliyken ağrı yaşama, adetliyken işte devamsızlık yapma, adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi ve adet öncesi dönemde yaşanan sorunların çevredeki kişiler tarafından fark edilmesi özellikleri ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p <0.05$). Hafif düzeyde PMS yaşayanların, orta ve şiddetli düzeydekilere göre daha yüksek iş yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, PMS' nin sağlık çalışanlarında yüksek oranda görüldüğü, iş yaşamını olumsuz etkilediği ve çevrede fark edilebilir olduğu ortaya konulmaktadır. Şiddetli PMS yaşayan sağlık çalışanları için yöneticilerin bilgilendirilmesi ve bu dönemde iş memnuniyetini ve verimini artıracak uygun çalışma koşullarının sağlanması önemlidir. Aksi takdirde hem bireysel hem de iş yaşamı açısından verimliliğin düşebileceği öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual Sendrom, Sağlık Çalışanı, İş Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

THE EFFECT OF PREMENSTRUAL SYNDROME ON QUALITY OF WORKING LIFE IN HEALTHCARE WORKERS

Merve GÜLEN

Master, Women Health and Diseases Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

January, 2025- 147 Pages

The study aimed to determine the impact of premenstrual syndrome (PMS) on the quality of work life among healthcare workers. Designed as a descriptive-cross-sectional study, data were collected through questionnaires given to women working at Başakşehir State Hospital who met the inclusion criteria. The questionnaire included a 25-item Personal Information Form, a 44-item Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), and a 23-item Work Life Quality Scale. A total of 259 women were approached, but 45 were excluded for not meeting the criteria, and the study was completed with 214 participants. Data were analyzed using the SPSS 27v program, with $p<0.05$ as the significance level. The average PMSS score was 125.8±38.91, with 99.5% of women showing symptoms of PMS. The frequency of mild PMS was 26.6%, moderate PMS 54.7%, and severe PMS 18.2%. A significant relationship was found between PMS and factors such as marital status, alcohol consumption, pregnancy history, medication use during menstruation, menstrual pain, work absenteeism, and the impact of premenstrual symptoms on work and social interactions ($p<0.05$). Those with mild PMS had significantly higher work life quality scores compared to those with moderate and severe PMS. The findings indicate that PMS is highly prevalent among healthcare workers, negatively affecting work life and being noticeable to others. It is recommended that managers be informed about severe PMS, and better working conditions be provided to enhance productivity and job satisfaction during this period.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Healthcare Worker, Quality of Work Life

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **i**

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ ..... **ii**

ÖNSÖZ ..... **iii**

ÖZET ..... **iv**

ABSTRACT ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**

KISALTMALAR ..... **xiv**

BİRİNCİ BÖLÜM **1**

GİRİŞ **1**

1.1 Araştırmanın Amacı 2

1.2 Araştırmanın Önemi 3

1.3 Araştırma Soruları 3

İKİNCİ BÖLÜM **4**

GENEL BİLGİLER **4**

2.1 Premenstrual Sendrom 4

2.1.1 Premenstrual Sendrom ve Tanımı 4

2.1.2 Premenstrual Sendrom ve Prevalansı 7

2.1.3 Premenstrual Sendrom ve Etiyolojisi 8

2.1.4 Premenstrual Sendrom ve Risk Faktörleri 9

2.1.4.1 Sosyodemografik Faktörler 9

2.1.4.2 Psikolojik Faktörler 11

2.1.4.3 Yaşam Biçimi Faktörleri 13

2.1.4.4 Genetik ve Hormonal Faktörler 16
2.1.5 Premenstrual Sendrom ve Belirti Bulguları 17
2.1.6 Premenstrual Sendrom ve Tanı 19
2.1.7 Premenstrual Sendrom ve Tedavi 22
2.1.7.1 Eğitim ve Danışmanlık 24
2.1.7.2 Farmakolojik Olmayan Tedavi 27
2.1.7.3 Farmakolojik Tedavi 30
2.1.7.4 Cerrahi Tedavi 33
2.2. İş Yaşam Kalitesi 33
2.2.1 Sağlık Hizmetlerinde İş Yaşam Kalitesi 35
2.2.2 Premenstrual Sendrom ve İş Yaşam Kalitesi 37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 40
GEREÇ VE YÖNTEM 40
3.1 Araştırmanın Tasarımı 40
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı 40
3.3 Evren ve Örneklem 40
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri 41
3.5 Veri Toplama Araçları 41
3.5.1 Kişisel Bilgi Formu 41
3.5.2 Premenstrual Sendrom Ölçeği 41
3.5.3 İş Yaşam Kalitesi Ölçeği 43
3.6 Verilerin Toplanması 45
3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 45
3.8 Araştırmanın Etik Yönü 46
3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları 46

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 47

BULGULAR 47

4.1 Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguları 47

4.2 Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulguları 50

4.3 Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları 72

4.4 Premenstrual Sendrom Ölçeği ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 88

BEŞİNCİ BÖLÜM 92

TARTIŞMA 92

5.1 Premenstrual Sendrom Özelliklerinin İncelenmesi 92

5.2. Premenstrual Sendrom ile Kişisel Özellikler İlişkisinin İncelenmesi 93

5.2.1 PMS ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisinin İncelenmesi 93

5.2.2 PMS ile Çalışma Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 95

5.2.3 PMS ile Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 96

5.2.4 PMS ile Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 98

5.2.5 PMS ile İş Yaşamı Özellikler İlişkisinin İncelenmesi 101

5.3 İş Yaşam Kalitesi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 102

5.4 İş Yaşam Kalitesi ile Kişisel Özellikler ilişkisinin İncelenmesi 103

5.4.1 İş Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisinin İncelenmesi 103

5.4.2 İş Yaşam Kalitesi ile Çalışma Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 105

5.4.3 İş Yaşam Kalitesi ile Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 107

5.4.4 İş Yaşam Kalitesi ile Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 107

5.4.5 İş Yaşam Kalitesi ile İş Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 108
5.5 Premenstrual Sendrom ile İş Yaşam Kalitesi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi 108

ALTINCI BÖLÜM 110
SONUÇ VE ÖNERİLER 110
6.1 Sonuçlar 110
6.2 Öneriler 111

KAYNAKÇA 113
EKLER 123
ÖZGEÇMİŞ 133

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2. 1: PMS' nin Çeşitlerine Göre Farklı Tanımları 6

Tablo 2. 2: Premenstrual Disforik Bozukluk için Tanı Kriterleri 20

Tablo 3. 1: Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular 42

Tablo 3. 2: Premenstrual Sendrom Ölçeği Normallik Dağılım Analizine İlişkin Bulgular... 43

Tablo 3. 3: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular 44

Tablo 3. 4:İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Normallik Dağılım Analizine İlişkin Bulgular..... 45

Tablo 4. 1: Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214) 47

Tablo 4. 2: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamı Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214).. 48

Tablo 4. 3: Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)..... 48

Tablo 4. 4: Sağlık Çalışanlarının Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)..... 49

Tablo 4. 5: Sağlık Çalışanlarının İş Hayatı Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)..... 50

Tablo 4. 6: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları 51

Tablo 4. 7: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Prevalans Düzeylerinin Dağılımı (n=214)..... 51

Tablo 4. 8: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Dağılıma Göre Karşılaştırması..... 52

Tablo 4. 9: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması..... 53

Tablo 4. 10: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması 55

Tablo 4. 11: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması 56

Tablo 4. 12: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırması 57

Tablo 4. 13: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Karşılaştırılması 58

Tablo 4. 14: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırması 59

Tablo 4. 15: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması 59

Tablo 4. 16: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması 60

Tablo 4. 17: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Karşılaştırılması 61

Tablo 4. 18: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının İlk Adet Yaşı Durumuna Göre Karşılaştırılması 62

Tablo 4. 19: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Düzeni Durumuna Göre Karşılaştırılması 63

Tablo 4. 20: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Süresine Göre Karşılaştırılması 64

Tablo 4. 21: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırılması 65

Tablo 4. 22: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Doğum Sayısına Göre Karşılaştırılması 66

Tablo 4. 23: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması 67

Tablo 4. 24: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken Ağrı Şikayetine Göre Karşılaştırılması 68

Tablo 4. 25: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İşte Devamsızlık Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması 69

Tablo 4. 26: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması 70

Tablo 4. 27: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların Çevredeki Kişiler Tarafından Fark Edilme Durumuna Göre Karşılaştırması 71

Tablo 4. 28: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları 73

Tablo 4. 29: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Dağılıma Göre Karşılaştırması 73

Tablo 4. 30: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması 74

Tablo 4. 31: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması 75

Tablo 4. 32: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması 76

Tablo 4. 33: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırması 77

Tablo 4. 34: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Karşılaştırması 78

Tablo 4. 35: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının BKİ Değerine Göre Karşılaştırması 78

Tablo 4. 36: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması 79

Tablo 4. 37: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması 80

Tablo 4. 38: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Karşılaştırması 80

Tablo 4. 39: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının İlk Adet Yaşı Durumuna Göre Karşılaştırması 81

Tablo 4. 40: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Düzeni Durumuna Göre Karşılaştırması 82

Tablo 4. 41: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Süresine Göre Karşılaştırması 82

Tablo 4. 42: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırması 83

Tablo 4. 43: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Doğum Sayısına Göre Karşılaştırması 84

Tablo 4. 44: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması 85

Tablo 4. 45: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken Ağrı Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırması 85

Tablo 4. 46: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İşte Devamsızlık Yapma Durumuna Göre Karşılaştırması 86

Tablo 4. 47: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması 87

Tablo 4. 48: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların Çevredeki Kişiler Tarafından Fark Edilme Durumuna Göre Karşılaştırması 88

Tablo 4. 49: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Premenstrual Sendrom Düzeylerine Göre Karşılaştırması 89

Tablo 4. 50: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi 90

KISALTMALAR

ACOG : Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği

ACTH : Adrenokortikotropik hormon

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

AWHONN : Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği

BDT : Bilişsel Davranışsal Terapi

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BSO : Bilateral Salpingo Ooferoktomi

COVID-19 : Koronavirüs Hastalığı

DSM : Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

GABA : Gama Aminobütirikasit

GnRH : Gonodotropin Salgılayıcı Hormon

HRT : Hormon Replasman Tedavisi

KOK : Kombine Oral Kontraseptif

LLPDD : Geç Luteal Faz

NIMH : Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü

NSAİİ : Nonsteroid Anti-İnflamatuar İlaçlar

ICD : Uluslararası Hastalık Sınıflaması

PMDB : Premenstrual Disforik Bozukluk

PMS : Premenstrual Sendrom

PMT : Premenstrual Gerginlik Sendromu

PMSÖ : Premenstrual Sendrom Ölçeği

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

SSRI : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

WRQoL : İş Yaşam Kalitesi Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Toplumların sağlık göstergeleri kadın sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Dünyada gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin sağlık istatistik sonuçlarının istenilen seviyede olmaması o ülkelerin kadın sağlığı konusunda iyi olmadığı sonucunu göstermektedir (Beji, 2015). Kadınlar, toplumda geleneksel roller olan anne, eş ve ev sorumluluklarının ötesine geçerek iş dünyasında da aktif bir rol üstlenmekte, böylece iş gücüne önemli bir katkı sağlamakta ve sosyoekonomik hayatın temel direklerinden biri haline gelmektedir (Meşeci, 2017). Yalnızca kadını değil, aynı zamanda ailesini ve içinde bulunduğu toplumu da etkileyen Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve menstruasyondan 7-10 gün önce görülen, menstruasyon ile hemen ortadan kalkan fiziksel, duygusal, kognitif ve davranışlara ait önceden tahmin edilebilen bir dizi yakınmadır. Yoğun iş temposunda çalışan ve rekabetin yüksek olduğu yerde görev alan kadınlar, PMS' den en fazla etkilenen etkilenen gruplar arasında yer almaktadır. Kadınların iş hayatındaki sayısının ve etkilerinin her geçen gün artması göz önüne alındığında, PMS giderek daha önemli bir toplumsal mesele haline gelmektedir. Kadınların iş yaşamının yoğunluğu nedeniyle PMS' nin iş performansı üzerindeki etkileri önemlidir. Çalışmalar, PMS' nin iş performansını olumsuz yönde etkilediğini, işe devamsızlığı artırdığını, üretkenlikte düşüşe neden olduğunu ve iş yaşam kalitesini azalttığını ortaya koymuştur (Kahyaoglu ve Mestogullari, 2016). Ayrıca bu dönemde verimliliğin azalması ülkelerin milli geliri üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta; iş hayatında kadın sayısının giderek artması ekonomik etkilerin daha da büyüyeceğini göstermektedir (Toptan ve Kahraman, 2020). 1956 ve 1969 yıllarında yürütülmüş iki çalışmada, premenstrual sendrom nedeniyle işe devamsızlığın ABD endüstrisinde 5 milyar dolarlık bir kayba yol açtığı öngörülmüştür. Bugün, çalışan kadın sayısının arttığı göz önüne alındığında, bu sayının daha da artması beklenmektedir (Demir, Algül ve Güven, 2006).

Çalışma hayatında sağlık hizmetleri konusu, diğer sektörlere kıyasla daha büyük bir öneme sahiptir. Bunun nedeni, insan hayatı gibi son derece hassas, hata payı olmayan ve geri dönüşü mümkün olmayan bir alanda faaliyet gösterilmesidir. Bu alanda yaşanan yetersizlikler doğrudan insan sağlığını ve yaşamını etkileyebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık kurumlarında çalışanların katkılarıyla mümkündür. Bu kurumlar, kesintisiz hizmet sunan kuruluşlar olup, hizmetin sürekliliğini sağlamak amacıyla vardiya ve nöbet sistemleri uygulanmaktadır. Sağlık çalışanları, nöbet ve vardiyalı sistem gibi zorlu çalışma koşulları altında, zamanlarının çoğunu çalışma ortamlarında geçirir ve kritik sorumluluklar üstlenerek hayatı tehdit edebilecek durumlarla karşılaşmaktadırlar. Ayrıca, hızla gelişen teknolojiye uyum sağlamak ve zamanla yarışmak zorundadırlar. Özellikle salgın hastalıklar, epidemiler ve pandemiler sırasında sağlık çalışanlarının üstlendiği görevler, sağlık insan gücü kaynaklarının önemini ve sağlık çalışanlarının korunmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Türkiye'de 2020 itibarıyla sağlık çalışanlarının nüfusun %1,36'sını oluşturması, bu kişilerin ne kadar kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Erbaş, 2023; Ön, 2021; Deniz, Çimen, Erkoç, Yüksel ve Öksüz, 2018; Kaya ve Alan, 2023). Türkiye'de sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleri birçok sorunla karşı karşıya kalarak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının, iş yaşam kalitesini belirlemek ayrı bir öneme sahip olup bireysel yaşam kalitesi ve iş yaşam kalitelerinin yüksek olması beklenmektedir (Çatak ve Bahçecik, 2015; Memiş vd., 2015). İş yaşam kalitesinin yüksek olması, bireylerin daha mutlu, motive ve istekli bir şekilde çalışmalarını destekleyecek, bu da olası hataların önlenmesine yardımcı olacaktır. Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi, premenstrual sendrom gibi çeşitli faktörlerden etkilenir ve bu durumun detaylı bir şekilde incelenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği özellikle sağlık sektörünün geleceği ve toplum sağlığı üzerinde büyük önem taşır. Tüm bu süreçte bu denli hassas konumda yer alan sağlık profesyonellerinin PMS semptomlarını yaşadıkları dönemde iş yükleri, mesleki olarak gün boyunca ilgilendikleri konular, verimlilik, konsantrasyon vb. durumların çok önemli olduğu bir gerçektir. Bu sebeple, PMS ile başa çıkmak, kadınların yaşam kalitesini, özellikle iş hayatlarını olumlu şekilde iyileştirecektir.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, 18-49 yaş arasındaki doğurganlık çağındaki kadın sağlık çalışanları arasında premenstrual sendrom prevalansı, belirtilerin hangi boyutlarda gerçekleştiği ve iş yaşamını nasıl etkilediği araştırılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının PMS görülme durumları ile iş yaşam kaliteleri ve bu kavramlar arasındaki ilişkinin karşılaştırılması da araştırmanın hedefleri arasındadır.

Her ne kadar sonuçlar tüm ülkeye genellenemese de elde edilen verilerin sağlık çalışanları hakkında genel bir fikir verebilecek ve yeni araştırmaların gerekliliğine işaret edebileceği düşünülmüştür.

1.2 Araştırmanın Önemi

Türkiye ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar, Premenstrüel sendromun kadın hayatında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. PMS, kadın sağlığını, sosyal yaşamını, kişilerarası ilişkilerini ve iş ya da okul devamsızlığını etkileyerek yalnızca kadını değil, ailesini ve çevresindeki bireyleri de olumsuz biçimde etkiler. Bu da genel yaşam kalitesinde bir düşüşe neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarında PMS ve iş yaşam kalitesinin araştırılması hem çalışanların yaşam kalitesini hem de sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye'deki PMS sıklığına ilişkin literatür incelendiğinde, çalışmaların çoğunlukla öğrenci grupları üzerinde yapıldığı ve erişkin yaş grubunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Her ne kadar PMS' nin kadınların yaşam kalitesini azalttığına dair birçok çalışma bulunsa da özellikle sağlık çalışanlarında iş yaşamını nasıl etkilediği konusunda sınırlı bilgiye sahibiz. Ayrıca, Türkiye'de iş yaşam kalitesine ilişkin çalışmaların çoğunlukla hemşirelerden oluşan örneklem grupları üzerinde yapıldığı dikkati çekmektedir. Çalışmamızın bir meslek grubuyla sınırlı kalmayıp, farklı mesleklerden geniş bir popülasyonu kapsaması bu araştırmanın önemli bir avantajıdır. Sonuç olarak, Premenstrüel sendrom yaşayan sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesine olan etkilerini ve bu etkiyi belirleyen değişkenleri ortaya koymaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Sağlık çalışanlarının PMS düzeyi hangi düzeydedir?
2. Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi hangi düzeydedir?
3. Sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerinin premenstrual sendrom üzerine etkileri nelerdir?
4. Sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerinin iş yaşam kalitesi üzerine etkileri nelerdir?
5. Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom düzeyi iş yaşam kalitesi düzeylerini etkiler mi?

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bu kısımda premenstrual sendrom ve iş yaşam kalitesine ait bilgiler ele alınmıştır.

2.1 Premenstrual Sendrom

2.1.1 Premenstrual Sendrom ve Tanımı

Menstrüasyon kadınların yaşam serüveni boyunca menarştan menopoza kadar süren ve her ay tekrar eden fizyolojik bir sağlık göstergesidir. Östrojen ve progesteron hormonlarının üretimindeki azalmaya bağlı olarak gelişen doğal ve periyodik bir uterin kanamasıdır. Menstrual siklus (adet döngüsü), bir adet kanamasının ilk gününden bir sonraki adet kanamasının başladığı güne kadar olan süreyi ifade eder. Her bir adet döngüsünde, overlerde ve buna bağlı olarak tüm kadın üreme organlarında değişiklikler yaşanır (Beji, 2015; Uzunlar ve Karadağ, 2024). Yaşanılan bu değişiklikler üreme çağındaki kadınların %70- 90 'ında çeşitli problemler meydana gelmektedir. Bu problemler arasında en çok dismenore, premenstrüel sorunlar ve anormal uterus kanaması görülmektedir. En sık karşılaşılan problem ise PMS' dir (Abay ve Kaplan, 2019; Başağaç ve Ege, 2021).

Tarihte ilk kez Antik Yunan'da Hipokrat, bazı kadınlarda menstrüasyon başlamadan önceki zamanda "intihar düşünceleri ve şiddetli belirtilerle giden duygudurum bozuklukları" tanımıyla PMS'yi işaret etmiştir. Literatürde ise ilk kez PMS ile alakalı araştırma, Dr. Robert T. Frank tarafından 1931 yılında yapılmıştır. Premenstrual dönemde yaşanan tüm değişikliklerin sosyal ve duygusal yönden zararlarını vurgulayıp, bunların kadının hormonundan kaynaklı olarak ortaya çıktığını vurgulamış ve "adet öncesi gerginlik sendromu" terimini kullanmıştır (Çelik ve Uskun, 2021; Bülez ve Yalvaç, 2021; Ayhan, Altuntaş, Üzümcü & Erbaş, 2021). 1938'de Dr. Leon Israel "premenstrüel gerginlik (PMT-Premenstrual Tension Syndrome)" terimini kullanan ilk jinekolog olmuştur. 1950'lerde Raymond Greene ve Katharina Dalton, 84 hastayı içeren ilk bilimsel araştırmayı yapmış ve "Premenstrual Sendrom" adı ile tanımlamışlardır. Ayrıca 1953'te PMS'yi tedavi etmek için Dr. Katharina Dalton İngiltere'de ilk kliniğini kurmuştur (Çelik ve Uskun, 2021; Eğicioğlu, Coşar, Kundak, Pektaş & Köken 2015; Zietal, 2017).

PMS ilk kez Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tarafından 1983 yılında tanımlanmıştır. PMS' nin şiddetli formunu APA (Amerikan Psikiyatri Birliği, American Psychological Association) 1987'de DSM-III-R'de Geç Luteal Faz Bozukluk (LLPDD), DSM-IV'de Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) olarak adlandırmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases, ICD) aracılığıyla PMS için tanı kriterleri belirlenmiş, onbirinci revizyonuna (ICD-11) PMDB'yi eklemiştir (Çetin ve Erbil, 2020; Gençdoğan, 2006; Çelik ve Uskun, 2021; Süer, 2008; Naeimi, 2015). Reid tarafından 1985 yılında yapılan tanım genel olarak kabul görmüştür. Reid'e göre "PMS; menstrüel siklusun luteal fazında meydana gelen ve ciddi vakalarda kişilerarası sosyal ilişkileri ve normal aktiviteleri bozan fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişikliklerle karakterize bir sorun" olarak tanımlanmıştır. (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). ACOG ise PMS'yi kadınların %90'ında görülen menstrual siklusun luteal fazıyla başlayıp, menstrüasyonla düzelen ve üreme çağında yaygın görülen fiziksel, kognitif, duygusal ve davranışsal semptomlarının varlığı olarak tanımlamıştır (Abay ve Kaplan, 2019; Başağaç ve Ege, 2021). En basit terimiyle "Adet öncesi gerginlik" olarak adlandırılan PMS, semptomlarla kendini gösteren ve öncesinde öngörülebilen bir dizi yakınmadır. Menstruasyonun başlangıcından birkaç gün sonra kendiliğinden azalmaktadır. Puberteden önce, gebelik sırasında ve menopozdan sonraki dönemlerde görülmez (Erbil, Karaca ve Kırış, 2010; Şirin ve Kavlak, 2016; Özkan ve Koç, 2020). Bazı araştırmacılara göre, dünya genelinde en yaygın hastalıklardan biri olarak kabul edilirken, bazılarına göre ise bir hastalık değil, fizyolojik değişikliklerin bir tezahürüdür. Bu ayırımın zor olmasının ana sebebi, bu durumun son derece yaygın olmasıdır (Demir, Algül ve Güven, 2006).

Kadınların yaklaşık %80-95'i, farklı şiddetlerde PMS kaynaklı şikayetler yaşamaktadır. Her üreme çağındaki kadında farklılıklar gösterebilir. Bazılarında aylık normal bir sorun olarak görülürken, bazı kadınlar için ise gün boyu süren oldukça şiddetli bir durum olarak görülebilir (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016; Çelik, Eroğlu, Akbulut & Demirtaş, 2023). Tablo 2.1'de belirtildiği gibi PMS' nin ortaya çıkan semptomlarına göre farklı tanımları yapılmaktadır. PMS, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) tarafından yapılan sınıflandırmaya göre altı farklı türde incelenmektedir (Tablo 2.1) (Karaca ve Beji, 2015).

Tablo 2. 1: PMS' nin Çeşitlerine Göre Farklı Tanımları

TİPİ	TANIMI
PMS	Premenstrual Sendrom belirtilerinin şiddeti menstruasyon döneminin bitmesine yakın rahatlar.
Hafif	Kadının bireysel, profesyonel ve sosyal yaşamı bu durumdan etkilenmez.
Orta	Sosyal, profesyonel ve bireysel açıdan kadının yaşamını zorlaştırsa da kadın etkileşimde bulunarak fonksiyonlarını sürdürmeye devam eder.
Şiddetli	Kadın, bireysel, profesyonel ve sosyal açıdan iletişim kurmakta zorlanır. Bu nedenle tedaviye karşı direnç gösterebilir ve sosyal ve profesyonel aktivitelerden uzak durur.
Premenstrual Alevlenme	Kadında fiziksel, psikopatolojik ve diğer belirtilerin menstruasyon sonunda tamamıyla rahatladığı görülmez.
Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB)	PMS' nin en şiddetli halidir. ABD dışında genel kullanımı yok. ABD dışında kullanılmayan bir araştırma kriteridir. APA tarafından uyarlanan bir tanımdır

Kaynak: Karaca, P. P., Beji, N. K. (2015). Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 178-186.

Bazı araştırmacılar yaklaşık iki yüz semptomdan oluşan bu sendromun, semptomun kendisinden ziyade, ortaya çıkış zamanına göre tanımlandığını öne sürmüşlerdir (Doğan, Doğan, Can & Alaşehirlioğlu, 2012). Buna göre semptomlar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. En yaygın görülen birinci tip, semptomların geç premenstrual dönemde başladığı gruptur. İkinci tip, semptomların ovulasyonun oluşmasıyla beraber başlayıp, bir iki gün içinde kendiliğinden kaybolup düzelen daha sonra premenstrual dönemde yeniden oraya çıktığı gruptur. Üçüncü tip ise semptomların ovulasyonla birlikte başlayıp giderek artarak luteal fazda zirveye ulaştığı gruptur (Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Poyrazoğlu ve Günay, 2023).

2.1.2 Premenstrual Sendrom ve Prevalansı

Premenstrual Sendromun yaygınlığını tespit etmek için günümüze kadar birçok çalışma yapılsa da net veri elde edilememiştir. Bu duruma, epidemiyolojik araştırmaların sınırlı örneklemlerle yapılması, Asya ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmaların yetersizliği ve PMS'yi değerlendirmek için farklı ölçeklerin kullanılması gibi faktörler sebebiyle farklı oranların ortaya çıkması neden olmaktadır (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılı verilerine dayanarak, 199 milyon kadının PMS' den şikayetçi olduğu bildirilmiştir (Ayhan vd., 2021). ACOG, 2015 yılı verilerine göre PMS prevalansını %65.5, PMDB için ise %8.75 olarak belirlemiştir (Topatan ve Kahraman, 2020).

PMS prevalansı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Literatürde Direkvand-Moghadam ve arkadaşlarının farklı ülkelerden 17 makaleyi ele aldığı bir meta-analiz çalışmasında, PMS prevalansı %48 bulunmuştur. PMS prevalansının en düşük olduğu ülke %12 ile Fransa, en yüksek olduğu ülke ise % 98 ile İran olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada, kıtalar arasındaki karşılaştırmada ise PMS prevalansı Afrika'da %85, Güney Amerika'da %60, Asya'da %46 ve Avrupa'da %40 olarak rapor edilmiştir. ACOG tanı kriterleri temel alınarak yapılmış bir araştırmada ise PMS prevalansının Amerika'da %19-30 arasında olduğu bulunmuştur. Çin'de nüfus tabanlı yapılmış bir araştırmada, çalışma grubundaki kadınlarda PMS insidansı %21,1 PMDB prevalansı ise %21,1 olduğu belirlenmiştir. Başka bir araştırmada ise premenstrual sendrom görülme sıklığının en yüksek Türk kadınlarında, en düşük ise Japon kadınlarında olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalar sonucunda farklı prevalansların bulunması; PMS semptomlarının toplumun sosyo-kültürel özelliklerinden, genetik, yaşam tarzı ve beslenme faktörlerinden etkilendiğini göstermektedir (Bülez ve Yalvaç, 2021; Ataman ve Tan, 2021; Çelik ve Uskun, 2021; Uzunlar ve Karadağ, 2024; Poyrazoğlu ve Günay, 2023, Karaküçük, Sönmez ve Kenç, 2022; Karaca ve Beji, 2015).

Türkiye'de PMS prevalansına ilişkin araştırmalara bakıldığında, PMS prevalansının ile %76 arasında geniş bir aralıkta değişiklik gösterdiği görülmüştür (Öztürk ve Karaca, 2019). Türkiye'de 1999 yılında yürütülmüş ilk çalışmalardan biri olan Müderrisoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında, 18 ile 25 yaş aralığındaki 230 kız öğrencide PMS prevalansı %36, PMDB prevalansı ise %8 olarak tespit edilmiştir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Dicle Üniversitesi'ndeki sağlık çalışanları üzerine yapılan bir araştırmada PMS prevelansı %20,1, Artvin'de öğrenciler üzerine yapılmış araştırmada %36.4, Isparta ilinde yaşayan 15-49 yaş arasındaki 388 kadın üzerinde yapılan çalışmada %47,3, İzmir'de yürütülmüş bir çalışmada ise PMS sıklığı %30, PMDB sıklığı %10,9 olduğu bulunmuştur (Demir, Algül ve Güven, 2006; Çelik ve Uskun, 2022; Özeren, Atila ve Helvacı, 2013; Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016).

Çeşitli çalışmalarda farklı sonuçların çıkmasının nedeni bölgesel farklılıklar, çalışma yöntemlerindeki farklılıklar ve araştırmaya dahil edilme kriterlerindeki farklılıklar olduğu düşünülmektedir (Poyrazoğlu ve Günay, 2023).

2.1.3 Premenstrual Sendrom ve Etiyolojisi

PMS tek bir hastalık olarak değil, bir dizi problem kümesi olarak kabul edilmektedir. Patofizyolojisi genetik, kültürel, fizyolojik, özellikle beyin fizyolojisi gibi birçok faktörü içeren çeşitli mekanizmalardan görevli çok kompleks yapıdadır. PMS' nin etiyolojisi multifaktöriyel olup mental, nörolojik ve endokrin sistemlerin hepsinin rolü vardır. Etiyolojisi tam olarak açıklanamamış fakat karmaşık patogenezi için çeşitli teoriler öne sürülmüştür (Çelik ve Uskun, 2021; Öztürk ve Karaca, 2019; Ayhan vd., 2021). Nedenine ilişkin bu teoriler östrojen/progesteron dengesizlikleri, sıvı retansiyonu, tam kan serotonin düzeylerinin azalması, vitamin ve mineral eksikliği, hipoglisemi, prostaglandinler, renin-anjiotensin aldosteron dengesizlikleri, endorfin faktörler, genetik yatkınlık ve psikososyal faktörler gibi hipotezler sayılmaktadır (Elnagar ve Awed, 2015; Doğan vd., 2012; Taşkın, 2020).

Günümüzde PMS' nin etiyolojisinde overial hormon düzeyleri, serotonin düzeyi ve Gama-Aminobütirik Asit (GABA) nörotransmiterleri ile ilişkili teoriler üzerinde durulmaktadır (Abay ve Kaplan, 2019; Karaca ve Beji, 2015; Özkan, 2019; Çelik ve Uskun, 2021). Etiyolojinin ovaryan siklus etrafında şekillendiği kabul edilmektedir. Bu teori, PMS' nin puberte öncesi, hamilelik dönemi ve menopoz sonrası görülmemesinin ovaryan siklus aktivitesinin önemli bir rol oynadığı görüşünü desteklemektedir (Öztürk ve Karaca, 2019).

Ayrıca fizyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığını savunan görüşte, cerrahi menopoz sonrası belirtilerin sona ermesi ve semptomların menstrual siklusla ilgili hormonal değişimlere paralel olarak devam etmesi bu görüşü destekleyen en önemli kanıtlar arasındadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Progesteron eksikliğine dair teorileri inceleyen bir çalışmada, iki adet döngüsü boyunca günlük hormon ölçümleri izlenen 18 kadın takip edilmiş ve en şiddetli semptomların serum östrojen ve progesteron seviyelerinin en yüksek olduğu dönemlerde görüldüğü tespit edilmiştir (Şirin ve Kavlak, 2016).

Gama-Aminobütirik Asit (GABA) nörotransmiterlerinin incelendiği ve Manyetik Rezonans kullanarak yürütülen bir araştırmada, sağlıklı kadınlarda oksipital kortekste Gama-Aminobütirik Asit düzeylerinin menstrüel siklus boyunca azaldığı, ancak PMDB' li kadınlarda foliküler fazda bu düzeylerin arttığı bulunmuştur (Doğan vd., 2012).

PMS etiyolojisinde hormonlar dışında vitamin eksiklikleri (E vitamini, çinko, magnezyum ve özellikle pridoksin) gibi faktörlerin de rol oynadığı düşünülmektedir (Yazıcı, 2015).

2.1.4 Premenstrual Sendrom ve Risk Faktörleri

Kadınları fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal açıdan etkileyen PMS sorunlarını gidermede; kültürü, menstrüasyona ilişkin bilgileri, hormonal dengesizlikleri, stresi ve diğer sosyal, bireysel, genetik ve psikolojik faktörleri ortaya çıkarmak oldukça önemlidir (Yeşilçınar ve Yanık, 2023; Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017).

2.1.4.1 Sosyodemografik Faktörler

Çalışmalarda yaş, çocuk sayısı, çalışma durumu, medeni durum, yaşanılan yer ve etnik köken gibi birçok durum PMS için risk faktörü olarak görülmüştür.

PMS bütün yaş grubunu etkileyip otuzlu yaşlarda daha fazla görüldüğü belirtilse de son yıllarda yapılan çalışmalar pubertede menarştan sonraki birkaç yıl içinde daha fazla görüldüğü ileri sürülmüştür (Gençdoğan, 2006; Şirin ve Kavlak, 2016).

PMS her yaşta görülmekle birlikte; yaş ilerledikçe semptomlar artmakta fakat over faaliyetlerinin azalmaya başladığı menopoz dönemine yaklaştıkça semptomların şiddeti azalmaktadır (Bulut ve Kartal, 2022). Genel yargı PMS belirtilerinin menarştan sonra başlayıp, yaş ilerledikçe arttığı ve menopoza yaklaşıldıkça azaldığı yönündedir (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017). Tayvan'da yapılan bir araştırmada PMS prevalansının yaşa göre değişiklik gösterdiği ve 30 yaş ve altı kadınlarda %70.8, 30 yaş üstü kadınlarda ise %29.2 olduğu bulunmuştur (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, PMS olgularının %44'ünün 24-28 yaş grubunda yer aldığı, yalnızca %4'ünün ise 39 yaş ve üzeri grupta bulunduğu belirtilmiştir (Demir, Algül ve Güven, 2006). Johnson ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği vaka kontrol çalışmasında, PMS tanısı konan vaka grubunun yaş olarak daha genç olduğu tespit edilmiştir (Bertone-Johnson vd, 2010).

PMS ve medeni durum ele alındığında yapılan çalışmalarda, farklı sonuçlar elde edilmiştir. Birçok çalışmada evlilik durumu ile PMS arasındaki ilişki açısından anlamlı bir sonuç bulunmazken, bekarlarda PMS' nin daha yaygın görüldüğünü belirten bazı araştırmalar da mevcuttur (Çelik ve Uskun, 2021). Hastane çalışanları ile yapılmış bir çalışmada evlilerle karşılaştırıldığında bekar ve boşanmışlarda PMS daha sık bulunmuştur (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

Eğitim seviyesi ve çalışma durumu da PMS sıklığını etkileyen faktörlerdendir. Yoğun çalışma hayatına sahip ve rekabetçi ortamlarda çalışan kadınlar, PMS/PMDB'den en çok etkilenen grubu oluşturmaktadır (Meşeci, 2017). Kayseri il merkezinde 1019 kadın ile yapılmış araştırmada PMS' nin medeni durumuna göre değişmediği, ancak çalışan kadınlarda daha yüksek oranda görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Afyon'da yapılan başka bir çalışmada ise, eğitim düzeyi düşük olan, öğrenim gören veya çalışan kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli olduğu ve yaşam kalitesinin önemli ölçüde olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir (Eğicioğlu vd., 2015). Bursa'da yapılan bir araştırmada, PMS sıklığının eğitim seviyesine göre anlamlı bir fark gösterdiği ve PMS' nin en yüksek oranda okur-yazar olmayan bireylerde, en düşük oranda ise üniversite ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlarda görüldüğü tespit edilmiştir (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020).

Bu sonuçların aksine PMS' nin öğrenim ve çalışma durumuyla ilişkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. İzmir'de ki çalışmada eğitim durumu ve meslekler açısından yapılan karşılaştırmalarda PMDB olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

Gelir düzeyi de PMS için risk faktörü olarak sayılmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda PMS semptomlarının oldukça şiddetli bir şekilde ortaya çıktığı ve yaşam kalitelerinin daha olumsuz yönde etkilendiği gözlemlenmiştir (Eğicioğlu vd., 2015). Isparta' da yapılan çalışmada maddi durumu zayıf olan kadınlarda PMSÖ puanlarının yükseldiği ve semptomları daha yoğun yaşadığı bildirilmiştir (Çelik ve Uskun, 2022). Ayrıca yüksek gelir düzeyine sahip olmanın yaşam standartları ve sağlık algıları üzerinde olumlu etki yarattığı düşünülmektedir (Ataman ve Tan, 2021).

2.1.4.2 Psikolojik Faktörler

PMDB fizyolojik nedenli olmasının yanı sıra temel belirtileri psikolojiktir ve psikolojik faktörler de seyrinde etkilidir. Depresyonun yanı sıra, stres, anksiyete ve yaşam öyküsündeki travmatik olaylar da premenstrüel sendrom için risk faktörleri arasında yer almaktadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Çalışmalar, yüksek stres algısının ve artan stres düzeylerinin PMS için risk faktörleri olduğunu tespit etmiştir (Işgın ve Büyüktuncer, 2017). Yapılan bir araştırma, kendini stresli hisseden bireylerde PMS riskinin 3,62 kat arttığını göstermiştir (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Ankara'da yürütülmüş bir çalışmada ise PMS' li kadınların yarısından fazlasında anksiyete veya duygudurum bozuklukları öyküsü olduğu ve PMS hastalarında depresyon oranının sağlıklı kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Özcan ve Subaşı, 2013).

Olumsuz çocukluk deneyimleri gençlerin ruh sağlığı ve dayanıklılığında önemli bir rol oynamaktadır. Çocukluk döneminde olumsuz deneyimlere maruz kalan kadınlarda hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksında düzensizlik ortaya çıkabilir; bu travmatik durumlar ve duygusal düzensizlik durumu menstruasyon öncesi semptomlarda duyarlılığın artmasına neden olabilir. En çok depresif düşünceleri, yorgunluğu, depresif duyguyu ve kaygıyı arttırmaktadır. Bu nedenle genç kadınlar için PMS' nin üstesinden gelmek zorlaşabilir.

Uzun süreli çeşitli psikolojik, kognitif ve fiziksel hastalıkların oluşabileceği bilindiğinden, yaşanan bu olumsuz deneyimler PMS için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Ayrıca, kadınların yaşadığı travmatik olayların premenstrüel semptomların ortaya çıkma olasılığını dört kat artırabileceği, çeşitli çalışmalarla desteklenmiştir (Işgın ve Büyüktuncer, 2017).

Bir devlet üniversitesinde 18-25 yaş arası 754 genç kızla yürütülmüş çalışmada olumsuz çağı deneyimlerinin PMS semptomlarını etkilediği ve semptomlarının da arttığı söylenebilir (Özşahin, Ünver ve Saltur, 2022). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'ndeki 275 öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada çocukluk çağı olumsuz yaşantılar arttıkça menarş yaşının düştüğü, menstrual kanama süresinin uzadığı ve premenstrual sendrom yaşama durumunun arttığı belirlenmiştir.

Aynı araştırma sonuçlarına göre; aile yapısındaki değişiklikler, stresli ev koşulları ve çocuk istismarı başta olmak üzere pek çok çocukluk dönemdeki olumsuz deneyimler menarş yaşı için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmiş; menarş yaşı 11 ve altında olanlarda daha fazla çocukluk döneminde olumsuz deneyimlere maruz kaldığı görülmüştür (Töre ve Nacar, 2023).

Psikososyal faktörler arasında olumsuz ruh hali ve bazı kişilik özellikleri de PMS semptomlarına karşı yoğun tepkilere neden olabilir. Uzunoğlu ve Aktan (2019) tarafından 156 kız lise öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilmiş çalışmada olumsuz ruh halinin PMS' ye neden olabileceği bildirilirken, öğrencilerin premenstrüel sendrom düzeyi arttıkça, depresyon ve öfke düzeyi anlamlı olarak artmakta olduğu ve yaşam kalitesinin düşmekte olduğu bulunmuştur. İstanbul'da yürütülmüş bir araştırmada "duygusal dengesiz (nörotik) olma" ve "tutarsız olma" kişilik özelliği arttıkça premenstrual şikâyetlerin de artış olduğu, "dışa/içe dönük kişilik" özelliğine sahip olmanın ise premenstrual şikâyetleri etkilemediği saptanmıştır (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017). Başka bir çalışmada ise saldırgan ve agresif kişilik özelliklerine sahip bireylerde PMS daha sık görülmekle birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006).

Kişinin menstrüasyona karşı psikolojik yaklaşımı da PMS üzerinde etkili olabilmektedir. Türkiye'de yapılmış bir çalışmada; menstrüasyonu rahatsız edici bir durum olarak algılayan bireylerde PMS görülme sıklığının, süreci doğal ve fizyolojik bir durum olarak kabul edenlere göre 2,3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca, menstrüasyonu hayatlarını etkileyen önemli bir sorun olarak görenlerde bu durumu önemsiz olarak değerlendirenlere kıyasla PMS görülme olasılığının 3,02 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020).

Başka benzer bir araştırmada da adet görmeyi hoş karşılamayan veya bu durumdan nefret eden kadınlarda PMS, adet görmeyi doğal bir süreç olarak kabul edenlere göre daha sık rastlanmıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006). Ayrıca kadınların içinde bulundukları toplumda geleneksel cinsiyet rollerini benimseyen, ataerkil değerlere göre davranışların olması ve kadına yönelik şiddetin varlığı, kadının kendi gereksinimlerini baskılamasına veya karşılayamamasına sebep olarak PMS yaşama olasılığını arttırmaktadır (Özkan ve Gülten, 2020).

Tüm risk faktörlerine ek olarak dünya genelinde etkili olan COVİD-19 pandemisi süresince yaşanılan kaygı ve stres kadınların yaşadığı premenstrual dönemi etkilemiştir. Alkol-sigara kullanımı, çay-kahve tüketimi alışkanlıkları, şekerli ve sağlıksız gıdalara yönelimin artması, sosyalleşememe gibi faktörler ile kadınların stres seviyelerinin erkeklere göre daha fazla artması, PMS sıklığını ve semptomların şiddetini artırmıştır (Bulut ve Kartal, 2022).

Pandemi sürecinden en çok etkilenen sektör sağlık sistemi olmuştur. Bu dönemde etkiyi en yoğun hisseden grup ise kadın sağlık çalışanlarıdır. COVID-19 salgını normalleşme sürecinde 426 hemşire ve ebe ile gerçekleştirilen ve salgının üreme sistemine etkisinin incelendiği bir çalışmada %39,4' ünün daha sık PMS yaşadıkları, %29,3'ünün ise PMS sıklığında herhangi bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Daha sık PMS yaşadığını ifade eden 168 kadının hem semptom sayısında hem de şiddetinde bir artış olduğu, çoğunluğunda; depresif duygudurum, sinirlik hali ve iştah değişiklerinin daha yoğun yaşandığı rapor edilmiştir (Özkan ve Hiçerimez, 2023).

2.1.4.3 Yaşam Biçimi Faktörleri

Kişinin yaşam tarzı, premenstrüel sendrom riskini etkileyebilen önemli faktörlerden biridir. Alkol ve sigara kullanımı, kafein tüketimi, beslenme alışkanlıkları, uyku düzeni ve fiziksel aktivite bu faktörler arasında yer almaktadır.

Düşük D vitamini düzeylerine ve östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin düzeyleri üzerindeki etkilere neden olan sigara kullanımı, PMS' ye neden olduğu ve PMS semptomlarını kötüleştirdiği için literatürde sigara kullananlarda PMS' nin daha sık oranda görüldüğüne dair bulgular yer almaktadır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Bir

kohort çalışmasında, sigara tüketimi ile PMS arasındaki ilişki incelenmiş ve sigara kullananlarda PMS görülme oranının iki kat daha fazla olduğu, sigaraya 15 yaşında veya daha önce başlayanlarda bu oranın üç katına çıktığı belirlenmiştir (Çelik ve Uskun, 2021). Başka bir araştırmada, PMS'li öğrencilerin sigara kullanım oranının, PMS yaşamayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu ve sigara tüketiminin PMS riskini artırdığı tespit edilmiştir (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Ayrıca başka bir çalışmada tüketilen sigara miktarı ve PMS arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. PMS'li kadınların, PMS yaşamayanlara göre günlük daha fazla sigara içtikleri ve sigara tüketim miktarı arttıkça PMS görülme sıklığının da arttığı ortaya konulmuştur (Aba, Ataman, Dişsiz & Sevimli, 2018; Demir, Algül ve Güven, 2006).

Alkol kullanımı, menstrual siklus sırasında seks steroid hormonları, gonadotropin düzeylerini, serotonin ve GABA aktivitesini değiştirerek PMS semptomlarını artırarak risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (Uzunlar ve Karadağ, 2024).

Alkol kullanımının PMS üzerine etkisi incelediğinde alkol kullananlarda PMS' nin alkol kullanmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017).

Kafein uyarıcı olduğundan gerginliği, sinirliliği ve duygusal değişkenliği arttırır. Bu sebeple kafein tüketimi ile PMS' nin şiddeti arasında bir bağlantı olduğu yapılan son çalışmalarda ispatlanmıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006). Kafein alımı çoğunlukla çay ve kahve tüketimiyle sağlanmaktadır. Bir çalışmada, günde 2 fincan kahve tüketen bireylerin PMS ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Işık, Ergöl, Aynıoğlu, Şahbaz, Uzun & Kuzu, 2016). Öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada da benzer sonuç elde edilmiş; günde 2 fincan ve üzeri kahve tüketenlerde PMS anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Pinar, Colak ve Oksuz, 2011).

Beslenme alışkanlıkları, PMS üzerinde etkili olan diğer önemli faktörlerden biridir. Türkiye'deki bir devlet üniversitesinde öğrenim gören toplam 608 gönüllü kız öğrenci ile yapılan çalışmada vurgulanan önemli nokta fastfood alımı, düzensiz kahvaltı gibi beslenme alışkanlıklarının PMS riskini önemli ölçüde artırdığıdır (Işık vd., 2016). Balıkesir Üniversitesi öğrencileri ile yapılan çalışmada PMS prevalansının sebze ve meyve tüketenlerin yanı sıra en sık fastfood gıda tüketenlerin 2,96 kat daha yüksek prevalansta olduğu bulunmuştur (Selçuk, Avcı ve Alpyılmaz, 2014). İzmir Tepecik'te gerçekleştirilen bir araştırmada, fazla tuz ve karbonhidrat tüketenler ile aşırı yeme

alışkanlıkları olan bireylerde, PMS semptomlarının daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013). Beslenme alışkanlıklarındaki farklılıkları inceleyen bir başka araştırmada, PMS' li ve PMS' siz öğrenciler arasında olası risk faktörleri açısından yapılan karşılaştırmada, PMS yaşayan öğrencilerin günlük bir bardak ve daha fazla kola tüketiminin, PMS yaşamayan öğrencilere kıyasla anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016).

PMS'yi etkileyen fizyolojik olaylardan beden kitle indeksi (BKİ) 'nin yüksek olması diğer risk faktörleri arasındadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Bir araştırmada, BKİ her 1 kg/m² arttığında, PMS riskinde %3 oranında önemli bir artış olduğu tespit edilmiştir (Bertone-Johnson vd., 2010). Bianco ve arkadaşları BKİ arttıkça abdominal kramplar, sırt ağrısı, kol ve bacaklarda şişliklerin arttığı aynı zamanda PMS semptomlarının sıklığı ve şiddetinin de arttığı sonucuna varmışlardır (Bülez ve Yalvaç, 2021).

Düzenli egzersizin luteal fazda endorfin salınımını arttırarak psikolojik yönden olumlu etkisi olduğu bununla birlikte fiziksel inaktivitenin, kadınlarda PMS semptomlarını daha şiddetli yaşamasına neden olduğu çalışmalar ile gösterilmiştir. Türkiye'de 18-35 yaş arası 250 kişi ile yapılan çalışmada, fiziksel aktiviteye dair bilgi seviyesi ve bu aktivitenin duygular üzerindeki etkilerine dair farkındalıkları düşük olan kadınların, PMS semptomlarını daha yoğun yaşadıkları gözlemlenmiştir (Çelik vd., 2023).

Sanayileşmiş ülkelerde yaygın bir sorun olan uyku bozuklukları, PMS' li kadınlarda en sık bildirilen semptomlardır. Literatürde uyku bozukluğunun prevalansının %20-30 arasında olduğu ve düzensiz uyku ile zayıf uyku kalitesinin PMS üzerinde etkili olabileceği belirtilmiştir. Doğurganlık çağındaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, uyku düzensizliği ile PMS arasındaki ilişkinin karşılıklı olarak birbirini tetiklediği ve düzensiz uyumanın yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir. (Çelik ve Uskun, 2022). Genç kadınlarda PMS' nin yorgunluk şiddeti ve uyku kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir başka araştırmada, PMS' nin uyku ile doğrudan ilişkili olmadığı ancak yorgunluk ile ilişkilendirildiği ve kullanılan yaşam kalitesi ölçeğindeki bedensel ağrı, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve mental sağlık alt boyut puanlarını anlamlı derecede düşürdüğü görülmüştür (Saka ve Okuyucu, 2020).

2.1.4.4 Genetik ve Hormonal Faktörler

PMS'yi etkileyen faktörler arasında önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır. Birçok araştırmada, aile öyküsü olan kadınlarda PMS açısından güçlü bir ilişki olduğu; PMS prevalansının daha yüksek görüldüğü ve semptomlar arasında belirgin benzerliklerin bulunduğu ifade edilmiştir (Poyrazoğlu ve Günay, 2023; Ataman ve Tan, 2021). İzmir'de hastane çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada ailesinde PMS öyküsü olanlarda PMDB sıklığının arttığı, İstanbul' da öğrenciler üzerine yapılmış çalışmada da anne ve/veya kız kardeşinde premenstrüel şikâyet bulunan öğrencilerin, bu şikâyetlerin olmadığını belirten öğrencilere kıyasla daha fazla premenstrüel şikâyet yaşadığı saptanmıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013; Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017). Öğrenciler arasında yapılan başka bir araştırmada ise, annelerinde premenstrüel gerginlik şikâyeti bulunanların PMS riskinin 1,68 kat arttığı bulunmuştur (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016).

Başka bir araştırmada ise annelerde kaygı, yorgunluk, sinirlilik gibi belirtiler görüldüğünde, kızların %69,8'inde benzer belirtilerin olduğu, asemptomatik annelerin kızlarında ise %62,5 oranında hiçbir belirti görülmediği tespit edilmiştir (Zendehdel ve Elyasi, 2018). Bu araştırma sonucuna benzer olarak bir kız öğrenci yurdunda yapılan araştırmada, %67'sinin anne ve kız kardeşlerinde de aynı sorunların görüldüğü saptanmıştır (Toptan ve Kahraman, 2020). Ayrıca, PMS' nin tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla daha sık ortaya çıkması ve genç kızlar ile annelerinin semptomlarının birbirine yakın olması, genetik faktörlerin PMS üzerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Çelik ve Uskun, 2021; Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

Dismenore ve adet düzenindeki değişiklikler, en yaygın jinekolojik şikayetler arasında yer almakta olup, literatürde PMS'yi etkileyen risk faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Bulut ve Kartal, 2022; Çelik ve Uskun, 2022). Literatürdeki bulgular premenstrüel ve menstrüel ağrı ile PMS şiddeti arasında güçlü bir ilişki olduğunu; dismenore şikayeti olanlarda PMS sıklığının daha yüksek olduğunu işaret etmektedir (Pinar, Colak ve Oksuz, 2011; Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017; Özeren, Atila ve Helvacı, 2013; Poyrazoğlu ve Günay, 2023; Çelik ve Uskun, 2022; Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016).

Bir devlet hastanesinde, 15- 49 yaş arasındaki 597 kadın ile yapılan bir araştırmada, menstrual dönemde dismenore şikâyeti yaşayan kadınların, bu şikayetleri yaşamayanlara kıyasla PMS semptomlarını 2,85 kat daha fazla deneyimledikleri tespit edilmiştir (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Erbil ve arkadaşları (2010) üniversite öğrencisi kadınlar arasında menstrüel ve premenstrüel ağrının, PMS' ye yatkınlık kazandıran bir faktör olduğunu ve dismonere şikâyeti bulunan genç kadınların %52,1'inin aynı zamanda PMS yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca yapılmış çalışmalarda adet düzensizliği yaşayan kadınlarda PMS belirtilerinin daha şiddetli seyrettiği ve bu durumun yaşam kalitesini çok ciddi şekilde etkilediği gözlemlenmiştir (Eğicioğlu vd., 2015).

2.1.5 Premenstrual Sendrom ve Belirti Bulguları

Kadınlarda yaygın olarak görülen ve sosyal ilişkileri ile günlük aktiviteleri olumsuz şekilde etkileyebilecek düzeyde davranışsal değişikliklere yol açan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Semptomlar kişiden kişiye değişmektedir (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017; Çelik ve Uskun, 2021). Menstrüel dönemdeki yakınmalar vücut sisteminin tamamında pek çok semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatür premenstrual sendromda görülen şikayetleri, çok hafiften günlük aktiviteleri kısıtlayacak ve medikal tedavi gerektirecek düzeyde şiddetli olarak, 150'den fazla semptom olarak sıralamaktadır. Semptomların çeşitliliği nedeniyle, belirtiler genellikle üç ana grupta sınıflandırılmaktadır: fiziksel, psikolojik ve davranışsal (Şirin ve Kavlak, 2016).

Davranışsal belirtiler: Letarji, uykusuzluk veya aşırı uyuma, cinsel istekte değişim, özellikle bazı yiyeceklere karşı iştahta artma veya azalma, insan ilişkilerinde bozulma, çalışma performansında değişme

Psikolojik belirtiler: Anksiyete, kızgınlık/öfke, gerginlik, depresyon ruh hali, ağlama, konsantrasyon güçlüğü, aşırı yorgunluk, unutkanlık, yalnızlık hissi, özsaygı kaybı, şiddete eğilim

Fiziksel belirtiler: Bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, baş ağrıları, memelerde şişlik ve hassasiyet, sırt ve bel ağrıları, migren, karın bölgesinde ağrı ve şişkinlik hissi, kilo artışı, vücutta şişlik ve ödem, kas ve eklem ağrıları, akne, herpes (Coşkun, 2016; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Uzunoğlu ve Aktan, 2019; Taşkın, 2020).

Dünyada ve Türkiye'de yapılan araştırmalara göre üreme çağındaki kadınların %70-90'ının bu yakınmaları yaşadığı, %40-91,5'nin en az bir PMS semptomu gösterdiği, %20-40'ının bu semptomların yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilediği, %5-10'unda ise yakınmaların okul, iş ve aile yaşamını etkileyip ruh sağlığını, üretkenliğini etkileyecek ve tıbbi yardım gerektirecek kadar çok ağır formda oldukları kabul edilmektedir (Daşıkan ve Saruhan, 2014; Ataman ve Tan, 2021; Aba vd., 2018). Avustralya'daki göçmenler üzerinde yapılan bir araştırmada, Yunan ve Avustralyalı kadınların yüzde 80'inde, Vietnamlı kadınların ise yüzde 42'sinde premenstrual belirtiler gözlemlenmiştir (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

1981 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve 5000'den fazla kadını kapsayan araştırmada, 14 farklı kültürel grupta tüm kadınların %55-70'inde fiziksel rahatsızlıklar ve %23-70'inde olumsuz duygusal değişiklikler tespit edilmiştir (Demir, Algül ve Güven, 2006). Ülkemizde yapılan araştırmalar, bu verileri doğrular niteliktedir ve PMS semptomlarının bireyler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Türkiye'de üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen araştırmada, premenstrual dönemde en yaygın yaşanan belirtilerin sırasıyla iştah değişiklikleri, sinirlilik, şişkinlik, ağrı, yorgunluk ve depresif ruh hali olduğu bulunmuştur (Selçuk, Avcı ve Alpyılmaz, 2014). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapan kadınlar arasında bel ağrısı, gerginlik ve huzursuzluk, sinirlilik ve öfke, karın şişkinliği ve memelerde hassasiyet en sık görülen semptomların başında gelmektedir (Demir, Algül ve Güven, 2006). Uşak'ta öğrenciler ile yapılan çalışmada, premenstrual dönemde en sık karşılaşılan belirtilerin sırasıyla yorgunluk, depresif ruh hali, iştah değişiklikleri, sinirlilik, şişkinlik, anksiyete, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişiklikleri olduğu belirlenmiştir (Aba vd., 2018). Kayseri'de yapılan bir çalışmada yorgunluk hissi, sinirlilik, can sıkıntısı, tatlı ve unlu gıdalara olan ilgi artışı ile şişkinlik hissi ilk sırada yer almıştır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Özeren ve arkadaşlarının (2013) 350 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, PMS' si olmayan bireylerde en yaygın olarak fiziksel belirtiler görülürken, PMS/PMDB yaşayanlarda ise en sık karşılaşılan belirti olarak kızgınlık ve asabiyet tespit edilmiştir.

2.1.6 Premenstrual Sendrom ve Tanı

PMS birinci basamak sağlık kurumlarında çok sık görülen ancak tanısı çok az konulan bir psikonöroendokrin bir hastalıktır (Doğan vd., 2012). Premenstrüel sendroma özgü yıllardır yapılan araştırmalara ve bilgilere rağmen semptomların çeşitliliği ve farklı düzeylerde ortaya çıkması, her kadının PMS ile ilgili deneyiminin farklı olması ayrıca dünya üzerinde kabul görmüş genel tanı kriterlerinin eksikliği PMS 'nin tanı ve tedavi planını zorlaştırmaktadır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023).

PMS tanısı için AWHONN (Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği), ACOG ve APA tarafından bazı ölçütler yayınlanmıştır. AWHONN' a göre; semptomlar en az üç adet döngüsü boyunca görülmeli ve tıbbi, psikolojik, sosyokültürel ve yaşam tarzı gibi faktörleri de göz önünde bulundurulmalıdır. APA' ya göre PMDB tanısı, semptomların menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkıp, foliküler fazın başlamasıyla kaybolması durumunda konur. ACOG' a göre ise PMS ile ilişkili en az bir duygusal ve bir somatik semptom yaşamalı ve semptomlar sadece menstrual siklusun luteal fazında ve en az üç adet döngüsü içinde görülmeli, adet başladıktan sonra 4 gün içinde sona ermeli ayrıca kadının sosyal, akademik veya iş performansını olumsuz etkilemelidir. PMS tanısında en yaygın olarak ACOG kriterleri kullanılmaktadır (Karaca ve Beji, 2015; ACOG, 2023). ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH), PMS tanısını koyarken, semptomların en az %30'unun varlığını, belirtilerin menstrüasyondan altı gün önce başlamasını ve menstrüasyondan sonra sona ermesini, ayrıca en az iki adet döngüsünde tekrarlanmasını göz önünde bulundurur (Şirin ve Kavlak, 2016). Amerikan Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün belirlediği tanı kriterlerinin, ACOG tarafından da kullanılması önerilmektedir (Çelik ve Uskun, 2021). ACOG tanı kriterlerine göre duygusal belirtiler; depresyon, öfke patlamaları, anksiyete, irritabilite, konfüzyon ve sosyal geri çekilme yer alırken, somatik belirtiler arasında meme hassasiyeti, karın şişkinliği, baş ağrısı ve ekstremitelerde ödem yer almaktadır. Bu belirtiler, adetin başlamasından dört gün içinde hafiflemesi ve adet dönemiyle birlikte 13. güne kadar tekrarlamadan kaybolması gerekir. Semptomların, herhangi bir ilaç tedavisi, hormon alımı ya da alkol kullanımı olmadan var olması gerekmektedir. Ayrıca, bu semptomların iki ardışık adet döngüsünde tekrar etmesi ve kadının sosyal, akademik ya da iş performansında belirgin bir işlev kaybı yaşaması gerektiği vurgulanmaktadır (Çelik ve Uskun, 2021).

Premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) veya Geç Luteal Faz Bozukluğu çok şiddetli PMS semptomlarını içeren ve işlevselliği etkileyen daha yaygın depresif bir bozukluktur. PMS ile PMDB arasındaki farklar genellikle net olmayabilir, ancak APA, PMDB' nin PMS' ye göre daha şiddetli bir form olduğunu ve bu nedenle ayrı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). APA' nın yayımladığı DSM kitaplarında, PMDB, DSM-V içinde "Depresyon Bozuklukları" kategorisine dahil edilmiş ve "Premenstrual Disforik Bozukluk" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım, PMDB' nin PMS' ye kıyasla daha ağır semptomlarla kendini gösterdiğini ve klinik anlamda ayrı bir bozukluk olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Tablo 2.2'de belirtildiği gibi APA' ya göre PMDB tanısı için DSM-V 'teki duygusal ve somatik belirtilere ilave olarak beş veya beşten fazla belirtinin bulunması gerekmektedir. Semptomlar sinirlilik, duygu durum değişiklikleri, depresif ruh hali veya anksiyete şeklinde kendini göstermelidir. Ayrıca, semptomların menstrüel siklusun luteal fazında başlaması ve foliküler fazın başlangıcıyla birlikte kaybolması, evde, işte ve sosyal ilişkilerde sorun oluşturacak kadar ciddi olması ve semptomların başka bir sağlık sorunu veya hastalıktan kaynaklanmadığı da doğrulanmalıdır (Tablo 2.2) (Bulut ve Kartal. 2022; Süer, 2008; Bülez ve Yalvaç, 2021).

Tablo 2. 2: Premenstrual Disforik Bozukluk için Tanı Kriterleri

A. Semptomlar, menstrual siklusun luteal fazının son haftasında ortaya çıkmalı ve menstruasyon başladığında azalma göstermeli veya tamamen kaybolmalıdır.
B. Tanıyı koyabilmek için aşağıdaki semptomlardan en az beşinin mevcut olması gerekir ve bu semptomlardan birinin, mutlaka ilk dördünden biri olmalıdır.
1. Yoğun depresif ruh hali, umutsuzluk duygusu,
2. Yoğun anksiyete veya gerilim hissi,
3. Belirgin duygusal değişkenlik (örneğin; aniden değişen ruh hali, üzgün veya ağlamaklı olma durumu),
4. Aşırı öfke veya sinirlilik ya da artan kişiler arası çatışmalar,
5. Günlük rutin aktivitelere (okul, iş, arkadaşlar, hobiler) karşı azalan ilgi,
6. Belirgin enerji eksikliği veya kolay yorulma
7. Konsantrasyon güçlüğü yaşama hissi,
8. İştah değişiklikleri, normalden daha fazla belirli yiyeceklere yönelme ya da aşırı yeme hissi,
9. Aşırı uyku isteği veya uykusuzluk problemi,
10. Kendine zarar verme ya da kontrolsüz hissetme durumu,
11. Memelerde hassasiyet veya şişlik, baş ağrısı, kas ya da eklem ağrıları, kilo artışı gibi fiziksel belirtiler,
C. Belirtiler iş, okul, günlük yaşam ve ikili ilişkileri olumsuz etkiler,
D. Belirtiler başka bir psikolojik bozukluğun alevlenmesi ile ilişkili değildir. Böylelikle ayırıcı nedenlerin elenmesi ile PMS tanısı konur.

Kaynak: Öztürk, S., Karaca, A. (2019). Premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(2), 105-110.

Bazı organik veya psikolojik bozukluklar PMS ile karıştırılabileceğinden, PMS' nin doğru şekilde tedavi edilebilmesi için PMS'yi fiziksel ve psikolojik bozukluklardan ayırt etmek önemlidir. Önceden var olan bir ruhsal bozukluk premenstrüel dönemde alevlenebilir (Çelik ve Uskun, 2021; Abay ve Kaplan, 2019). Premenstrüel dönemde, hormon seviyelerindeki dalgalanmalar panik atak, majör depresif bozukluk, şizofreni ve bulimia nervoza gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına veya mevcut hastalıkların şiddetlenmesine yol açabilir. Ayrıca, bu dönemde epilepsi, migren ve astım gibi fiziksel sağlık sorunları da daha belirgin hale gelebilir. Bu durumlar, psikiyatrik semptomların artmasına, hatta ciddi hastaneye yatışlara neden olabilmektedir. Özellikle hormonal değişikliklerin etkisiyle, premenstrüel dönemde psikiyatrik rahatsızlıkların daha da kötüleşmesi veya yeni sağlık sorunlarının tetiklenmesi mümkündür, bu da tedavi sürecini zorlaştırabilir ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Çelik vd., 2023; Aba vd., 2018).

Depresyon ve anksiyete, PMS' nin psikolojik belirtilerini sıklıkla benzer şekilde taklit edebilir. Bu durum, menstrual siklusun belli bir döneminde ortaya çıkması, genetik ve risk faktörlerinin farklılıkları, depresyonda bozulmuş olan HPA (hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen) aksında bozulma olmaması, antidepresan grubu ilaçlardan noradrenerjik olanlara cevap vermeyip serotonerjik olanlara cevap alınması gibi özelliklerle depresyondan ayrılmaktadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Bu nedenle anemnez alınırken foliküler dönemde şikayetlerin olup olmadığı sorgulanarak kronik hastalıkların ayırıcı tanısı yapılmalı ve hastaların uygun şekilde konsülte edilmesi gerekmektedir (Çelik ve Uskun, 2021; Abay ve Kaplan, 2019). Ayırıcı tanılar; tiroid hastalıklar, irritabl (huzursuz) bağırsak sendromu, idiopatik ödem, anemi, endometriyozis (çikolata kisti), hiperprolaktinemi, adrenokortikotropik hormon (ACTH)' a bağlı hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, migren, kronik yorgunluk sendromu, ilaç ve alkol bağımlılığıdır (Doğan vd., 2012, Şirin ve Kavlak, 2016).

Tanı koymanın amacı, her kadının premenstrual sendromu nasıl deneyimlediğini anlamak ve bu süreçte karşılaşılan zorlukları ve buna bağlı sorunları tespit ederek yaşam kalitesini arttırmaktır. Kesin tanı içinse ayrıntılı bir obstetrik ve menstrual öykü ile genel bir anamnez alınması gereklidir. Yaşanan semptomların kadının yaşamını hangi düzeyde etkilediğini belirlemek önemlidir (Karaca ve Beji, 2015).

PMS tanısı koyarken, spesifik bir laboratuvar testi ya da PMS' ye özgü belirgin bir fiziksel bulgu bulunmamaktadır (Şirin ve Kavlak, 2016). Kesin tanıyı koyabilmek için, hastanın premenstrual dönemde yaşadığı tüm semptomları ortaya koyması ve semptom günlüğü tutması istenmektedir. Günlüğün kullanımı oldukça basit olup, tanı ve tedavi için önemlidir. Semptom günlüğü, yaşanan problemlerin şiddetinin her gün kaydedilmesine olanak tanır. Şiddetinin belirlenmesi için en az 2 menstrüel siklus boyunca günlük olarak kayıt etmesi ve bir sonraki görüşmede getirmesi istenmektedir (Özkan, 2019; Karaca ve Beji, 2015; Demir, Algül ve Güven, 2006). APA' ya göre, semptomların şiddetinin menstruasyon sonrası 5 günle karşılaştırıldığında, menstruasyon öncesi 5 gün boyunca en az %30 oranında bir artış gösterdiği belgelenmelidir (Öztürk ve Karaca, 2019). Premenstrual Sendrom Günlüğü kullanılarak yürütülen bir araştırmada, belirtilerin üç adet döngüsü boyunca adet öncesi en erken ikinci günde ve en geç onuncu günde başladığı gözlemlenmiştir (Karaküçük, Sönmez ve Kenç, 2022). Günümüz teknolojisi ile birlikte günlük tutmada zorlanan kadınlar için, aynı amaçla kullanılabilecek mobil uygulamalar geliştirilmiştir. Bu uygulamalar, semptomları grafiksel olarak kaydetmeye olanak tanırken, sağlık çalışanlarının tanı koyma ve tedavi sürecini izlemelerinde de yardımcı olmaktadır. Özellikle teknolojiye aşina olan genç yaş grubundaki kadınlar için bu tür uygulamalar önerilebilir.

2.1.7 Premenstrual Sendrom ve Tedavi

PMS' nin etiyolojisinin tam olarak bilinememesinden kaynaklı olarak semptomatik ve nonspesifik tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Günümüzde de kabul görmüş tek bir tedavi yoktur; PMS' li kadınları tedavi ederken semptomlarının şiddetine göre değerlendirilip bütüncül bir yaklaşım kullanılmalıdır (Çelik vd., 2023). Tedavinin amacı, semptomları azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak, aktiviteler ve ilişkiler üzerindeki olumsuz etkileri en aza indirmek ve tedaviye bağlı yan etkileri minimize etmektir. Ayrıca semptomlar kişiden kişiye değiştiği için tedavi de bireyselleştirilmelidir (Çelik ve Uskun, 2021). Hafif düzeyde olan kadınlar için beslenme tarzı değişikliği örneğin sodyum ve kafein kısıtlaması, fiziksel aktivitenin arttırılması ve stres yönetimi stratejilerinin öğretilmesi gibi yaşam tarzı düzenlemeleri önerilmektedir. Orta düzeyde olan kadınlar için sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerine ilave olarak kalsiyum, magnezyum, D vitamini gibi takviyeler önerilmektedir.

Şiddetli semptomlar yaşayan kadınlar ise yaşam tarzı düzenlemelerinin yanı sıra medikal tedavi de etkili olmaktadır (Çelik vd., 2023). Dicle Üniversitesi'nde 19-49 yaş grubu 254 kadınla yürütülmüş çalışmada doktora başvuran kadınlara uygulanan tedavi yöntemleri incelenmiştir. Sonuçlar 30 kadına oral kontraseptif, 21 kadına ağrı kesici ilaç, 8 kadına vitamin takviyesi, 4 kadına egzersiz önerisi, 3 kadına antidepresan ilaç ve 1 kadına diyet önerildiğini göstermektedir (Demir, Algül ve Güven, 2006).

PMS yaşayan bireyler yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemesine rağmen büyük çoğunluğu hekime başvurmamakta tedavi için kendi çözüm yollarını aramaktadırlar. Japonya'da PMS' li 25-44 yaş arası, ücretli bir işte çalışan ve şu anda bir kadın doğum uzmanı ve jinekologa danışmayan 2487 kişi arasında yapılan kontrol deneyli çalışmada; tıbbi yardım aramayı teşvik etmek için çevrimiçi eğitim verilerek 8 aylık takip yapılmış, orta-şiddetli PMS' li kadınlarda semptomların hafiflediği, eğitim almasına rağmen çoğu kadının tıbbi yardım aramadığı bulunmuştur (Ozeki vd., 2024). Yine üreme çağındaki kadınlarla yapılan araştırmada sadece %13,4'ünün yaşadıkları semptomlar nedeniyle hekime gittikleri bulunmuştur (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise semptomlarla baş etmek amacıyla sırasıyla soğuktan korunma, masaj, ılık duş alma, sıcak kompres uygulama, bitki çayları tüketme, sağlıklı beslenmeye özen gösterme, kozmetik ürünler kullanma gibi çeşitli yöntemlerle semptomlarını hafifletmeye çalıştıkları görülmüştür (Karaküçük, Sönmez ve Kenç, 2022). Toptan ve Kahraman (2020) tarafından yapılan çalışmada, PMS semptomlarına yönelik baş etme yöntemleri incelenmiş ve çeşitli yöntemlerin kullanıldığı, ancak bu yöntemlerin sıklıkla farklı şekillerde ve yoğunluklarda uygulandığı tespit edilmiştir. Çalışmada, birçok kadının bu semptomlarla baş etmede yetersiz kaldığı da gözlemlenmiştir.

Literatürde PMS yönetimi 4 ana aşamada sınıflandırılmaktadır. Bunlar; *Eğitim ve Danışmanlık* (kadınları vücutlarındaki değişiklikler konusunda bilinçlendirme, yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz, uyku düzeni vb.), diyet düzenlemesi, stresle başa çıkma teknikleri); *Farmakolojik Olmayan Tedavi* (bilişsel davranışçı terapi (BDT), tamamlayıcı ve alternatif tedaviler); *Farmakolojik Tedavi* (hormonal olmayan tedavi, hormonal tedavi, semptomatik tedavi); *Cerrahi Tedavi* (ooforektomi, laparoskopik histerektomi, bilateral salpingo ooferoktomi (BSO)) olarak sıralanmaktadır (Toptan ve Kahraman, 2020).

2.1.7.1 Eğitim ve Danışmanlık

***Bilinçlendirme*;** tedavi sürecinin ilk aşaması ve premenstrual sendromun bir sağlık sorunu olarak hasta tarafından kabul edilmesidir. Çünkü çoğu kadın premenstrual sendromu üreme döngüsünün bir parçası olarak görmekte ve semptomlarının tedavisi için yardım almamaktadır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Özellikle PMDB tedavisindeki en önemli psikolojik yaklaşımlardan biri psikoeğitimdir. Psikoeğitimin amacı bu durumun belirtilerini ve nedenlerini açıklayarak hastaya güven vermek ve destek olmaktır. Genel olarak hafif semptomları olan kadın için psikoeğitim ve yaşamın düzenlenmesi ilişkin önlem yeterli olabilmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Kadınların eğitimle PMS konusunda bilgilerinde artış sağlanmasıyla, belirtilerin şiddetinde azalma olduğu çalışmalarda tespit edilmiştir. Konya'da yapılan bir kontrol gruplu deneysel çalışmada; deney grubundaki öğrencilerin yaşam kalitesi incelenmiştir. Psikolojik sağlık ile sosyal ilişkiler açısından eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarda anlamlı farklar bulunmuş ve bu durum, eğitimin premenstrual sendrom semptomlarının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Arıöz ve Ege, 2013). Türkiye'deki bir üniversitede yürütülmüş çalışmada, kadınların yaklaşık yarısının PMS yaşadığı belirlenmiş; doğum yapmış ve yapmamış her iki grup kadının da PMS semptomlarıyla başa çıkmak için tedavi almadığı ve profesyonel destek alma durumlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Yeşilçınar ve Yanık, 2023). Sağlık çalışanı kadınlar üzerine yapılmış başka bir çalışmada kadınların %28,8'i şikayetleri için doktora başvursa da, %71.2 oranındaki çoğunluğun hiç doktora gitmediği saptanmıştır. Doktora giden kadınların % 22,3'ü kendilerine verilen tedaviyi uygulamadıklarını, % 44,8'i ise tedavi sonrası şikayetlerinde değişiklik gözlemlemediklerini ifade etmişlerdir. Hiç doktora başvurmadığını söyleyen kadınların ise %59,6'sı tedavi olmak istediklerini, %40,4'ü ise tedaviye ihtiyaç duymadıklarını belirtmiştir. Kadınların sağlık çalışanı olduğu ve sağlık hizmetlerinden daha kolay yaralanabilecekleri düşünüldüğünde, oranların bu kadar düşük olması oldukça şaşırtıcıdır (Demir, Algül ve Güven, 2006). Bu nedenle, PMS tanısı konan her kadına farkındalık oluşturabilmek için menstrüel döngü ile overler ile uterusta meydana gelen olaylar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Yaşam Tarzı Değişiklikleri; farmakolojik yöntem öncesinde, adet öncesi ve sonrası yeterli ve doğru bilgi ile kişilerin yaşam tarzını değiştirmek oldukça önemlidir (Arıöz ve Ege, 2013; Uzunlar ve Karadağ, 2024). Yaşam tarzında yapılacak basit değişiklikler, PMS semptomlarıyla başa çıkmada etkili olmaktadır. Yapılan değişikliklere rağmen, semptomlar gerilemiyorsa bir jinekolog tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir (Karaca ve Beji, 2015). PMS' nin yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri olarak; düzenli egzersizin, luteal fazda endorfin hormon seviyelerindeki düşüşlere karşı koyan endorfin salınımı arttırarak; sıvı retansiyonu ve memede hassasiyet gibi PMS semptomlarını azalttığı ayrıca ruhsal durum üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, zihinsel sağlığı ve fiziksel çalışma kapasitesini güçlendirerek yaşam kalitesini arttırdığı düşünülmektedir (Uzunlar ve Karadağ, 2024; Aba vd., 2018; Öztürk ve Karaca, 2019; Çetin ve Erbil, 2020).

ACOG, PMS için egzersizi önerirken, yalnızca semptomların görüldüğü günlerle sınırlı kalmamakta, düzenli olarak haftanın büyük bir kısmında en az 30 dakika egzersiz yapılmasının önemini vurgulamaktadır (ACOG, 2023). İnaktivite ise kadınlarda PMS semptomlarının daha şiddetli yaşanmasına yol açmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, düşük fiziksel aktiviteye sahip kadınların, yüksek fiziksel aktiviteye sahip kadınlara kıyasla PMS belirtilerini daha yoğun yaşadığını aynı zamanda PMS semptomları şiddetli olan kadınların genellikle daha az fiziksel aktiviteye sahip oldukları gözlemlenmiştir (Çelik vd., 2023; Aba vd., 2018). İnönü Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, fiziksel aktivitenin menstrual siklus üzerine etkisinin karşılaştırılmıştır. Düşük fiziksel aktivite seviyesine sahip olan öğrencilerin, yüksek fiziksel aktivite seviyesine sahip olan öğrencilere kıyasla premenstrual sendrom belirtilerini daha yoğun yaşandığını göstermiştir. Ayrıca, düşük fiziksel aktivite düzeyine sahip bireylerde PMS ile ilişkili anksiyete, sinirlilik ve depresif duyguların daha belirgin şekilde arttığı sunucuna varılmıştır (Güney, Ünver, Derya & Uçar, 2017). Bazı çalışmalarda ise fiziksel aktivite ile PMS arasındaki ilişkinin net olmadığı ve egzersiz yapmanın semptomlar üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı bulunmuştur (Poyrazoğlu ve Günay, 2023;). Uşak Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumunda öğrencilerle yürütülmüş çalışmada, PMS olan ve olmayan grupların fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Aba vd., 2018).

Benzer bir başka çalışmada, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 304 öğrenci ile yapılan araştırmada %61,8'inde PMS semptomları tespit edilmiş, ancak bu çalışmada fiziksel aktivite düzeyi ve düzenli egzersiz yapmanın, PMS semptomlarının şiddeti üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır (Akarsu ve Yalman, 2019).

Birçok kadın premenstrual dönemde aşırı uyuma veya uykusuzluk gibi uyku bozuklukları yaşar. Yeterli ve kaliteli uyku, yorgunluk ve depresif ruh halini azaltmada önemli bir rol oynar. Günde en az 8 saat uyku ile belirgin uyku ve uyanma zamanlarına uymaları konusunda tavsiye edilmektedir (Abay ve Kaplan, 2019; Süer, 2008).

PMS' nin şiddetini artırdığı için bir diğer yaşam tarzı değişikliği olarak nikotin tüketiminin azaltılması veya kesilmesi önerilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Abay ve Kaplan, 2019; Çelik ve Uskun, 2021).

***Diyet Düzenlemesi*;** menstrual siklusa bağlı hormonal değişiklikler, özellikle menstruasyon öncesi serotonin aktivitesinin düşmesi, iştahı ve yeme davranışlarını etkilemektedir. PMS' li kadınlar, tatlı ve yağlı yiyeceklere daha çok istek duyarlar. Bu dönem, bazı besinlerin tüketim miktarlarının artması ya da azalması ile doğrudan ilişkilidir. Ayrıca yüksek BKİ' ne sahip kadınların PMS semptomları daha fazla yaşandığı göz önünde bulundurulduğunda, diyet düzenlemesi oldukça önemlidir ve PMS semptomlarını azaltmak için önerilen tedavilerin başında diyet desteği gelmektedir. Bu bağlamda diyet desteği yalnızca PMS için etkili olup, PMDB üzerinde etkili olmamaktadır (Öztürk ve Karaca, 2019; Abay ve Kaplan, 2019; Yazıcı, 2015).

Bu kapsamda, diyete ilişkin önerilen temel yaklaşımlar şunlardır: Kompleks karbonhidrattan zengin kalsiyum ve lif açısından zengin gıdalara ağırlık verilmelidir. Çünkü karbonhidratlar, beyin serotonin düzeyini artırarak menstruasyon öncesi semptomların hafifletilmesinde önemli bir rol oynar ve bu konuda güçlü bilimsel kanıtlar bulunmaktadır. Tam tahıllar önemli karbonhidrat kaynaklarıdır ve gıdaların sadece posa değil aynı zamanda B vitamini, Fe, Mg ve E vitamini yönünden de zengin olması açısından faydalıdır (Uzunlar ve Karadağ, 2024; Yazıcı, 2015; Öztürk ve Karaca, 2019). Ödem, sıvı retansiyonu, kilo artışı ve meme hassasiyetini önlemek için diyette sodyum kısıtlamasına gidilmelidir. Ayrıca, kafein uyarıcı etkisi nedeniyle gerginlik, sinirlilik ve duygusal dalgalanmaları artırabileceğinden, diyet değişikliği yaparak kafein tüketiminin sınırlandırması ya da azaltması önerilmektedir.

Özellikle irritabilite ve uyku sorunları yaşayan kadınlarda kafein tamamen kısıtlanmalı ve alkol kullanmamaları menstrüel siklusun tamamında tavsiye edilir (Yazıcı, 2015; Özkan, 2019; Öztürk ve Karaca, 2019; Demir, Algül ve Güven, 2006; Süer, 2008).

***Stresle Baş Etme*;** Menstrual siklus boyunca hormon düzeylerindeki değişiklikler, olumsuz duyguları arttırarak duygudurum dengesini bozabilir ve strese duyarlılığı artırabilir. Stres, PMS semptomlarını daha da şiddetlendirebilir (Öztürk ve Karaca, 2019). Eğer tedavi edilmezse, şiddetli semptomlar yaşayan kadınlarda kişisel ve çevresel stres faktörlerinin artması, ruhsal durumlarının kötüleşmesine neden olabilir. Bu durum, PMS' nin daha şiddetli bir formu olan PMDB' ye yol açabilir (Karaküçük, Sönmez ve Kenç, 2022). Ayrıca ruh sağlığı değişkenlik düzeyleri kontrol edilmezse PMS tedavi sürecinin sekteye uğraması ve belirtilerinin hafiflememesi mümkündür (Uzunoğlu ve Aktan, 2019). Stresle başa çıkmak ve PMS semptomlarını hafifletmek için ile gevşeme egzersizleri büyük önem taşır. Masaj, yoga, meditasyon, nefes alma teknikleri, düzenli ve yeterli uyku ile banyo gibi uygulamalar, stres yönetimine yardımcı olduğu gibi semptomların azaltılmasında da etkili olmaktadır (Öztürk ve Karaca, 2019).

2.1.7.2 Farmakolojik Olmayan Tedavi

PMS günlük yaşamı, iş ve okul yaşamını veya kişilerarası ilişkileri etkileyecek düzeyde ise kadın tedavi arayışına girmektedir. Bu durumda olan kadınlara ikinci basamakta yer alan farmakolojik olmayan tedaviler önerilmektedir. Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri olarak Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) sayılmaktadır (Abay ve Kaplan, 2019). Nonfarmokolojik yöntemler, analjezik ilaçların etkinliğini artırarak ilaca olan ihtiyacı azaltabilir, ilaçların yan etkilerini engelleyebilir ve aşırı mali yükü önleyebilir. Bu yöntemlerin, tedavi sürecine sağladığı bu tür avantajlar, onları önemli bir destekleyici seçenek haline getirmektedir (Öztürk ve Karaca, 2019).

Bilişsel Davranışçı Terapi; Premenstrüel sendrom belirtileri arasında pek çok ruhsal belirtiler vardır. Bu durum özellikle PMS 'nin emosyonel stresle ilişkili olduğunu gösterir ve bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilebilir (Doğan vd., 2012). Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), yıkıcı düşünceler, duygu ve gelişmenin değiştirilmesine odaklanan bir psikoterapi yöntemidir. Bu terapi, sinirlilik, kronik ağrı ve bağımlılık gibi birçok farklı bozuklukta etkili bir şekilde kullanılmaktadır. BDT'nin temel hedefi, kadının kültürel algısının ve olumsuz menstrual tutumunun değiştirilmesi ve günlük işleyişi iyileştirmek için davranışları yeniden düzenlemektir. Araştırmalar, BDT'nin antidepresan tedavisi kadar hızlı sonuçlanmasa da, en az onun kadar etkili olduğunu ve etkilerinin daha uzun süre devam edebildiğini göstermektedir (Abay ve Kaplan, 2019; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

***Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi*;** PMS' nin yönetiminde önerilen TAT uygulamaları vitamin ve mineral destekleri, bitkisel ajanlar ve akupunktur olarak sayılabilir.

Vitamin ve Mineral Destekleri; "kalsiyum", PMS tedavisi konusunda en fazla kanıta sahip bir besin takviyelerinden biridir. Baş ve eklem ağrıları, su tutulumu, iştah değişiklikleri, depresyon, uyku bozuklukları gibi semptomların ovulasyon sırasında kalsiyumun seviyesindeki azalmalara bağlı olarak yaşandığı düşünülmektedir. Bu semptomları anlamlı olarak azaltmak için günlük ortalama 1000 mg kalsiyum takviyesi önerilmektedir (Uzundağ ve Karadağ, 2024; Çelik ve Uskun, 2021).

PMS' nin etiyolojisinde rol oynayan nörotransmitterleri sentezlemek için "B6 vitamini (pridoksin)", gereklidir. B6 vitamini eksikliği serotonin üretimini baskılayarak duygudurum bozukluklarına yol açar (Uzundağ ve Karadağ, 2024). PMS için kullanılan takviyelerin dozları oldukça önemlidir. Önerilen doz miktarı 50-100 mg/gündür. B6 vitaminin günlük 100 mg dozunda kullanımının depresif semptomları hafiflettiği, 250 mg' den yüksek dozun periferal nöropati riskini artırabileceği için tavsiye edilen dozda kullanılması gerekmektedir (Süer, 2008).

"Magnezyum", dopamin sentezinde görev alır. Dopamin dengesizliği ruh halini etkiler ve aşırı kaygıya yol açar. Ayrıca migren, epilepsi ve kronik ağrı gibi bazı nöropsikiyatrik bozuklukta rol oynar. Bu sebeplerle etiyolojisinde yer alan magnezyum eksikliğine karşı PMS' li kadının diyetinde mutlaka magnezyum yer almalıdır.

Günlük 200 mg magnezyum alımının negatif duygu durumunu, konsantrasyon bozukluğunu, ağrı, meme hassasiyetini sıvı tutulumunu büyük ölçüde azaltmaktadır (Uzundağ ve Karadağ, 2024; Çelik ve Uskun, 2021).

Kadın üreme sisteminde oldukça kritik rolü olan "D vitamini", kalsiyum homeostazı, dolaşımdaki steroid hormon değişiklikleri ve nörotransmitler üzerindeki etkilere sahiptir. Bu sebeple semptomları hafiflettiği varsayılmıştır. Günlük 400 1U D vitamini alınması önerilmektedir (Uzundağ ve Karadağ, 2024). Yapılan sistematik bir derlemede, D vitamini ve kalsiyum desteği almanın ya da bu iki mikro besleyici açısından zenginleştirilmiş bir diyetin, premenstrual sendrom semptomlarını hafifletebileceği ya da tamamen ortadan kaldırabileceğinden bahsedilmektedir (Abdi, Ozgoli ve Rahnemaie, 2019).

Bitkisel Ajanlar; PMS yönetiminde kullanılan bir diğer yöntemde bitkisel ajanlardır. Premenstrual sendromun tedavisinde bazı bitkilerin ağrı kontrolünde etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar; çuha çiçeği yağı, hayıt otu (vitex agnus castus- chasteberry), karahindiba, ısırgan otu, sarı kantaron, dulavrat otu, ahududu yaprağı ve takke çiçeği gibi bitkilerdir. Bunlar arasında en yaygın kullanılan hayıt otudur. Vitex agnus castus yan etkisi yok denecek kadar az olup; PMS' nin özellikle fiziksel semptomlarının giderilmesinde oldukça etkilidir. Ayrıca SSRI' ler ile yapılan karşılaştırma çalışmalarında onlar kadar etkili olduğu bulunmuştur (Çetin ve Erbil, 2020; Doğan vd., 2012; Özkan, 2019). Etkisinin dopamin yoluyla, LH ve FSH' ı etkilemeden, prolaktin sekresyonunun düzenlemesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (Karaca ve Beji, 2015). Randomize kontrollü bir çalışmada, Vitex agnus castus' un ruh hali değişikliği, sinirlilik, baş ağrısı ve meme şişkinliği gibi belirtilerin iyileşmesinde plaseboya kıyasla belirgin şekilde daha etkili olduğu görülmüştür (Çelik ve Uskun, 2021). Suudi Arabistan'da yürütülen bir çalışmada kadınların büyük bir yüzdesi (%81,4) adet öncesi semptomları nedeniyle tıbbi bakım gördüğü, yaklaşık üçte birinden fazlasının (%39,5) semptomları azaltmak için şifalı bitkiler kullandığı bulunmuştur. En çok tarçın, zencefil, nane, yeşil çay, papatya ve çemen otu bitkilerinin kullanıldığı görülmüştür (Elnagar ve Alwed, 2015).

PMS nedeniyle ağrı yaşayan kadınlar arasında azda olsa tercih ettiği bir diğer yöntem ise aromaterapidir. Ağaçlardan, çiçeklerden ve bitkilerden elde edilen esansiyel yağların tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Ağrı kontrolünde etkili olduğu ayrıca stresi azalttığı düşünülmektedir (Çetin ve Erbil, 2020).

İran'da PMS tanısı konmuş 120 üniversite öğrencisiyle yürütülmüş kontrol gruplu deneysel çalışmada, sardunya ve tatlı badem yağı ile uygulanan aromaterapi masajının, öğrencilerde fiziksel ve psikolojik belirtilerini azalttığı saptanmıştır (Lotfipur-Rafsanjani, Ravari, Ghorashi, Haji-Maghsoudi, Akbarinasab & Bekhradi, 2018).

Akupunktur; PMS' ye bağlı daha hafif semptomlar için kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemidir. Akupunktur noktalarına yerleştirilen iğneler, santral sinir sisteminde nöronları uyararak analjezik ve antienflamatuvar etki ortaya çıkartır (Çetin ve Erbil, 2020). Çin'de PMS ile akupunktur ilişkisinin incelendiği 277 kadın ile yürütülmüş randomize kontrollü çalışma sonucunda, akupunkturun hem ruh hali ile ilişkili hem de fiziksel semptomları azalttığına dair bulgular elde edilmiştir (Armour vd., 2018).

2.1.7.3 Farmakolojik Tedavi

PMS' nin tedavisinde kullanılan farmakolojik tedavi yöntemleri, semptomları azaltmayı veya adet döngüsünü baskılamayı amaçlamaktadır (Çelik ve Uskun, 2021). PMS yönetiminde en çok tercih edilen yöntemin farmakolojik tedaviler olduğu yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. İzmir'de yapılan bir çalışmada, hemşirelerin menstrüel yakınmalara karşı en çok ilaç kullandığı belirlenmiştir (Daşıkan ve Saruhan, 2014).

Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında ilk tercih non-hormonal tedavi olup, bir diğer seçenek ise overian hormon seviyelerine yönelik olan hormonal tedavidir. Ayrıca, bazı semptomların iyileştirilmesi amacıyla semptomatik tedaviler de uygulanabilmektedir (Abay ve Kaplan, 2019). Bunlar; seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), kombine oral kontraseptifler (KOK), steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar (NSAID), danazol tedavisi, GNRH agonistleri, diüretikler, analjezikler, anksiyolitikler ve antidepresanlardır (Çetin ve Erbil, 2020; Uzunlar ve Karadağ, 2024; Öztürk ve Karaca, 2019).

Non-Hormonal Tedavi; SSRI'lar psikotrop ilaçlardan olup merkezi seratojenik transmisyonu arttırarak PMS' nin iyileştirilmesini sağlayarak farmakolojik tedavinin ilk seçeneğini oluştururlar. Özellikle PMDB' de en sık kullanılan ilaç grubudur. AGOG, PMS tedavisinde SSRI kullanımını önermektedir (Çelik ve Uskun, 2021). SSRI grubu antidepresanlar, PMS' ye bağlı baş ağrısı, sinirlilik, uykusuzluk, cinsel işlev bozuklukları, yorgunluk gibi hem davranışsal hem de fiziksel belirtilerin tedavisinde oldukça etkilidir.

Bu ilaçlara verilen yanıt genellikle ilk adet döngüsünden itibaren başlar. Ancak ilaç kullanımı kesildiğinde, semptomlar yeniden ortaya çıkabilir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Tedavide etkili olabilirler fakat uzun süreli kullanımında ciddi yan etkileri vardır ve maliyeti oldukça yüksek olabilir. SSRI kullanımının PMS semptomlarını hafiflettiği bildirilmiş; ancak mide bulantısı, asteni, uyku hali, yorgunluk, cinsel istekte azalma ve terleme gibi yan etkileri mevcuttur (Arıöz ve Ege, 2013; Uzunlar ve Karadağ, 2024). Literatürde reçete edilen SSRI grubu antidepresanların %13'ünün hiç kullanılmadığı, %18,7'sinin bağımlılık yapma endişesi nedeniyle tercih edilmediği ve %19,8' inin ise isteksiz şekilde aldığı tespit edilmiştir (Süer, 2008).

Hormonal Tedavi; ovülasyonu baskılayarak ve hormonal dalgalanmayı azaltarak fiziksel semptomları iyileştirebilmekte iken, psikolojik semptomları tedavi edememektedir. Hormonal tedaviler; kombine oral kontraseptifler (KOK), danazol ve gonadotropin relasing hormon (GnRH) analogları sayılabilir (Çelik ve Uskun, 2021).

a) ***Kombine oral kontraseptifler (KOK);*** hormonal tedaviler arasında ilk tercih edilen gruptur. Ovulasyonu baskılayarak PMS semptomlarını hafifletebilir. Üreme çağındaki kadınlarda hem PMS semptomlarının iyileştirilmesi hem de kontrasepsiyon ihtiyacı isteyenler için kombine oral kontraseptifleri kullanmak mantıklı olabilir. Bu ilaçlar özellikle fiziksel belirtiler; ödem, baş ağrısı, akne, abdominal ağrı ve meme hassasiyeti gibi semptomları iyileştirebilir. Ancak, devamlı kullanılmadıkça semptomlar yeniden ortaya çıkabilir ve tablo daha da kötüleşebilir. Ayrıca, KOK venöz tromboembolizm riskine neden olabileceğinden tüm hastalar için uygun olmayabilir (Abay ve Kaplan, 2019; Süer, 2008; Çelik ve Uskun, 2021; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).
b) ***Danazol;*** gonadotropin salınımını inhibe ederek menstral siklusu ve ovulasyonu baskılar. Luteal fazda düşük doz danazol kullanımı premenstural depresyon, irritabilite, ödem, anksiyete ve göğüslerdeki hassasiyeti azaltmada etkilidir. Ancak over kansseri, kardiyovasküler risk, akne, aşırı kilo alımı ve hirşutizm gibi ciddi yan etkileri nedeniyle birçok kadının ilacı bırakmasına sebep olur ve kullanımı sınırlıdır (Abay ve Kaplan, 2019; Süer, 2008; Çelik ve Uskun, 2021; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

c) ***Gonadotropin relasing hormon (GnRH);*** östrojen ve progesteron hormon seviyelerini düşürerek doza bağlı olarak ya menstral siklusu tamamen elimine eder ya da ovulasyonu baskılar. Randomize kontrollü çalışmalarda, GnRH kullanımının semptomlarda %60-75 oranında azalma görüldüğüne ulaşılmıştır. Eğer ciddi ve uzun süreli tedavi gerektiren bir PMS durumu söz konusu ise bu yöntem tercih edilmeli, rutin olarak kullanımı önerilmemektedir. 6 aydan uzun süre kullanımında depresyon, ciddi kas ağrıları, medikal menopoz, osteoporoz gibi ciddi riskler ortaya çıkabileceğinden uzun vadeli kullanımı önerilmemektedir (Abay ve Kaplan, 2019; Süer, 2008; Çelik ve Uskun, 2021; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Semptomatik Tedavi; PMS' nin semptomatik tedavisinde; yan etkileri minimal olan ve randomize kontrollü çalışmalarla faydalı olduğu kanıtlanan nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve ödemi gidermek için diüretiklerle semptomların hafifletilmesinde oldukça etkilidirler (Şirin ve Kavlak, 2016).

a) ***Nonsteroidal Antienflamatuvar İlaçlar;*** prostaglandin sentezini inhibe ederek PMS’ nin meme hassasiyeti hariç, fiziksel semptomların yatıştırılmasında yardımcı olurlar. Bulantı, gastrik ülser veya böbrek fonksiyon bozukluğu gibi durumlarda ya da önceden gastrointestinal veya renal bir hastalık öyküsü bulunan kişilerde dikkatli kullanılmalıdır çünkü uzun süreli kullanımları mide kanaması veya ülser gibi ciddi yan etkilere yol açmaktadır (Çelik ve Uskun, 2021; Abay ve Kaplan).

b) ***Diüretikler;*** premenstrual sendrom nedeniyle oluşan vücut ödemini azaltmak amacıyla kullanır. Spironalacton (Aldactone); bir aldosteron inhibitörüdür ve aldosteron salgılanmasına bağlı ödemlerin tedavisinde kullanılır. Bunun nedeni, luteal fazda aldosteron salgısının artış göstermesidir.

   Ayrıca uyku, yorgunluk, memelerde hassasiyet ve şişkinlik hissini azaltmada oldukça etkili tek diüretiktir (Taşkın, 2020).

2.1.7.4 Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, en etkili çözümdür fakat tedavide çok nadir uygulanmaktadır. PMS için son çare tedaviyi temsil etmektedir. Cerrahi tedaviler oofektomi, abdominal histerektomi ve bilateral salfingooferektomi; ovülasyonu tamamen ortadan kaldırmaktadır (Çelik ve Uskun, 2021). Histerektomi ve bilateral salfingooferektomi (BSO) ciddi bir tedavi seçeneği olduğundan, yalnızca çok şiddetli olan vakalarda, farmakolojik tedavinin etkisiz olduğu durumlarda, uzun süreli GnRH analoglarının gerektiği hallerde veya cerrahi müdahale gerektiren başka bir jinekolojik sorun mevcutsa uygulanmalıdır (Öztürk ve Karaca, 2019; Abay ve Kaplan, 2019). Bu tedavi yönteminde anestezinin riskleri, cerrahi komplikasyonlar, infertilite ve cerrahi menopoz gibi olası durumlar dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca, cerrahi işlemin elli yaşından önce yapıldığı durumlarda, operasyon sonrasında Hormon Replasman Tedavisi (HRT) düşünülmesi önerilmektedir (Karaca ve Beji, 2015; Abay ve Kaplan, 2019).

2.2. İş Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin kültürel ve değer sistemleri bağlamında hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve ilgi alanlarını dikkate alarak yaşamdaki pozisyonunu nasıl algıladığıyla tanımlanır. Bu kavram, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle olan etkileşimleri gibi birçok faktörden etkilenen geniş kapsamlı bir olgudur. Yaşam kalitesinin, kültürel, sosyal ve çevresel unsurların derinlemesine iç içe geçtiği, pozitif ve negatif yönleriyle öznel bir değerlendirme olduğu vurgulanmaktadır (Çelik ve Uskun, 2021; Çelik ve Uskun, 2022).

Teknolojik ve sosyoekonomik gelişmelerin, psikososyal ve ekonomik refahı sağlaması ve bu durumun sürekliliği, yaşam kalitesi kavramıyla doğrudan bağlantılıdır (Alan ve Yıldırım, 2016; Kaya ve Alan, 2023). Modern tıbbın hedefi, sadece hastalıkların tedavisi değil, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini artırmaktır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Günümüz dünyasında ilerlemekte olan gelişmeler toplumların daha kaliteli bir yaşam talep etmesine yol açmaktadır.

Bu talepler doğrultusunda çalışma ve yaşam koşullarının birbirinden bağımsız düşünülmesi neredeyse imkansızdır. Çünkü çalışma hayatının bireyler ve bireylerin de çalışma hayatı üzerindeki etkileri tartışmasızdır ve bu iki alan birbirine derinlemesine bağlıdır. Yaşam kalitesi, bireylerin tatmini ve sosyal ilişkilerinin bütünleşmesi ile büyük ölçüde iş yaşamı kalitesiyle ilişkilidir. Bu bağlamda iş yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin önemli bir bileşeni olup çalışanların genel yaşam doyumları ile fiziksel ve ruhsal sağlıklarını önemli ölçüde etkilemektedir (Çatak ve Bahçecik, 2015; Kaya ve Alan, 2023; Akbolat, Turgut ve Över, 2015).

1960'lı yıllara dayanan iş yaşam kalitesi kavramı; başlangıçta çalışanların iş deneyimlerini ve kişisel ihtiyaçlarını iyileştirilmeye yönelikken, zamanla iş zenginleştirme, kendi kendini yöneten takımlar ve iş kalitesini artırma teknikleri gibi daha geniş bir kapsam haline gelmiştir (Şantaş, Işık ve Çilhoroz, 2018; Tokmak, 2021). İlk olarak 1972 yılında New York'ta düzenlenen bir uluslararası konferansta, "İş Yaşam Kalitesi" terimi kullanılmış ve insan merkezli bir çalışma hayatı geliştirme amacıyla gündeme gelmiş; insanı makine olarak gören bir anlayıştan insan merkezli bir yaklaşıma geçişi ifade etmiştir (Deniz vd., 2018; Akar ve Üstüner, 2017; Memiş vd., 2015). Ölçümüne yönelik ilk çalışma ise 1975 yılında Walton tarafından gerçekleştirildiği kabul edilmektedir (Akar ve Üstüner, 2017). Günümüzde iş yaşam kalitesi, çalışanların çalışma ortamından ve çalışma koşullarından memnuniyetini ifade etmektedir. Çalışanlara iş yerlerinde daha iyi koşullar sağlanmasını, fiziksel ve psikolojik refah düzeylerinin artırılmasını amaçlayan bir yönetim anlayışıdır. Temel amacı, çalışanların verimli bir şekilde çalışabilecekleri koşulları sağlamaktır. Bu durum, çalışanların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen en önemli faktör olup; çalışanların çalışma ortamından ve çalışma koşullarından memnuniyetini ifade etmektedir (Tokmak, 2021; Çatak ve Bahçecik, 2015; Kılıç ve Keklik, 2012; Erenoğlu, Tambağ, Can & Kabakoğlu, 2019).

Kurum içindeki sosyal çevre, yönetim tarzı, verimlilik, çalışan memnuniyeti, iş hayatının genel yaşama etkisi iş yaşam kalitesinin diğer bileşenleridir (Alan ve Yıldırım, 2016; Uğur ve Abaan, 2008). Günümüz modern iş dünyasında, iş yaşam kalitesinin önemi her geçen gün artmaktadır. Birçok ülkede, başta Avrupa Birliği ülkeleri olmak üzere Amerika Birleşik Devletleri, Kanada'da çalışanların iş yaşam kalitesi, ulusal çalışma politikalarının temel unsurlarından biri haline gelmiştir (Uğur ve Abaan, 2008; Çağatay, 2023).

Araştırmalar, insanların uyanık oldukları zamanın büyük bir kısmını iş yerlerinde geçirdiğini ve gönülsüz yapılan işlerin genel yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Memiş vd., 2015). Bu bağlamda iyi bir iş yaşam kalitesi, çalışanların tükenmişlik yaşamadan mutlu ve sağlıklı bir şekilde çalışmasını sağlar (Erenoğlu vd., 2019). Mutlu ve sağlıklı bir iş yaşamı oluşturamayan bireylerde performans düşüşü ve tükenmişlik görülür. Bu durum, işten alınan verimi ve hizmet kalitesini olumsuz etkiler. İşletmelerin verimliliği, insan faktörünün etkin kullanımı ile artar ve çalışanların iş tatmini sağlanır. Böylece iş ortamı daha sağlıklı, rahat ve güvenli hale gelir ve bu da iş yaşam kalitesini kavramını doğurur (Kaya ve Alan, 2023).

Bu kavramı etkileyen faktörler; üç ana kategoride incelenebilir: kişisel, örgütsel ve dışsal. Kişisel faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kişilik özelliklerini içerirken, örgütsel faktörler yönetim tarzı, örgüt kültürü, ücret politikası, kariyer hedefleri ve karar alma süreçleri yer alır. Dışsal faktörler için ekonomik koşullar, işgücü piyasası durumu, yasal düzenlemeler, sendikal etkinlikler ve teknolojik yenilikler gibi unsurlar sayılabilir (Deniz vd., 2018).

2.2.1 Sağlık Hizmetlerinde İş Yaşam Kalitesi

Sağlık hizmetleri, insan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve sürdürülmesinde kritik bir rol oynar. Toplumun vazgeçilmez ve temel ihtiyaçlarından olup bu hizmetler göz ardı edilmemelidir (Çağatay, 2023; Ön, 2021). İstenilen kalitede sağlık hizmetinin sunulması, bu hizmeti sunanların kalitesiyle yakından ilgilidir. Bu yüzden sağlık çalışanlarının yaşam ve iş koşullarına dair sorunların çözülmesi, sağlık hizmetindeki aksaklıklarının azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır (Akbolat, Turgut ve Över, 2015). Tan ve arkadaşları (2012) tarafından hemşirelere yönelik yapılan bir araştırmada, olumlu iş ortamının iş performansını, verilen hizmetin kalitesini olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Tokmak, 2021).

Sağlık sektöründe en temel üretim unsuru insandır. Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden tüm faaliyetleri kapsar (Kılıç ve Keklik, 2012). Bu faaliyetler kapsamında sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin daha iyi performans sergilemeleri ve işlerinde tatmin sağlayabilmeleri için iş yaşam kaliteleri kritik bir öneme sahiptir (Kaya ve Alan, 2023).

Tarihsel olarak, sağlık sektörü kadınların yoğun olduğu bir alan olmuştur ve bugün de tüm sağlık hizmeti sınıflarında kadınlar çoğunluktadır (Ağırkaya ve Erdem, 2023). Kadın çalışanların hastane personelinin büyük bir kısmını oluşturması, sağlık hizmetlerinin sunumunda kadınların daha fazla sorumluluk almasına ve dolayısıyla daha fazla stres yaşamasına yol açabilir. Bu durum, kadınların çalışma yaşam kalitesi algısının olumsuz etkilenmesine neden olabilir (Deniz vd., 2018). Kadınların aile ve ev ile ilgili tüm sorumlulukları üstlenmeleri ve toplumun kadına çoklu roller yüklemesi, iş yaşamının özel yaşamı etkilemesine ve kadınların erkeklere göre daha zorlu problemler yaşamasına neden olmaktadır (Ağırkaya ve Erdem, 2023).

Yaşanan bu problemler sağlık sektöründe dikkatsizlik, ihmal ve özensizlikten kaynaklanarak ciddi sonuçlar doğurur ve çoğu zaman insan hayatına mal olabilir. Sağlık çalışanları ise normal çalışma saatleri dışında çalışmak, yaşamı tehdit eden görev ve sorumluluklar üstlenmek, zamana karşı yarışmak, farklı teknolojilerle iç içe olmak ve yüksek baskı ve stres altında çalışmak zorundadır (Alan ve Yıldırım, 2016). 2015-2016 yıllarında İngiltere'deki verilerde, 1,3 milyon çalışan meslek hastalığına yakalanmış, iş yerinde meydana gelen kazaların yıllık maliyetinin 4,8 milyar pound olduğu belirlenmiş ve beş yüz bin çalışanın işle bağlantılı stres, depresyon veya anksiyete yaşadığı tespit edilmiştir. Bu veriler, iş yerlerinde sadece iş güvenliği önlemlerinin değil, aynı zamanda sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasına yönelik iş birlikleri, eğitimler, finansal ve yasal düzenlemeler gibi adımların atılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Şahin, Ekici ve Kayral, 2021). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının daha güvenli ve konforlu bir çalışma ortamında bulunmaları sağlanmalıdır. Buda, öncelikle iş yaşam kalitelerinin artırılması ile mümkün olmaktadır (Kılıç ve Keklik, 2012).

İş yaşam kalitesini yüksek algılayan sağlık çalışanları, daha mutlu ve motive çalışır. Sağlıklı ve iyi bir çalışma ortamında çalışan personel, daha kaliteli ve nitelikli bakım verir ve hizmet veren ile hizmet alanın doyumu artar. Bu durum, hasta memnuniyetini artırırken, kurumsal başarıya da katkı sağlar. Ayrıca, çalışanların iş tatmini artar ve kuruma olan bağlılıkları yükselir (Deniz vd., 2018; Alan, Polat, Şen ve Yıldırım, 2021). 2010-2019 tarihleri arasında sağlık alanında iş yaşam kalitesi üzerine yapılan retrospektif çalışmada, yüksek iş yaşam kalitesine sahip çalışanların, çalışma ortamı ve koşullarından duydukları memnuniyetin performanslarını artırdığı belirtilmiştir.

Ayrıca, çalışanların daha motive ve mutlu çalışmasını sağladığı, aynı zamanda hata oranlarının düşmesine yardımcı olduğu ifade edilmiştir (Kaya ve Alan, 2023).

Sağlık sektörü, diğer alanlara göre daha riskli durumlarla karşılaşıldığı bir alandır. Sağlık çalışanları, hastaların sağlık ve iyilik halleriyle ilgili özel bir sorumluluk taşırken, yoğun iş temposu, duygusal baskı, fiziksel yorgunluk ve ağır iş yükü gibi birçok zorlukla karşılaşmaktadır (Çağatay, 2023). Yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunları, uyku düzeninin bozulması, nöbetler, hasta yakınlarıyla uğraşma gibi sorunlar, sağlık çalışanlarının diğer sektörlere göre işle ilgili stres ve gerginlik yaşamasını arttırmaktadır. Ayrıca hastanelerin karmaşık yapısı ve birçok meslek grubunun bir arada ekip halinde çalışması nedeni ile de çalışanların stresli çalışma koşullarında sorun yaşama olasılıkları da daha yüksektir (Ağırkaya ve Erdem, 2023). Bu durum, sağlık çalışanlarının psikolojik durumunu etkileyip çaresizlik, yetersizlik, öfke ve tükenmişlik gibi sorunlar yaşayarak yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Alan vd., 2021; Memiş ve vd., 2015; Ezer ve Üstün, 2022). Sağlık çalışanlarının yaşadığı bu olumsuzluklar, hasta ilişkilerinde zayıflamalara, iş ile ilgili olumsuz tutumlara, görevlerin yerine getirilmesinde eksikliklere yol açabilir (Başkale, Partlak Günüşen ve Serçekuş, 2016; Ön, 2021). Sağlık çalışanlarının performansı hem hasta sağlığını hem de sağlık kurumlarının itibarını etkileyebilir; yetersiz iş performansı, hasta güvenini sarsabilir ve olumsuz sonuçlara neden olabilir (Çağatay, 2023).

2.2.2 Premenstrual Sendrom ve İş Yaşam Kalitesi

Menarştan menopoza kadar bir kadının geçirdiği süre yaşam süresinin neredeyse yarısıdır. Bu süreçte kadınların yaşadığı menstrüasyonla ilgili sorunların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır (Aba vd., 2018). PMS hem psikolojik hem de organik bir rahatsızlık olarak, bireyi, ailesini ve toplumu etkileyebilmektedir. Kadınların %5-%10'unda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen PMS, %20 ila %40 oranında ciddi semptomlarla kendini göstermekte ve bu kadınların %20'si günlük aktivitelerini yerine getirmekte zorluk yaşamaktadır (Eğicioğlu vd., 2015). Premenstrual dönemde yaşanan değişiklikler; maddi kayıplara ve kaza riskinin artmasına, kapasite kaybına, anksiyete, kaygı, depresyon ve intihar gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen problemlerin artışına neden olabilir.

Genç kızların okul performansını, derslere devamını; çalışan kadınların çalışma kalitesini ve verimliliğini genel olarak ise duygusal iyilik halini, özgüvenlerini, sosyal ilişkilerini ve fiziksel aktiviteleri etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşlere yol açmaktadır. Bu nedenle erken dönemlerde ele alınması gerekmektedir (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017; Çelik vd., 2023; Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020; Çelik ve Uskun, 2022).

Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, kadınların premenstrüel dönemlerde daha fazla suç işlediklerini ve daha fazla kazaya maruz kaldıklarını göstermektedir. Ayrıca, tıbbi veya psikiyatrik nedenlerle hastaneye kaldırılan ya da intihar girişiminde bulunan kadınların çoğunluğunun premenstrüel dönemde olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının karşılaştığı önemli bir sorun olan PMS, kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumsuz etkileyerek yalnızca onları değil, aynı zamanda ailelerini ve sosyal çevrelerini de etkileyebilmektedir (Eğicioğlu vd., 2015). Literatürde yer alan bir meta analiz çalışmasında, orta/şiddetli PMS yaşayan çalışan kadınların, semptomları olmayan veya hafif PMS' si olanlara göre daha yüksek oranda üretkenliklerinin azaldığı bulunmuştur (Heinemann, Minh, Filonenko & Uhl-Hochgräber, 2010). Fransa, Almanya, Macaristan, İtalya, İspanya, İngiltere, Brezilya ve Meksika'da gerçekleştirilen 14-50 yaş arasındaki 4,085 kadın katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeniyle günlük yaşamı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (Dennerstein, Lehert, Bäckström & Heinemann, 2010).

Ayrıca ABD'de kadınlarla yapılan çalışmalar PMS ile artan işe devamsızlık arasında bir ilişki olduğunu ve dolayısıyla PMS' li kadınların işverenleri için maliyetinin arttığını ortaya koymuştur (Erbil, Karaca ve Kırış, 2010). Ülkemizde de yapılan araştırmalar, PMS' nin kadınların sosyal ilişkilerini bozduğunu, gençlerin sınav performansını olumsuz etkilediğini, işe devamsızlığı artırdığını, üretkenlik ve verimliliği düşürdüğünü ve özgüven eksikliğine yol açtığını göstermektedir (Aba vd., 2018; Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Kız Öğrenci Yurdu'nda yapılan bir çalışmada, 302 öğrenci arasında PMS yaşayanların, mental sorunlar, sinirli veya depresif duygular içinde olmaları, düşük yaşam enerjisi ile okul başarılarında azalma yaşadıkları ve genel sağlık durumlarının kötüleşmesi nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Toptan ve Kahraman, 2020).

Üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, PMS'nin gelişim sürecinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu, fiziksel ve psikolojik dalgalanmalara sebep olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü saptanmıştır (Pinar, Colak ve Oksuz, 2011). Kayseri ilinde 15-49 yaş arasındaki 1019 kadınla yapılan hane ziyareti çalışmasında, kadınların %78,4'ünün premenstrüel dönemde yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle yaşam kalitelerinin kısmen ya da büyük ölçüde etkilendiğini ifade ettiği belirlenmiştir (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Meşeci (2017) tarafından 232 çalışan kadın üzerinde yapılmış araştırmada, Türk kadınlarında premenstrual semptom prevalansının yüksek olduğu; bu semptomların iş, sosyal aktiviteler ve kişisel ilişkileri olumsuz etkilediği ve %44,3'ünün iş performanslarının düştüğünü ifade ettiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmada, kadınların %70.5'i PMS nedeniyle iş verimliliklerinde ve performanslarında azalma yaşadıklarını belirtilmiştir (Demir, Algül ve Güven, 2006). Edirne'de yapılan bir çalışmada ise PMS' si olan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, iş doyumlarının düşük olduğu ve iş-aile dengesini sağlamakta güçlük çektikleri ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra, iş yerindeki kararlara katılımının sınırlı olduğu ve çalışma koşullarından memnuniyetsizlik duydukları gözlenmiştir (Kahyaoglu ve Mestogullari, 2016).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızın bu bölümünde araştırmamızın gereç ve yöntemi ele alınmaktadır. Araştırmanın tasarımı, yeri ve zamanı, araştırmamızın evreni ve örneklemi, veri toplama tekniği, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin analizi ve incelenmesiyle ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır.

3.1 Araştırmanın Tasarımı

Araştırmada, sağlık çalışanlarının PMS görülmesinin belirlenmesi ve iş yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarım kullanılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde Başakşehir Devlet Hastanesinde çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 214 kadın sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Araştırmada verileri; Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu Onayı, Etik Kurul Onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı ilgili Devlet Hastanesi kurum izinleri tamamlandıktan sonra 01.04.2024-10.06.2024 tarihleri arasında toplanmıştır. 15.06.2024- 15.07.2024 tarihleri arasında veri analizlerinin yapılmasının ardından araştırmanın raporlanması ve yazılması süreciyle birlikte 15.09.2024 tarihinde araştırma tamamlanmıştır.

3.3 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Başakşehir Devlet Hastanesinde çalışan 330 kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimi yapılmayarak evreninin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırma verilerinin toplandığı 01.04.2024-10.06.2024 tarihleri arasında yıllık izinli, görevli, raporlu ya da doğum izninde olan kadınlar çalışma dışı bırakılmış ve hastanede bulunan, araştırma dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 214 kadın sağlık çalışanı ile araştırma tamamlanmıştır.

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Araştırmaya 18-49 yaş arasında, menstruasyon deneyimlemiş ve menopoza girmemiş kadın sağlık çalışanları dahil edilmiş olup PMS'yi etkileyen dışlama kriterleri olarak; oral kontraseptif kullanan, gebe olan, emzirme döneminde olan ve tanısı alınmış psikolojik hastalığı olan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.5 Veri Toplama Araçları

3.5.1 Kişisel Bilgi Formu

Anket formunda, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV tanı kitabında PMS için önerilen tanı kriterlerinden yararlanılarak sorular hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan form, katılımcıların sosyodemografik bilgileri, çalışma yaşamı özellikleri, genel sağlık ve yaşam biçimi bilgileri, menstruasyon ve doğurganlık özellikleri ve iş hayatına ilişkin özelliklerini belirleyecek nitelikte toplam 25 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.5.2 Premenstrual Sendrom Ölçeği

1982 yılında Halbreich ve Endicott tarafından premenstrual semptomları ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla geliştirilmiştir. 2006 yılında Gençdoğan tarafından geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılan PMS Ölçeği; DSM-III ve DSM-III-R temel alınarak oluşturulmuş 44 maddeli ve beş dereceli (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMS ölçeği uygulanırken katılımcılardan "adetten bir hafta önceki süre içindeki" yaşadıkları durumları dikkate alınarak işaretleme yapılması istenmektedir. Ölçek puanlanmasında, "hiç=1", "çok az=2", "bazen=3", "sık sık=4" ve "sürekli=5" puan olarak değerlendirilmektedir. PMS Ölçeğinin 9 alt boyutu vardır. Bunlar; ağrı, şişkinlik, iştah değişiklikleri, sinirlilik, anksiyete, yorgunluk, depresif duygulanım, depresif düşünceler ve uyku değişiklikleridir. Her bir alt boyut için ayrı ayrı puan hesaplanabilirken, bu alt boyutlardan elde edilen puanlar bir araya getirilerek "PMSÖ Toplam Puanı" oluşturulmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 44 ile 220 arasındadır. Puanın yüksek olması, premenstrual sendrom belirtilerinin daha yoğun olduğunu göstermektedir. Ölçekten 110'un üzerinde puan alan kişilerde PMS varlığı kabul edilmektedir. Ayrıca, 132 ve üzeri puan alan bireyler, PMS' nin varlığıyla birlikte belirtilerin daha belirgin olduğu grup içinde değerlendirilmektedir. PMS şiddetini belirlemek için ise şu sınıflandırma kullanılmaktadır:

- 44 puan : PMS yok
- 45-103 puan : PMS hafif düzeyde
- 104-163 puan : PMS orta düzeyde
- 164-220 puan **:** PMS şiddetli düzeyde

Literatürde PMSÖ kullanılarak yürütülen çalışmalara ait farklı değerlendirme metotlarının olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda PMS düzeyleri PMS yok, hafif, orta ve şiddetli olarak değerlendirilmiş ve veriler PMS alt boyutları ile toplam puan üzerinden değerlendirilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,75 olup, bu çalışma için Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak hesaplanmıştır (Ek-3).

Bu araştırmanın verilerine dayalı yapılan; "Premenstrual Sendrom Ölçeğinin" toplam ölçek ve alt boyutlarına ait güvenirlik analizlerinin sonuçları aşağıdaki Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3. 1: Premenstrual Sendrom Ölçeği Toplam Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Premenstrual Sendrom	0,977	44
Depresif Duygulanım	0,941	7
Anksiyete	0,913	7
Yorgunluk	0,920	6
Sinirlilik	0,924	5
Depresif Düşünceler	0,946	7
Ağrı	0,906	3
İştah Değişimleri	0,911	3
Uyku Değişimleri	0,865	3
Şişkinlik	0,867	3

Premenstrual Sendrom Ölçeği için Cronbach's alpha katsayısı 0.977 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach's alpha değerleri ise şu şekildedir: depresif duygulanım 0.941, anksiyete 0.913, yorgunluk 0.920, sinirlilik 0.924, depresif düşünceler 0.946, ağrı 0.906, iştah değişiklikleri 0.911, uyku değişiklikleri 0.865 ve şişkinlik 0.867. Bu güvenilirlik analizi sonuçları, kullanılan ölçeğin genel olarak yüksek güvenilirlik taşıdığını ve alt boyutlarının da kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 3.1).

Bu araştırmanın verilerine dayalı yapılan; "Premenstrual Sendrom Ölçeğinin" toplam ölçek ve alt boyutlarına ait normallik varsayımlarından basıklık-çarpıklık değerleri değerlendirilmiş ve sonuçları aşağıdaki Tablo 3.2'de yer almaktadır.

Tablo 3. 2: Premenstrual Sendrom Ölçeği Normallik Dağılım Analizine İlişkin Bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Test istatistiği	Sd	p		
Premenstrual Sendrom	0,049	214	0,200*	0,205	-0,412
Depresif Duygulanım	0,101	214	0,001	-0,138	-0,561
Anksiyete	0,124	214	0,001	0,766	-0,147
Yorgunluk	0,066	214	0,025	-0,046	-0,636
Sinirlilik	0,092	214	0,001	0,086	-0,726
Depresif Düşünceler	0,102	214	0,001	0,528	-0,605
Ağrı	0,112	214	0,001	-0,207	-0,832
İştah Değişimleri	0,134	214	0,001	-0,233	-0,924
Uyku Değişimleri	0,089	214	0,001	0,146	-0,815
Şişkinlik	0,146	214	0,001	-0,477	-0,527

Kolmogorov-Smirnov testi, *p>0.05, Sd: Serbestlik derecesi

Premenstrual Sendrom Ölçeği için normal dağılımın varsayımlarına ilişkin basıklık ve çarpıklık değerlerinin ±2 arasında olduğu, ayrıca örneklem hacminin n>30 olduğu dikkate alınarak, ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 3.2).

3.5.3 İş Yaşam Kalitesi Ölçeği

İş Yaşam Kalitesi Ölçeği (Work-Related Quality of Life Scale), sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini ölçmek için Van Laar, Edwards ve Easton (2007) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe' ye uyarlama ve geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını ise Hüseyin Akar ve Mehmet Üstüner (2017) gerçekleştirmiştir. İş yaşam kalitesi ölçeği 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 7., 9. ve 19. maddelerin ters puanlanma yapılması gerekmektedir. Ölçek 5'li likert tipinde derecelendirme ile "1=Katılmıyorum, 2=Az katılıyorum, 3=Orta düzeyde katılıyorum, 4=Çoğunlukla katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır; "İş ve kariyer memnuniyeti, genel iyi olma hali, işi kontrol edebilme, iş yaşamında stres, çalışma koşulları ve aile-iş yaşamı dengesi" dir.

Puan hesaplaması 1 ile 5 arasında ve aritmetik ortalamalarının yorumlanmasında; 1,00-1,80 arası "hiçbir zaman", 1,81-2,60 arası "nadiren", 2,61-3,40 arası "bazen", 3,41-4,20 arası "çoğu zaman", 4,21-5,00 arası "her zaman" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin genelinde Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayısının 0.91 olduğu, alt boyutların ise 0.75 ile 0.88 arasında değişen Cronbach's alpha katsayılarına sahip olduğu belirtilmiştir (Akar ve Üstüner, 2017:164-171). Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,932 olarak bulunmuştur (Ek-4).

Bu araştırmanın verilerine dayalı yapılan; "İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin" toplam ölçek ve alt boyutlarına ait güvenirlik analizlerinin sonuçları aşağıdaki Tablo 3.3'de sunulmuştur.

Tablo 3. 3: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Ölçek ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
İş Yaşam Kalitesi	0,932	23
İş Kariyer Memnuniyeti	0,799	6
Genel İyi Olma	0,823	6
İşi Kontrol Etme	0,780	3
Çalışma Koşulları	0,853	3
İş Yaşamında Stres	0,686	2
Aile-İş Yaşamı Dengesi	0,750	3

İş Yaşam Kalitesi Ölçeği için Cronbach's alpha katsayısı 0.932 olarak bulunmuştur. İş yaşam kalitesi boyutlarına ait Cronbach's alpha katsayıları şu şekilde bulunmuştur: iş kariyer memnuniyeti 0.799, genel iyi olma 0.823, işi kontrol etme 0.780, çalışma koşulları 0.853, iş yaşamında stres 0.686 ve aile-iş yaşamı dengesi 0.750. Bu güvenilirlik analizi sonuçları, kullanılan ölçeğin genel olarak yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ve alt boyutlarının da kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir (Tablo 3.3).

Bu araştırmanın verilerine dayalı yapılan; "İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin" toplam ölçek ve alt boyutlarına ait normallik varsayımlarından basıklık-çarpıklık değerleri değerlendirilmiş ve sonuçları aşağıdaki Tablo 3.4'de sunulmuştur.

Tablo 3. 4: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Normallik Dağılım Analizine İlişkin Bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	Kolmogorov-Smirnov			Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
	Test istatistiği	Sd	p		
İş Yaşam Kalitesi	0,033	214	0,200*	0,058	-0,295
İş Kariyer Memnuniyeti	0,053	214	0,200*	0,009	-0,425
Genel İyi Olma	0,062	214	0,045	0,017	-0,409
İşi Kontrol Etme	0,096	214	0,001	0,230	-0,679
Çalışma Koşulları	0,089	214	0,001	0,117	-0,938
İş Yaşamında Stres	0,159	214	0,001	-0,585	-0,506
Aile-İş Yaşamı Dengesi	0,075	214	00,005	0,169	-0s,591
Aile-İş Yaşamı Dengesi	0,075	214	00,005	0,169	-0s,591

Kolmogorov-Smirnov testi, *p>0.05, Sd: Serbestlik derecesi

İş Yaşam Kalitesi Ölçeği için normal dağılım varsayımlarını inceleyen basıklık ve çarpıklık değerlerinin ±2 aralığında olduğu ve örneklem hacminin n>30 olduğu dikkate alındığında, ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 3.4).

3.6 Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, izinleri alınmış premenstrual sendrom ölçeği ve iş yaşam kalitesi ölçeği ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket uygulamasından önce tüm katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu sunulmuş ve araştırmaya katılma gönüllülük esasına dayalı olarak sağlanmıştır.

3.7 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizi SPSS 27v istatistiksel programı kullanılarak, elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır. Frekans ve Yüzde analizleri, karşılaştırma analizleri (bağımsız örneklem t testi, Tek yönlü varyans analizi) ilişki analizi (korelasyon analizi) ve güvenilirlik analizleri (cronbach's alpha) kullanılmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır.

Verilerin analizinde normallik dağılım testlerinden Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup analiz sonucunda normallik varsayımları sağlandığından parametrik testlerden faydalanılmıştır. Bağımsız 2 grubun ortalamaları karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında tek yönlü varyans (One-way ANOVA) analizi testi sonucu kullanılmıştır. ANOVA testi için varyans homojenliği için Levene testi ve grup farklılıkları için ise varyans homojenliği sağlanıyorsa ($p \geq 0.05$) Tukey HSD ve LSD, varyans homojenliği sağlanmıyor ise ($p < 0.05$) Tamhane çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Ölçek boyutları ilişki analizinde Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha katsayısı kullanılmıştır. Tüm test sonuçları 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın Etik Yönü araştırmanın uygulanabilmesi için, veri toplamaya başlamadan önce İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu' ndan 22.12.2023 tarihli ve 2023/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek (Ek-7) etik kurul onayı ve İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü 13.03.2024 tarihli ve 2024/05 sayılı kararınca (Ek-8) araştırma onayı alınmıştır. Çalışma tüm detayların gizli kalacağı ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilecekleri belirtilerek, katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onamı alınmıştır (Ek-1). Katılımcıların isimleri formda yer almamış ve sağladıkları bilgiler yalnızca araştırma amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçları ile ilgili gerekli izinler alınmıştır (Ek-5; Ek-6).

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri, kişisel bildirime dayalı olup, örneklem grubu yalnızca İstanbul ilindeki Başakşehir Devlet Hastanesi'nde çalışan, gönüllü olan ve dahil edilme kriterlerine uyan kadın sağlık çalışanlarıyla sınırlıdır. Bu nedenle, elde edilen bulguların genellenebilirliği farklı coğrafi bölgelerde ve farklı sağlık kurumlarında çalışan bireyler için kısıtlı olabilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Premenstrual sendromun sağlık çalışanı kadınlarda iş yaşam kalitesine etkisini inceleyen bu çalışmanın bulguları, bu bölümde sunulmaktadır.

4.1 Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulguları

Bu kısımda kadınların sosyodemografik özelliklerine, çalışma yaşamı özelliklerine, genel sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine, menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine son olarak da iş yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımlara yer verilmiştir.

Aşağıdaki tabloda sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4. 1: Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)

Sosyodemografik Özellikler					
	N	$\bar{X}$	**SS**	**Minimum**	**Maksimum**
Yaş	214	33.83	7.69	22	49
				Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Medeni Durum	Evli			114	53.3
	Bekar			74	34.6
	Boşanmış			20	9.3
	Eşini kaybetmiş			6	2.8
Eğitim düzeyi	İlkokul			4	1.9
	Ortaokul			3	1.4
	Lise			17	7.9
	Ön lisans			45	21.0
	Lisans			112	52.3
	Lisansüstü			33	15.4
Meslek	Sağlık Hizmetleri Sınıfı			39	18.2
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı			137	64.0
	Diğer Sağlık Hizmetleri Sınıfı			38	17.8

Katılımcıların yaş ortalaması 33,83±7,69 (min=22, maks=49) olarak belirlenmiştir. %53,3'ü evli, %34,6'sı bekar, %9,3'ü boşanmış ve %2,8'i eşini kaybetmiştir. Eğitim durumlarına göre %52,3'ü lisans, %21,0'ı ön lisans, %15,4'ü lisansüstü, %4,7'si ise lise ve altı seviyededir. Meslek gruplarında %64,0'ı yardımcı sağlık hizmetlerinde, %18,2'si sağlık hizmetlerinde, %17,8'i ise diğer sağlık hizmetlerinde çalışmaktadır (Tablo 4.1).

Aşağıdaki tabloda sağlık çalışanlarının çalışma yaşamı özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4. 2: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamı Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)

Çalışma Yaşamı Özellikleri			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Çalışma Süresi	1-5 yıl	79	36.9
	6-15 yıl	72	33.6
	16-25 yıl	53	24.8
	25 yıldan fazla	10	4.7
Çalışma Saatleri	Gece	2	0.9
	Gündüz	95	44.4
	Gece/Gündüz	117	54.7

Çalışma süreleri incelendiğinde sağlık çalışanlarının %36,9'u 1-5 yıl, %33,6'sı 6-15 yıl, %24,8'i 16-25 yıl ve %4,7'si 25 yıldan fazla bir süredir çalışmaktadır. Çalışma saatlerine göre, sağlık çalışanlarının %54,7'si gece/gündüz vardiyasında çalışırken, %44,4'ü gündüz, sadece %0,9'u gece vardiyasında çalışmaktadır (Tablo 4.2).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının genel sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4. 3: Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)

Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri						
		N	$\bar{X}$	**SS**	**Minimum**	**Maksimum**
Kilo (kg)		214	64.55	11.90	43.0	117.0
Boy (cm)		214	162.57	5.80	150	178
BKİ (kg/m^2)		214	24.41	4.24	16.94	42.98
					Sayı (n)	**Yüzde (%)**
BKİ düzey	Zayıf				8	3.7
	Normal kilolu				132	61.7
	Fazla kilolu				50	23.4
	I.derece obez				20	9.3
	II.derece obez				3	1.4
	III.derece obez				1	0.5
Sigara kullanma	Evet				65	30.4
	Hayır				149	69.6
Alkol kullanma	Evet				31	14.5
	Hayır				183	85.5
Düzenli egzersiz	Evet				32	15.0
	Hayır				182	85.0

Sağlık çalışanlarının kilo ortalaması 64,55±11,90 (min=43 maks=117) ve boy ortalaması 162,57±5,80 (min=150 maks=178) olarak bulunmuştur. Katılımcılar, BKİ sınıflamasına göre incelendiğinde, %74,6'sı normal kiloda olarak belirlenmiştir. BKİ ortalaması 24,41±4,24 (min=16,9, maks=42,9) olarak bulunmuştur. BKİ düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların %3,7'si zayıf, %61,7'si normal kilolu, %23,4'ü fazla kilolu, %9,3'ü I. derece obez, %1,4'ü II. derece obez ve %0,5'i ise III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanma durumu incelendiğinde %30,4'ü sigara kullandığını belirtirken, %69,6'sı kullanmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %14,5'i alkol kullanırken %85,5'i ise kullanmamaktadır. Ayrıca, kadınların %15,0'inin düzenli egzersiz yaptığı, %85,0'inin ise düzenli egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Sağlık çalışanlarının menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4. 4: Sağlık Çalışanlarının Menstruasyon ve Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)

Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
İlk adet yaşı	12 ve altı	55	25.7
	13-15 yaş	140	65.4
	16 ve üzeri	19	8.9
Adet Düzeni	Düzenli	175	81.8
	Düzensiz	39	18.2
Adet Süresi	1-5 gün	95	44.4
	6-10 gün	119	55.6
Gebelik Sayısı	Hiç	97	45.3
	1-3 kez	109	50.9
	4 ve üzeri	8	3.7
Doğum Sayısı	Hiç	100	46.7
	1-3 kez	100	46.7
	4 ve üzeri	14	6.5
Adetliyken ilaç kullanma	Evet	93	43.5
	Hayır	121	56.5
Adetliyken ağrı yaşama	Evet	157	73.4
	Hayır	57	26.6

Çalışmaya katılanların ilk adet yaşına bakıldığında %65,4'ü ilk adetlerini 13-15 yaş arasında görmüştür. %25,7'si 12 yaş ve daha küçük yaşta adet görmeye başlarken, %8,9'u ise 16 yaş ve üzerinde ilk adetini görmüştür. Katılımcıların %81,8'i adetlerinin düzenli olduğunu belirtirken, %18,2'si düzensiz adet döngülerine sahiptir.

Adet süresi açısından, %55,6'sı adetlerinin 6-10 gün sürdüğünü, %44,4'ü ise 1-5 gün sürdüğünü belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %50,9'u 1-3 kez gebelik yaşamış, %45,3'ü hiç gebe kalmamış, %3,7'si ise 4 ve üzeri gebelik yaşamıştır.
Doğum sayısı incelendiğinde, %46,7'si hiç doğum yapmamış, %46,7'si 1-3 kez doğum yapmış ve %6,5'i 4 ve üzeri doğum yapmıştır. Adetliyken ilaç kullandığını belirtenlerin oranı %43,5 iken %56,5'i ilaç kullanmadığını ifade etmiştir. Adet döneminde ağrı yaşama durumu incelendiğinde %73,4'ü ağrı yaşadığını, %26,6'sı ise ağrı yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının iş hayatı özelliklerine ilişkin dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4. 5: Sağlık Çalışanlarının İş Hayatı Özelliklerine İlişkin Dağılımı (n=214)

İş Hayatı Özellikleri			
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Adetliyken işte devamsızlık yapma	Evet	17	7.9
	Hayır	197	92.1
Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi	Evet	105	49.1
	Hayır	109	50.9
Adet öncesi dönemdeki sorunların çevre tarafından fark edilmesi	Evet	117	54.7
	Hayır	97	45.3

Katılımcıların %92,1'i adetliyken işte devamsızlık yapmadığını, %7,9'u ise işte devamsızlık yaptığını belirtmiştir. Adet öncesi dönemde yaşadığı sorunların iş yaşamını etkileme durumuna bakıldığında kadınların %49,1'i adet öncesi dönemde yaşadığı sorunların iş yaşamını etkilediğini, %50,9'u ise etkilemediğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %54,7'si adet öncesi dönemde yaşadığı sorunların çevresindeki kişiler tarafından fark edildiğini, %45,3'ü ise çevresindeki kişiler tarafından fark edilmediğini belirtmiştir (Tablo 4.5).

4.2 Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulguları

Bu kısımda kadınların PMSÖ puanları, PMS prevalans düzeyleri, sosyodemografik özelliklerine, çalışma yaşamı özelliklerine, genel sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine, menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine son olarak da iş yaşamı özelliklerine göre karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Aşağıda sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 4.6' da sunulmuştur.

Tablo 4. 6: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	N	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
PMS	214	125.89	38.91	44.0	220.0
Depresif Duygulanım	214	20.61	7.04	7.0	35.0
Anksiyete	214	15.46	7.08	7.0	35.0
Yorgunluk	214	18.92	6.17	6.0	30.0
Sinirlilik	214	15.29	5.32	5.0	25.0
Depresif Düşünceler	214	17.05	7.91	7.0	35.0
Ağrı	214	9.57	3.49	3.0	15.0
İştah Değişimleri	214	9.96	3.54	3.0	15.0
Uyku Değişimleri	214	8.47	3.47	3.0	15.0
Şişkinlik	214	10.56	3.30	3.0	15.0

Sağlık çalışanının premenstrual sendrom ölçeği puan ortalaması 125,89±38,91 (min=44 maks=220) olarak hesaplanmıştır. Depresif duygulanım puan ortalaması 20,61±7,04, anksiyete puan ortalaması 15,46±7,08, yorgunluk puan ortalaması 18,92±6,17, sinirlilik puan ortalaması 15,29±5,32, depresif düşünceler için puan ortalaması 17,05±7,91, ağrı puan ortalaması 9,57±3,49, iştah değişimleri puan ortalaması 9,96±3,54, uyku değişimleri için puan ortalaması 8,47±3,47 ve şişkinlik puan ortalaması 10,56±3,30 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom prevalans düzeylerinin dağılımı Tablo 4.7'de gösterilmektedir.

Tablo 4. 7: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Prevalans Düzeylerinin Dağılımı (n=214)

Premenstrual Sendrom Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
PMS Yok	1	0.5
Hafif düzeyde	57	26.6
Orta düzeyde	117	54.7
Şiddetli düzeyde	39	18.2

Katılımcıların PMS düzeyleri; %0,5'i PMS yok, %26,6'sı hafif düzey, %54,7'si orta düzey ve %18,2'sinde şiddetli düzeydedir (Tablo 4.7).

4.2.3 Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek Puanlarının Kişisel Özelliklerine Göre Karşılaştırma Analizleri

Aşağıda, premenstrual sendrom ölçek puanlarının sosyodemografik, çalışma yaşamı, genel sağlık ve yaşam biçimi alışkanlıkları, menstruasyon ve doğurganlık durumları ile iş yaşamı özelliklerine göre yapılan karşılaştırmalar tablolar halinde sunulmuştur.

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının yaş dağılıma göre karşılaştırması Tablo 4.8'de incelenmiştir.

Tablo 4. 8: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Dağılıma Göre Karşılaştırması

Yaş	Premenstrual Sendrom	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik
r	-.155*	-.214**	-0.011	-.185**	-.184**	-0.084	-0.101	-.139*	-0.112	-0.131
p	0.023	0.002	0.869	0.007	0.007	0.223	0.139	0.043	0.101	0.055

Pearson korelasyon, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının yaşları ile premenstrual sendrom ölçek puanları arasındaki ilişki, Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Sonuçlar, yaş ile premenstrual sendrom puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (r=-0,155, p<0.05). Bu durum, yaş arttıkça premenstrual sendrom belirtilerinin azalma eğiliminde olduğunu işaret etmektedir. Ayrıca, depresif duygulanım (r=-0,214, p<0.01), yorgunluk (r=-0,185, p<0,01), sinirlilik (r=-0,184, p<0,01) ve iştah değişimleri (r=-0,139, p<0.05 alt boyutlarında da yaş ile negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.8).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre karşılaştırması Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4. 9: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması

	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evli	114	117.88	37.26	5.483	2.211	0.005**
	Bekar	74	134.04	40.68			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	137.81	33.93			
Depresif Duygulanım	Evli	114	19.25	7.01	4.786	2.211	0.009**
	Bekar	74	22.27	6.74			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	21.88	7.02			
Anksiyete	Evli	114	14.57	6.74	2.622	2.211	0.075
	Bekar	74	15.99	7.27			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	17.85	7.57			
Yorgunluk	Evli	114	18.01	6.18	2.965	2.211	0.054
	Bekar	74	19.70	6.29			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	20.69	5.21			
Sinirlilik	Evli	114	14.30	5.17	4.674	2.211	0.010**
	Bekar	74	16.65	5.57			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	15.81	4.41			
Depresif Düşünceler	Evli	114	15.44	7.47	5.244	2.211	0.006**
	Bekar	74	18.82	8.20			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	19.04	7.74			
Ağrı	Evli	114	9.23	3.37	1.389	2.211	0.251
	Bekar	74	9.82	3.68			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	10.35	3.43			
İştah Değişimleri	Evli	114	9.22	3.53	5.834	2.211	0.003**
	Bekar	74	10.65	3.47			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	11.23	3.10			
Uyku Değişimleri	Evli	114	7.92	3.30	3.301	2.211	0.039*
	Bekar	74	8.99	3.49			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	9.42	3.81			
Şişkinlik	Evli	114	9.95	3.20	4.436	2.211	0.013*
	Bekar	74	11.15	3.17			
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	11.54	3.64			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Medeni durum ile PMS puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2,211)}$= 5.483, p= 0.005, p<0.01). Boşanmış/eşini kaybetmiş ($\bar{X}$= 137.81, SS = 33.93) ve bekar çalışanlar ($\bar{X}$= 134.04, SS = 40.68), evlilere ($\bar{X}$= 117.88, SS = 37.26) göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir.

Depresif duygulanım: Medeni duruma göre anlamlı fark saptanmıştır ($F_{(2,211)}$ = 4.786, p= 0.009, p<0.01). Bekar ($\bar{X}$= 22.27, SS = 6.74) ve boşanmış/eşini kaybetmiş çalışanlar (M= 21.88, SS = 7.02), evli çalışanlardan ($\bar{X}$= 19.25, SS = 7.01) kıyasla daha yüksek puan almıştır.

Sinirlilik: puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, ($F_{(2,211)}$= 4.674, p = 0.010, p<0.01). Bekar ($\bar{X}$= 16.65, SS = 5.57) ve boşanmış/eşini kaybetmiş çalışanlar ($\bar{X}$= 15.81, SS = 4.41), evli çalışanlardan (M= 14.30, SS = 5.17) daha yüksek puan almıştır.

Depresif düşünceler: Medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur, ($F_{(2,211)}$ = 5.244, p = 0.006, p<0.01). Boşanmış/Eşini kaybetmiş ($\bar{X}$= 19.04, SS = 7.74) ve bekar sağlık çalışanları ($\bar{X}$= 18.82, SS = 8.20) evli sağlık çalışanlarına ($\bar{X}$= 15.44, SS = 7.47) göre daha yüksek depresif düşünceler bildirmiştir.

İştah değişimleri: Medeni durum ile arasında anlamlı bir fark bulunmuştur, ($F_{(2,211)}$= 5.834, p= 0.003, p<0.01). Boşanmış/Eşini kaybetmiş ($\bar{X}$= 11.23, SS = 3.10) ve bekar sağlık çalışanları ($\bar{X}$= 10.65, SS = 3.47) evli sağlık çalışanlarına ($\bar{X}$= 9.22, SS = 3.53) göre daha fazla iştah değişimleri bildirmiştir.

Uyku değişimleri: Medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunmuştur, ($F_{(2,211)}$= 3.301, p= 0.039, p<0.05). Boşanmış/Eşini kaybetmiş sağlık çalışanları ($\bar{X}$= 9.42, SS = 3.81), bekar ($\bar{X}$= 8.99, SS = 3.49) ve evli sağlık çalışanlarına ($\bar{X}$= 7.92, SS = 3.30) göre daha yüksek uyku değişimleri bildirmiştir.

Son olarak, şişkinlik puanları arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(2,211)}$ = 4.436, p= .013, p<0.05). Boşanmış/Eşini kaybetmiş çalışanlar ($\bar{X}$= 11.54, SS = 3.64), bekar ($\bar{X}$= 11.15, SS = 3.17) ve evli çalışanlara ($\bar{X}$= 9.95, SS = 3.20) göre daha yüksek şişkinlik bildirmiştir (Tablo 4.9).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırmasına Tablo 4.10'da yer verilmiştir.

Tablo 4. 10: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması

	Eğitim Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Lise ve altı	24	120.17	35.63	1.322	3.210	0.268
	Ön lisans	45	132.76	41.06			
	Lisans	112	127.12	38.22			
	Lisansüstü	33	116.52	39.87			
Depresif Duygulanım	Lise ve altı	24	17.33	5.90	2.047	3.210	0.108
	Ön lisans	45	21.20	7.31			
	Lisans	112	21.10	6.91			
	Lisansüstü	33	20.55	7.53			
Anksiyete	Lise ve altı	24	15.46	6.34	0.218	3.210	0.884
	Ön lisans	45	16.04	7.86			
	Lisans	112	15.44	7.09			
	Lisansüstü	33	14.73	6.67			
Yorgunluk	Lise ve altı	24	18.38	5.93	2.081	3.210	0.104
	Ön lisans	45	19.98	6.14			
	Lisans	112	19.27	6.11			
	Lisansüstü	33	16.70	6.29			
Sinirlilik	Lise ve altı	24	14.13	5.10	1.490	3.210	0.218
	Ön lisans	45	16.47	5.57			
	Lisans	112	15.36	5.18			
	Lisansüstü	33	14.33	5.48			
Depresif Düşünceler	Lise ve altı	24	17.42	7.40	0.759	3.210	0.518
	Ön lisans	45	18.36	7.98			
	Lisans	112	16.83	8.12			
	Lisansüstü	33	15.73	7.54			
Ağrı	Lise ve altı	24	10.25	3.27	3.258	3.210	0.023*
	Ön lisans	45	10.33	3.56			
	Lisans	112	9.57	3.49			
	Lisansüstü	33	8.03	3.18			
İştah Değişimleri	Lise ve altı	24	9.00	3.90	1.211	3.210	0.307
	Ön lisans	45	10.27	3.97			
	Lisans	112	10.21	3.33			
	Lisansüstü	33	9.36	3.29			
Uyku Değişimleri	Lise ve altı	24	8.17	3.31	1.644	3.210	0.180
	Ön lisans	45	9.29	3.49			
	Lisans	112	8.47	3.40			
	Lisansüstü	33	7.58	3.68			
Şişkinlik	Lise ve altı	24	10.04	3.10	1.739	3.210	0.160
	Ön lisans	45	10.82	3.22			
	Lisans	112	10.87	3.22			
	Lisansüstü	33	9.52	3.65			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Ağrı puanları dışında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05). Ağrı puanlarında lise ve altı ($\bar{X}$= 0.25, SS=3.27) ile lisansüstü eğitim düzeyleri ($\bar{X}$=8.03, SS=3.18) arasında anlamlı fark göstermiştir ($F_{(3,210)}$= 3.258, p = 0.023, p<0.05) (Tablo 4.10).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırması Tablo 4.11'de sunulmuştur.

Tablo 4. 11: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması

	Meslek Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	P
Premenstrual Sendrom	Sağlık Hizmetleri	39	117.74	37.19	1.354	2.211	0.260
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	128.91	39.89			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	123.34	36.53			
Depresif Duygulanım	Sağlık Hizmetleri	39	19.87	7.05	2.789	2.211	0.064
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	21.40	7.05			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	18.53	6.65			
Anksiyete	Sağlık Hizmetleri	39	13.97	6.73	1.089	2.211	0.339
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	15.87	7.24			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	15.50	6.79			
Yorgunluk	Sağlık Hizmetleri	39	18.05	6.10	0.575	2.211	0.564
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	19.23	6.30			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	18.71	5.83			
Sinirlilik	Sağlık Hizmetleri	39	14.41	5.19	0.992	2.211	0.373
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	15.66	5.45			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	14.87	4.94			
Depresif Düşünceler	Sağlık Hizmetleri	39	15.03	7.30	1.564	2.211	0.212
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	17.50	8.14			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	17.47	7.54			
Ağrı	Sağlık Hizmetleri	39	8.62	3.55	1.891	2.211	0.153
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	9.72	3.44			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	10.00	3.53			
İştah Değişimleri	Sağlık Hizmetleri	39	9.44	3.57	1.103	2.211	0.334
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	10.23	3.49			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	9.53	3.65			
Uyku Değişimleri	Sağlık Hizmetleri	39	7.77	3.57	1.179	2.211	0.310
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	8.72	3.41			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	8.32	3.53			
Şişkinlik	Sağlık Hizmetleri	39	10.59	3.40	0.038	2.211	0.962
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	10.58	3.29			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	10.42	3.29			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ve alt boyutları ortalama puanları meslek gruplarına göre tek yönlü varyans analizi testi ile incelendiğinde, meslek grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.11).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının çalışma sürelerine göre karşılaştırması Tablo 4.12'te sunulmuştur.

Tablo 4. 12: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırması

	Çalışma Süresi	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
Premenstrual Sendrom	1-5 yıl	79	120.17	35.63	0.859	3.210	0.463
	6-15 yıl	72	132.76	41.06			
	16-25 yıl	53	127.12	38.22			
	25 yıldan fazla	10	116.52	39.87			
Depresif Duygulanım	1-5 yıl	79	17.33	5.90	1.799	3.210	0.148
	6-15 yıl	72	21.20	7.31			
	16-25 yıl	53	21.10	6.91			
	25 yıldan fazla	10	20.55	7.53			
Anksiyete	1-5 yıl	79	15.46	6.34	0.324	3.210	0.808
	6-15 yıl	72	16.04	7.86			
	16-25 yıl	53	15.44	7.09			
	25 yıldan fazla	10	14.73	6.67			
Yorgunluk	1-5 yıl	79	18.38	5.93	1.269	3.210	0.286
	6-15 yıl	72	19.98	6.14			
	16-25 yıl	53	19.27	6.11			
	25 yıldan fazla	10	16.70	6.29			
Sinirlilik	1-5 yıl	79	14.13	5.10	1.887	3.210	0.133
	6-15 yıl	72	16.47	5.57			
	16-25 yıl	53	15.36	5.18			
	25 yıldan fazla	10	14.33	5.48			
Depresif Düşünceler	1-5 yıl	79	17.42	7.40	0.594	3.210	0.620
	6-15 yıl	72	18.36	7.98			
	16-25 yıl	53	16.83	8.12			
	25 yıldan fazla	10	15.73	7.54			
Ağrı	1-5 yıl	79	10.25	3.27	0.187	3.210	0.905
	6-15 yıl	72	10.33	3.56			
	16-25 yıl	53	9.57	3.49			
	25 yıldan fazla	10	8.03	3.18			
İştah Değişimleri	1-5 yıl	79	9.00	3.90	0.706	3.210	0.549
	6-15 yıl	72	10.27	3.97			
	16-25 yıl	53	10.21	3.33			
	25 yıldan fazla	10	9.36	3.29			
Uyku Değişimleri	1-5 yıl	79	8.17	3.31	1.046	3.210	0.549
	6-15 yıl	72	9.29	3.49			
	16-25 yıl	53	8.47	3.40			
	25 yıldan fazla	10	7.58	3.68			
Şişkinlik	1-5 yıl	79	10.04	3.10	0.163	3.210	0.921
	6-15 yıl	72	10.82	3.22			
	16-25 yıl	53	10.87	3.22			
	25 yıldan fazla	10	9.52	3.65			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ve alt boyutları ortalama puanları çalışma süresine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde, çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark görülmemektedir (p>0.05) (Tablo 4.12).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının çalışma saatlerine göre karşılaştırılması Tablo 4.13'te sunulmuştur.

Tablo 4. 13: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Karşılaştırılması

	Çalışma Saatleri	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	P
Premenstrual Sendrom	Gündüz	95	128.52	40.38	0.841	210	0.401
	Gece/Gündüz	117	123.99	37.74			
Depresif Duygulanım	Gündüz	95	21.09	7.41	0.858	210	0.392
	Gece/Gündüz	117	20.26	6.79			
Anksiyete	Gündüz	95	15.83	7.47	0.621	210	0.535
	Gece/Gündüz	117	15.22	6.80			
Yorgunluk	Gündüz	95	19.22	5.99	0.702	210	0.484
	Gece/Gündüz	117	18.62	6.29			
Sinirlilik	Gündüz	95	15.76	5.22	1.105	210	0.270
	Gece/Gündüz	117	14.95	5.37			
Depresif Düşünceler	Gündüz	95	18.23	8.25	1.932	210	0.055
	Gece/Gündüz	117	16.13	7.58			
Ağrı	Gündüz	95	9.62	3.47	0.189	210	0.850
	Gece/Gündüz	117	9.53	3.50			
İştah Değişimleri	Gündüz	95	9.58	3.55	-1.521	210	0.130
	Gece/Gündüz	117	10.32	3.48			
Uyku Değişimleri	Gündüz	95	8.48	3.32	-0.006	210	0.995
	Gece/Gündüz	117	8.49	3.61			
Şişkinlik	Gündüz	95	10.69	3.28	0.477	210	0.634
	Gece/Gündüz	117	10.48	3.28			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Premenstrual sendrom ve alt boyutları ortalama puanları, çalışma saatlerine göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, çalışma saatlerine bağlı olarak PMS ve alt boyut ortalama puanları anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 4.13).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının BKİ değerlerine göre karşılaştırması Tablo 4.14'te gösterilmektedir.

Tablo 4. 14: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının BKİ Değerlerine Göre Karşılaştırması

BKİ	Premenstural Sendrom	Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik
r	-0.114	-0.124	-0.05	-0.118	-.174*	-0.076	-0.087	-0.03	-0.057	-0.107
p	0.096	0.07	0.464	0.086	0.011	0.269	0.204	0.661	0.407	0.119

Pearson korelasyon, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

BKİ ile PMSÖ puanları arasındaki ilişki, Pearson korelasyon testi ile incelenmiş; sağlık çalışanlarının BKİ değeri ile PMS alt boyutlarından sinirlilik arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (r=-0,174, p<0.05) (Tablo 4.14).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.15'de verilmiştir.

Tablo 4. 15: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Sigara Kullanma	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	65	132.88	40.16	1.744	210	0.083
	Hayır	149	122.84	38.08			
Depresif Duygulanım	Evet	65	21.66	7.04	1.443	210	0.150
	Hayır	149	20.15	7.02			
Anksiyete	Evet	65	16.52	7.24	1.458	210	0.146
	Hayır	149	14.99	6.98			
Yorgunluk	Evet	65	20.00	6.32	1.698	210	0.091
	Hayır	149	18.45	6.06			
Sinirlilik	Evet	65	15.85	5.31	1.002	210	0.317
	Hayır	149	15.05	5.32			
Depresif Düşünceler	Evet	65	17.94	8.16	1.089	210	0.277
	Hayır	149	16.66	7.80			
Ağrı	Evet	65	10.68	3.10	3.124	210	0.002**
	Hayır	149	9.09	3.55			
İştah Değişimleri	Evet	65	10.35	3.52	1.082	210	0.281
	Hayır	149	9.79	3.54			
Uyku Değişimleri	Evet	65	8.94	3.55	1.302	210	0.194
	Hayır	149	8.27	3.42			
Şişkinlik	Evet	65	10.94	3.63	1.122	210	0.263
	Hayır	149	10.39	3.14			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

PMS alt boyutlarından ağrı ortalama puanı açısından sigara kullanma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 3.124, p= 0.002, p<0.01). Sigara kullanan sağlık çalışanları ($\bar{X}$=10.68, SS=3.10), kullanmayan sağlık çalışanlarına ($\bar{X}$= 9.09, SS = 3.55) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek ağrı yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.15).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4. 16: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Alkol Kullanma	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	32	140.81	38.99	2.233	210	0.021*
	Hayır	182	123.36	38.42			
Depresif Duygulanım	Evet	32	23.84	6.25	2.802	210	0.006**
	Hayır	182	20.07	7.04			
Anksiyete	Evet	32	17.81	8.15	2.012	210	0.046*
	Hayır	182	15.06	6.83			
Yorgunluk	Evet	32	21.52	5.77	2.566	210	0.011*
	Hayır	182	18.48	6.14			
Sinirlilik	Evet	32	16.81	4.80	1.719	210	0.087
	Hayır	182	15.04	5.37			
Depresif Düşünceler	Evet	32	18.97	8.97	1.465	210	0.144
	Hayır	182	16.72	7.70			
Ağrı	Evet	32	10.65	3.20	1.864	210	0.064
	Hayır	182	9.39	3.52			
İştah Değişimleri	Evet	32	10.74	3.40	1.337	210	0.183
	Hayır	182	9.83	3.55			
Uyku Değişimleri	Evet	32	9.42	3.47	1.652	210	0.100
	Hayır	182	8.31	3.45			
Şişkinlik	Evet	32	11.06	3.83	0.929	210	0.354
	Hayır	182	10.47	3.20			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Alkol kullanımına göre PMS puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 2.233, p= 0.021, p<0.05). Alkol kullanan çalışanların; depresif duygulanım ($\bar{X}$=23.84, SS=6.25), anksiyete ($\bar{X}$=17.81, SS= 8.15) ve yorgunluk puanları ($\bar{X}$= 21.52, SS = 5.77), alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.16).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.17'de sunulmuştur.

Tablo 4. 17: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Düzenli Egzersiz	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	31	133.44	35.61	1.191	210	0.235
	Hayır	183	124.56	39.40			
Depresif Duygulanım	Evet	31	21.75	6.62	0.991	210	0.323
	Hayır	183	20.41	7.11			
Anksiyete	Evet	31	17.69	6.90	1.945	210	0.053
	Hayır	183	15.07	7.06			
Yorgunluk	Evet	31	19.56	5.09	0.637	210	0.525
	Hayır	183	18.81	6.35			
Sinirlilik	Evet	31	15.69	4.83	0.452	210	0.651
	Hayır	183	15.23	5.41			
Depresif Düşünceler	Evet	31	18.66	8.16	1.249	210	0.213
	Hayır	183	16.76	7.86			
Ağrı	Evet	31	9.84	3.22	0.480	210	0.632
	Hayır	183	9.52	3.54			
İştah Değişimleri	Evet	31	9.97	3.39	0.019	210	0.985
	Hayır	183	9.96	3.57			
Uyku Değişimleri	Evet	31	9.75	3.36	2.283	210	0.023*
	Hayır	183	8.25	3.45			
Şişkinlik	Evet	31	10.53	3.16	-0.046	210	0.963
	Hayır	183	10.56	3.33			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

PMS tüm alt boyutlarından uyku değişimleri açısından düzenli egzersiz yapma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 2.283, p= 0.023, p<0.05). Düzenli egzersiz yapanların ($\bar{X}$= 9.75, SS = 3.36), yapmayanlara ($\bar{X}$= 8.25, SS = 3.45) göre daha yüksek uyku değişimleri puanlarına sahiptir (Tablo 4.17).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının ilk adet yaşı durumuna göre karşılaştırılmasına Tablo 4.18'de yer verilmiştir.

Tablo 4. 18: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının İlk Adet Yaşı Durumuna Göre Karşılaştırılması

	İlk Adet Yaşı	N	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
Premenstrual Sendrom	12 ve daha küçük	55	130.76	38.71	0.652	2.211	0.522
	13-15 yaş	140	124.64	39.11			
	16 ve üzeri	19	121.00	38.67			
Depresif Duygulanım	12 ve daha küçük	55	21.27	7.46	0.387	2.211	0.679
	13-15 yaş	140	20.46	6.93			
	16 ve üzeri	19	19.84	6.84			
Anksiyete	12 ve daha küçük	55	16.31	7.63	0.910	2.211	0.404
	13-15 yaş	140	15.34	7.02			
	16 ve üzeri	19	13.84	5.71			
Yorgunluk	12 ve daha küçük	55	19.35	6.10	0.419	2.211	0.658
	13-15 yaş	140	18.90	6.24			
	16 ve üzeri	19	17.84	6.09			
Sinirlilik	12 ve daha küçük	55	16.20	5.01	1.265	2.211	0.285
	13-15 yaş	140	14.89	5.45			
	16 ve üzeri	19	15.68	5.09			
Depresif Düşünceler	12 ve daha küçük	55	17.56	8.39	0.243	2.211	0.784
	13-15 yaş	140	16.96	7.82			
	16 ve üzeri	19	16.16	7.48			
Ağrı	12 ve daha küçük	55	9.84	3.25	0.272	2.211	0.762
	13-15 yaş	140	9.44	3.51			
	16 ve üzeri	19	9.74	4.15			
İştah Değişimleri	12 ve daha küçük	55	10.58	3.15	1.162	2.211	0.315
	13-15 yaş	140	9.73	3.62			
	16 ve üzeri	19	9.84	3.92			
Uyku Değişimleri	12 ve daha küçük	55	8.76	3.36	0.270	2.211	0.763
	13-15 yaş	140	8.39	3.49			
	16 ve üzeri	19	8.26	3.78			
Şişkinlik	12 ve daha küçük	55	10.89	3.01	0.801	2.211	0.450
	13-15 yaş	140	10.53	3.34			
	16 ve üzeri	19	9.79	3.77			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ve alt boyutları ortalama puanları ile ilk adet yaş grupları arasındaki ilişki, tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 4.18).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adet düzeni durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.19'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 19: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Düzeni Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Adet Düzeni	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Düzenli	175	124.25	38.97	-1.310	210	0.192
	Düzensiz	39	133.26	38.23			
Depresif Duygulanım	Düzenli	175	20.57	7.04	-0.179	210	0.858
	Düzensiz	39	20.79	7.15			
Anksiyete	Düzenli	175	14.98	6.95	-2.122	210	0.035*
	Düzensiz	39	17.62	7.35			
Yorgunluk	Düzenli	175	18.71	6.18	-1.036	210	0.301
	Düzensiz	39	19.85	6.13			
Sinirlilik	Düzenli	175	15.26	5.27	-0.183	210	0.855
	Düzensiz	39	15.44	5.59			
Depresif Düşünceler	Düzenli	175	16.68	7.94	-1.440	210	0.151
	Düzensiz	39	18.69	7.70			
Ağrı	Düzenli	175	9.50	3.49	-0.596	210	0.552
	Düzensiz	39	9.87	3.53			
İştah Değişimleri	Düzenli	175	9.85	3.57	-0.983	210	0.327
	Düzensiz	39	10.46	3.39			
Uyku Değişimleri	Düzenli	175	8,13	3.38	-3.159	210	0.002**
	Düzensiz	39	10.03	3.48			
Şişkinlik	Düzenli	175	10.57	3.29	0.090	210	0.928
	Düzensiz	39	10.51	3.36			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının adet düzenine göre PMS alt boyutlarında, anksiyete ($t_{(210)}$ = -2.122, p= 0.035, p<0.05) ve uyku değişimleri ($t_{(210)}$= -3.159, p= 0.002, p<0.01) puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Düzensiz adet döngüsüne sahip sağlık çalışanlarının anksiyete ($\bar{X}$= 17.62, SS = 7.35) ve uyku değişimleri ($\bar{X}$= 10.03, SS = 3.48) puanları, düzenli döngüsüne sahip olanlara göre daha yüksektir. Diğer PMS alt boyutlarında ise adet düzenine göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.19).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adet süresine göre karşılaştırılması Tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 20: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Süresine Göre Karşılaştırılması

	Adet Süresi	n	$\overline{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	1-5 gün	95	121.07	37.86	-1.624	210	0.106
	6-10 gün	119	129.73	39.46			
Depresif Duygulanım	1-5 gün	95	20.04	6.73	-1.058	210	0.291
	6-10 gün	119	21.07	7.28			
Anksiyete	1-5 gün	95	15.18	6.79	-0.514	210	0.608
	6-10 gün	119	15.68	7.32			
Yorgunluk	1-5 gün	95	18.13	6.04	-1.690	210	0.093
	6-10 gün	119	19.55	6.23			
Sinirlilik	1-5 gün	95	14.49	5.23	-1.978	210	0.049*
	6-10 gün	119	15.93	5.33			
Depresif Düşünceler	1-5 gün	95	16.61	7.80	-0.720	210	0.473
	6-10 gün	119	17.39	8.02			
Ağrı	1-5 gün	95	9.23	3.61	-1.269	210	0.206
	6-10 gün	119	9.84	3.39			
İştah Değişimleri	1-5 gün	95	9.48	3.43	-1.759	210	0.080
	6-10 gün	119	10.34	3.59			
Uyku Değişimleri	1-5 gün	95	7.88	3.31	-2.236	210	0.026*
	6-10 gün	119	8.94	3.53			
Şişkinlik	1-5 gün	95	10.02	3.36	-2.140	210	0.034*
	6-10 gün	119	10.98	3.19			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adet süresine göre PMS alt boyutları incelendiğinde, sinirlilik ($t_{(210)}$= -1.978, p= 0.049, p<0.05), uyku değişimleri ($t_{(210)}$= -2.236, p= 0.026, p<0.05), şişkinlik ($t_{(210)}$= -2.140, p= 0.034, p<0.05) puanlarında anlamlı farklar bulunmuştur. 6-10 gün süren adet döngüsüne sahip çalışanlar, 1-5 gün sürenlere göre daha yüksek sinirlilik, uyku değişimleri ve şişkinlik puanlarına sahiptir (Tablo 4.20).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının gebelik sayısına göre karşılaştırılması Tablo 4.21'de sunulmuştur.

Tablo 4. 21: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Gebelik Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
	Hiç	97	133.75	39.03			
Premenstrual Sendrom	1-3 kez	109	120.52	37.90	4.469	2.211	0.013*
	4 ve üzeri	8	103.63	33.59			
	Hiç	97	22.24	6.62			
Depresif Duygulanım	1-3 kez	109	19.49	7.18	5.755	2.211	0.004**
	4 ve üzeri	8	16.25	5.82			
	Hiç	97	15.99	7.15			
Anksiyete	1-3 kez	109	15.09	7.11	0.587	2.211	0.557
	4 ve üzeri	8	14.00	6.02			
	Hiç	97	19.85	6.25			
Yorgunluk	1-3 kez	109	18.30	6.08	2.491	2.211	0.085
	4 ve üzeri	8	16.13	5.06			
	Hiç	97	16.47	5.38			
Sinirlilik	1-3 kez	109	14.40	5.05	4.741	2.211	0.010**
	4 ve üzeri	8	13.13	5.77			
	Hiç	97	18.30	8.13			
Depresif Düşünceler	1-3 kez	109	16.19	7.68	2.694	2.211	0.070
	4 ve üzeri	8	13.50	6.50			
	Hiç	97	9.94	3.69			
Ağrı	1-3 kez	109	9.26	3.36	0.989	2.211	0.374
	4 ve üzeri	8	9.38	2.62			
	Hiç	97	10.70	3.34			
İştah Değişimleri	1-3 kez	109	9.50	3.56	5.858	2.211	0.003**
	4 ve üzeri	8	7.13	3.52			
	Hiç	97	9.01	3.54			
Uyku Değişimleri	1-3 kez	109	8.13	3.39	2.889	2.211	0.058
	4 ve üzeri	8	6.63	2.67			
	Hiç	97	11.26	3.03			
Şişkinlik	1-3 kez	109	10.16	3.39	6.794	2.211	0.001***
	4 ve üzeri	8	7.50	2.78			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının gebelik sayısına göre PMS genel ortalama puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F_{(2,211)}$= 4.469, p= 0.013, p<0.05). Hiç gebelik yaşamayanlar ($\bar{X}$= 133.75, SS = 39.03), 1-3 kez gebelik yaşamış sağlık çalışanlarına ($\bar{X}$= 120.52, SS = 37.90) ve 4 ve üzeri gebelik yaşamış çalışanlara ($\bar{X}$= 103.63, SS = 33.59) göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir. Depresif duygulanımda ($F_{(2,211)}$= 5.755, p= 0.004, p<0.01), sinirlilikte ($F_{(2,211)}$= 4.741, p= 0.010, p<0.01) ve iştah değişimlerinde ($F_{(2,211)}$= 5.858, p= 0.003, p<0.01) de anlamlı fark bulunmuştur. Hiç gebelik yaşamayanlar, diğer gruplara göre daha yüksek puanlar almıştır (Tablo 4.21).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının doğum sayısına göre karşılaştırılması Tablo 4.22'de sunulmuştur.

Tablo 4. 22: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Doğum Sayısına Göre Karşılaştırılması

	Doğum Sayısı	n	$\overline{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Hiç	100	132.19	39.68	2.576	2.211	0.078
	1-3 kez	100	120.89	36.74			
	4 ve üzeri	14	116.57	44.04			
Depresif Duygulanım	Hiç	100	21.92	6.73	4.287	2.211	0.015*
	1-3 kez	100	19.80	7.06			
	4 ve üzeri	14	17.07	7.49			
Anksiyete	Hiç	100	15.78	7.15	0.193	2.211	0.825
	1-3 kez	100	15.18	7.22			
	4 ve üzeri	14	15.14	5.83			
Yorgunluk	Hiç	100	19.72	6.33	1.655	2.211	0.194
	1-3 kez	100	18.30	5.73			
	4 ve üzeri	14	17.64	7.69			
Sinirlilik	Hiç	100	16.32	5.43	3.743	2.211	0.025*
	1-3 kez	100	14.50	4.91			
	4 ve üzeri	14	13.64	6.27			
Depresif Düşünceler	Hiç	100	17.93	8.26	1.526	2.211	0.220
	1-3 kez	100	16.04	7.47			
	4 ve üzeri	14	17.93	8.25			
Ağrı	Hiç	100	9.76	3.78	0.455	2.211	0.635
	1-3 kez	100	9.33	3.18			
	4 ve üzeri	14	9.93	3.65			
İştah Değişimleri	Hiç	100	10.63	3.39	4.263	2.211	0..015*
	1-3 kez	100	9.52	3.53			
	4 ve üzeri	14	8.29	3.87			
Uyku Değişimleri	Hiç	100	8.89	3.56	1.410	2.211	0.246
	1-3 kez	100	8.14	3.44			
	4 ve üzeri	14	7.86	2.77			
Şişkinlik	Hiç	100	11.24	3.04	4.783	2.211	0.009**
	1-3 kez	100	10.08	3.39			
	4 ve üzeri	14	9.07	3.50			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının PMS alt boyutları doğum sayısına göre incelendiğinde, depresif duygulanım ($F_{(2,211)}$=4.287, p=0.015, p<0.05), sinirlilik ($F_{(2,211)}$=3.743, p=0.025, p<0.05), iştah değişimleri ($F_{(2,211)}$=4.263, p=0.015, p<0.05) ve şişkinlik ($F_{(2,211)}$=

4.783, p=0.009, p<0.01) puanlarında anlamlı farklar bulunmuştur. Hiç doğum yapmamış sağlık çalışanları, diğer gruplara göre daha yüksek puanlara sahiptir (Tablo 4.22).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.23'te sunulmuştur.

Tablo 4. 23: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Adetliyken İlaç Kullanma	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	93	134.48	37.84	2.882	210	0.004**
	Hayır	121	119.28	38.57			
Depresif Duygulanım	Evet	93	22.10	6.51	2.745	210	0.007**
	Hayır	121	19.47	7.25			
Anksiyete	Evet	93	16.31	7.33	1.552	210	0.122
	Hayır	121	14.80	6.83			
Yorgunluk	Evet	93	19.85	6.15	1.943	210	0.053
	Hayır	121	18.21	6.12			
Sinirlilik	Evet	93	16.53	5.34	3.028	210	0.003**
	Hayır	121	14.35	5.13			
Depresif Düşünceler	Evet	93	18.34	8.17	2.120	210	0.035*
	Hayır	121	16.05	7.60			
Ağrı	Evet	93	10.45	3.28	3.312	210	0.001***
	Hayır	121	8.89	3.52			
İştah Değişimleri	Evet	93	10.54	3.54	2.119	210	0.035*
	Hayır	121	9.51	3.48			
Uyku Değişimleri	Evet	93	9.16	3.59	2.583	210	0.010**
	Hayır	121	7.94	3.29			
Şişkinlik	Evet	93	11.20	3.17	2.555	210	0.011*
	Hayır	121	10.06	3.31			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının adetliyken ilaç kullanma durumuna göre PMS genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 2.882, p= 0.004, p<0.01). İlaç kullanan sağlık çalışanları ($\bar{X}$= 134.48, SS = 37.84), ilaç kullanmayanlara ($\bar{X}$= 119.28, SS = 38.57) göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir.

PMS alt boyutları açısından da anlamlı farklar gözlemlenmiştir; depresif duygulanım ($t_{(210)}$= 2.745, p= .007), sinirlilik ($t_{(210)}$= 3.028, p= 0.003, p<0.01), depresif düşünceler ($t_{(210)}$= 2.120, p= 0.035, p<0.05), ağrı ($t_{(210)}$= 3.312, p= 0.001, p<0.001), iştah değişimleri ($t_{(210)}$= 2.119, p= .035, p<0.05), uyku değişimleri ($t_{(210)}$= 2.583, p= 0.010, p<0.01) ve şişkinlik ($t_{(210)}$= 2.555, p= 0.011, p<0.05) puanlarında anlamlı farklar bulunmuştur. İlaç kullanan sağlık çalışanları, ilaç kullanmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek puanlara sahiptir (Tablo 4.23).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken ağrı şikayetine göre karşılaştırılması Tablo 4.24'te sunulmuştur.

Tablo 4. 24: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken Ağrı Şikayetine Göre Karşılaştırılması

	Adetliyken ağrı yaşama	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**Sd**	**p**
Premenstrual Sendrom	Evet	157	131.28	36.68	3.450	210	0.004**
	Hayır	57	111.04	41.26			
Depresif Duygulanım	Evet	157	21.64	6.64	3.632	210	0.007**
	Hayır	57	17.79	7.40			
Anksiyete	Evet	157	16.14	6.92	2.365	210	0.122
	Hayır	57	13.58	7.22			
Yorgunluk	Evet	157	19.49	6.05	2.264	210	0.053
	Hayır	57	17.35	6.29			
Sinirlilik	Evet	157	16.07	5.09	3.641	210	0.003**
	Hayır	57	13.16	5.39			
Depresif Düşünceler	Evet	157	17.72	7.62	2.081	210	0.035*
	Hayır	57	15.19	8.47			
Ağrı	Evet	157	10.09	3.31	3.715	210	0.001***
	Hayır	57	8.14	3.62			
İştah Değişimleri	Evet	157	10.33	3.31	2.387	210	0.035*
	Hayır	57	8.93	3.96			
Uyku Değişimleri	Evet	157	8.94	3.45	3.375	210	0.010**
	Hayır	57	7.18	3.21			
Şişkinlik	Evet	157	10.86	3.09	2.080	210	0.011*
	Hayır	57	9.72	3.70			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adetliyken ağrı yaşama durumuna göre PMS puanlarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 3.450, p= 0.004, p<0.01). Ağrı yaşayanlar ($\bar{X}$= 131.28, SS = 36.68), ağrı yaşamayanlara ($\bar{X}$= 111.04, SS = 41.26) göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir.

Ayrıca, depresif duygulanım ($t_{(210)}$= 3.632, p= 0.007, p<0.01), sinirlilik ($t_{(210)}$= 3.641, p= 0.003, p<0.01), depresif düşünceler ($t_{(210)}$= 2.081, p= 0.035, p<0.05), ağrı ($t_{(210)}$= 3.715, p= 0.001, p<0.001), iştah değişimleri ($t_{(210)}$ = 2.387, p= 0.035, p<0.05), uyku değişimleri ($t_{(210)}$= 3.375, p= 0.010, p<0.01) ve şişkinlik ($t_{(210)}$= 2.080, p= 0.011, p<0.05 alt boyutlarında da ağrı yaşayanlar daha yüksek puanlar almıştır (Tablo 4.24).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken işte devamsızlık yaşama durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.25'te sunulmuştur.

Tablo 4. 25: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İşte Devamsızlık Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Adetliyken İşte Devamsızlık	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	17	155.41	45.13	3.338	210	0.001***
	Hayır	197	123.34	37.37			
Depresif Duygulanım	Evet	17	24.24	7.46	2.231	210	0.027*
	Hayır	197	20.30	6.94			
Anksiyete	Evet	17	19.71	9.23	2.015	210	0.060
	Hayır	197	15.09	6.77			
Yorgunluk	Evet	17	22.71	7.35	2.674	210	0.008**
	Hayır	197	18.59	5.97			
Sinirlilik	Evet	17	19.29	5.62	3.306	210	0.001***
	Hayır	197	14.95	5.16			
Depresif Düşünceler	Evet	17	21.35	9.71	2.363	210	0.019*
	Hayır	197	16.68	7.66			
Ağrı	Evet	17	12.47	2.81	3.672	210	0.001***
	Hayır	197	9.32	3.44			
İştah Değişimleri	Evet	17	12.00	2.98	2.512	210	0.013*
	Hayır	197	9.78	3.53			
Uyku Değişimleri	Evet	17	10.65	4.37	2.736	210	0.007**
	Hayır	197	8.28	3.33			
Şişkinlik	Evet	17	13.00	2.18	3.258	210	0001***
	Hayır	197	10.35	3.29			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adetliyken işte devamsızlık yapma durumuna göre PMS puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)}$=3.338, p=0.001, p<0.001). İşte devamsızlık yapanlar ($\bar{X}$=155.41, SS =45.13), yapmayanlara ($\bar{X}$=123.34, SS =37.37) göre daha yüksek PMS

puanlarına sahiptir. Alt boyutlar değerlendirildiğinde; depresif duygulanım ($t_{(210)}$=2.231, p=0.027, p<0.05), yorgunluk ($t_{(210)}$=2.674, p=0.008, p<0.01), sinirlilik ($t_{(210)}$= 3.306, p= 0.001, p<0.001), depresif düşünceler ($t_{(210)}$= 2.363, p= 0.019, p<0.05), ağrı ($t_{(210)}$= 3.672, p= 0.001, p<0.001), iştah değişimleri ($t_{(210)}$= 2.512, p= 0.013, p<0.05), uyku değişimleri ($t_{(210)}$= 2.736, p= .007, p<0.01) ve şişkinlik ($t_{(210)}$= 3.258, p= 0.001, p<0.001) puanlarında da işte devamsızlık yapan sağlık çalışanları daha yüksek puanlar almıştır (Tablo 4.25).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkileme durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.26'da sunulmuştur.

Tablo 4. 26: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması

	İş Yaşamını Etkilemesi	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	105	142.76	35.92	6.869	210	0.001***
	Hayır	109	109.63	34.63			
Depresif Duygulanım	Evet	105	23.54	6.14	6.533	210	0.001***
	Hayır	109	17.79	6.71			
Anksiyete	Evet	105	17.70	7.04	4.786	17.52	0.001***
	Hayır	109	13.29	6.44			
Yorgunluk	Evet	105	21.31	5.76	6.012	210	0.001***
	Hayır	109	16.61	5.67			
Sinirlilik	Evet	105	17.42	4.69	6.222	210	0.001***
	Hayır	109	13.25	5.10			
Depresif Düşünceler	Evet	105	19.78	7.67	5.262	210	0.001***
	Hayır	109	14.41	7.25			
Ağrı	Evet	105	11.02	3.17	6.509	210	0.001***
	Hayır	109	8.17	3.23			
İştah Değişimleri	Evet	105	10.90	3.46	3.932	85.96	0.001***
	Hayır	109	9.06	3.39			
Uyku Değişimleri	Evet	105	9.54	3.36	4.643	210	0.001***
	Hayır	109	7.44	3.26			
Şişkinlik	Evet	105	11.54	2.96	4.489	86.09	0.001***
	Hayır	109	9.61	3.33			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi durumuna göre PMS puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($t_{(210)}$= 6.869, p< 0.001). Sorunların iş yaşamını etkilediğini belirtenler ($\bar{X}$= 142.76, SS = 35.92), etkilemediğini belirtenlere ($\bar{X}$= 109.63, SS = 34.63) göre daha yüksek puan almıştır. Alt boyutlarda ise depresif duygulanım ($t_{(210)}$= 6.533, p< 0.001), anksiyete ($t_{(17,52)}$= 4.786, p< .001), yorgunluk ($t_{(210)}$= 6.012, p< 0.001), sinirlilik ($t_{(210)}$= 6.222, p< 0.001), depresif düşünceler ($t_{(210)}$= 5.262, p< 0.001), ağrı ($t_{(210)}$= 6.509, p< 0.001), iştah değişimleri ($t_{(85,96)}$= 3.932, p< 0.001), uyku değişimleri ($t_{(210)}$= 4.643, p< 0.001) ve şişkinlik ($t_{(86,09)}$ = 4.489, p< 0.001) puanlarında da etkilendiğini belirtenler daha yüksek puanlar almıştır (Tablo 4.26).

Premenstrual sendrom ölçek ve alt boyut puanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların çevredeki kişiler tarafından fark edilme durumuna göre karşılaştırması Tablo 2.27'de sunulmuştur.

Tablo 4. 27: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların Çevredeki Kişiler Tarafından Fark Edilme Durumuna Göre Karşılaştırması

	Çevre tarafından fark edilme	n	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
Premenstrual Sendrom	Evet	117	139.56	36.15	6.106	210	0.001***
	Hayır	97	109.40	35.73			
Depresif Duygulanım	Evet	117	23.41	6.21	7.081	210	0.001***
	Hayır	97	17.24	6.51			
Anksiyete	Evet	117	17.16	7.21	4.003	210	0.001***
	Hayır	97	13.40	6.36			
Yorgunluk	Evet	117	20.84	5.64	5.299	210	0.001***
	Hayır	97	16.61	6.02			
Sinirlilik	Evet	117	17.43	4.82	7.163	210	0.001***
	Hayır	97	12.72	4.74			
Depresif Düşünceler	Evet	117	18.99	7.89	4.091	210	0.001***
	Hayır	97	14.70	7.31			
Ağrı	Evet	117	10.38	3.51	3.824	210	0.001***
	Hayır	97	8.60	3.23			
İştah Değişimleri	Evet	117	11.01	3.43	5.038	85.96	0.001***
	Hayır	97	8.69	3.25			
Uyku Değişimleri	Evet	117	9.06	3.46	2.766	210	0.006**
	Hayır	97	7.76	3.36			
Şişkinlik	Evet	117	11.28	3.16	3.640	86.09	0.001***
	Hayır	97	9.68	3.25			

Bağımsız Örneklem t Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların çevre tarafından fark edilmesine göre PMS puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(210)} = 6.106$, $p < 0.001$). Sorunların çevre tarafından fark edilen çalışanlar ($\bar{X} = 139.56$, SS = 36.15), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 109.40$, SS = 35.73) göre daha yüksek puanlara sahiptir.

Alt boyutları değerlendirildiğinde:

Depresif duygulanım: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X}$=23.41, SS=6.21), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 17.24$, SS = 6.51) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 7.081$, $p < 0.001$),

Anksiyete: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X}$=17.16, SS =7.21), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 13.40$, SS = 6.36) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 4.003$, $p < 0.001$),

Yorgunluk: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X}$=20.84, SS =5.64), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 16.61$, SS = 6.02) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 5.299$, $p < 0.001$),

Sinirlilik: Sorunların çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X}$=17.43, SS=4.82), fark edilmeyenlere (M = 12.72, SS = 4.74) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 7.163$, $p < 0.001$),

Depresif düşünceler: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X} = 18.99$, SS = 7.89), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 14.70$, SS = 7.31) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 4.091$, $p < 0.001$),

Ağrı: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X} = 10.38$, SS = 3.51), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 8.60$, SS = 3.23) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 3.824$, $p < 0.001$),

İştah değişimleri: Sorunların çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X} = 11.01$, SS = 3.43), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 8.69$, SS = 3.25) göre daha yüksek ($t_{(85,96)} = 5.038$, $p < 0.001$),

Uyku değişimleri: Çevre tarafından fark edilenler ($\bar{X} = 9.06$, SS = 3.46), fark edilmeyenlere ($\bar{X} = 7.76$, SS = 3.36) göre daha yüksek ($t_{(210)} = 2.766$, $p = 0.006$, $p<0.01$),

Şişkinlik: Sorunlarının çevre tarafından fark edildiğini belirten sağlık çalışanları ($\bar{X} = 11.28$, SS = 3.16), daha yüksek ($t_{(86,09)} = 3.640$, $p < 0.001$) puanlar almıştır (Tablo 4.27).

4.3 Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Bu kısımda kadınların İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalamasına, kişisel özelliklerinden sosyodemografik özelliklerine, çalışma yaşamı özelliklerine, genel sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine, menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine son olarak da iş yaşamı özelliklerine göre karşılaştırmalarına yer verilmiştir.

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının tanımlayıcı istatistik sonuçları Tablo 4.28'de sunulmuştur.

Tablo 4. 28: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	N	$\bar{X}$	SS	Minimum	Maksimum
İş Yaşam Kalitesi	214	2.94	0.77	1.1	5.0
İş Kariyer Memnuniyeti	214	3.07	0.86	1.0	5.0
Genel İyi Olma	214	3.11	0.89	1.0	5.0
İşi Kontrol Etme	214	2.70	1.03	1.0	5.0
Çalışma Koşulları	214	2.68	1.09	1.0	5.0
İş Yaşamında Stres	214	3.35	1.11	1.0	5.0
Aile-İş Yaşamı Dengesi	214	2.71	1.00	1.0	5.0

İş yaşam kalitesi genel puan ortalaması 2,94 (SS=0,77) olup, alt boyutlarından iş kariyer memnuniyeti ortalaması 3,07 (SS=0,86), genel iyi olma puan ortalaması 3,11 (SS=0,89), işi kontrol etme alt boyutunda ortalama puan 2,70 (SS=1,03), çalışma koşulları puan ortalaması 2,68 (SS=1,09), iş yaşamında stres puan ortalaması 3,35 (SS=1,11) ve aile-iş yaşam dengesi ortalama puanı 2,71 (SS=1,00) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.28).

4.3.2 Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek Puanlarının Kişisel Özelliklerine Göre Karşılaştırma Analizleri

Aşağıda tablolar halinde sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerine, çalışma yaşamı özelliklerine, genel sağlık ve yaşam biçimi özelliklerine, menstruasyon ve doğurganlık özelliklerine son olarak da iş yaşamı özelliklerine göre karşılaştırmalarına yer verilmiştir

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının yaş dağılıma göre karşılaştırması Tablo 4.29'da sunulmuştur.

Tablo 4. 29: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Dağılıma Göre Karşılaştırması

Yaş		İş Yaşam Kalitesi	İş Kariyer Memnuniyeti	Genel İyi Olma	İşi Kontrol Etme	Çalışma Koşulları	İş Yaşamında Stres	Aile-İş Yaşamı Dengesi
	r	0.113	0.045	0.051	0.115	.183**	0.03	0.084
	p	0.098	0.512	0.459	0.093	0.007	0.658	0.222

Pearson korelasyon, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının yaş değerleri ile iş yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon testi ile değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarının yaşı ile iş yaşam kalitesi boyutlarından çalışma koşulları (r= 0,183, p<0.01) arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 4.29).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre karşılaştırması Tablo 4.30'da gösterilmiştir.

Tablo 4. 30: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırması

	Medeni durum	N	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evli	114	2.98	0.70			
	Bekar	74	2.82	0.87	1.496	2.211	0.226
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	3.07	0.72			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evli	114	3.08	0.85			
	Bekar	74	3.00	0.91	0.572	2.211	0.565
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	3.20	0.81			
Genel İyi Olma	Evli	114	3.19	0.78			
	Bekar	74	2.98	1.06	1.223	2.211	0.296
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	3.10	0.78			
İşi Kontrol Etme	Evli	114	2.77	1.03			
	Bekar	74	2.54	1.07	1.376	2.211	0.255
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	2.85	0.92			
Çalışma Koşulları	Evli	114	2.75	1.04			
	Bekar	74	2.50	1.20	1.886	2.211	0.154
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	2.91	0.95			
İş Yaşamında Stres	Evli	114	3.37	1..18			
	Bekar	74	3.30	1.06	0.133	2.211	0.876
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	3.42	0.99			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evli	114	2.73	0.93			
	Bekar	74	2.59	1.13	1.370	2.211	0.256
	Boşanmış/Eşini kaybetmiş	26	2.96	0.90			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanlarının medeni duruma göre değerlendirilmesinde, tek yönlü varyans analizi testi kullanılmış ve anlamlı bir fark görülmemiştir (p>0.05) (Tablo 4.30).

Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması Tablo 4.31'de sunulmuştur.

Tablo 4. 31: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırması

	Eğitim durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Lise ve altı	24	2.97	0.68	1.812	3.210	0.146
	Ön lisans	45	2.84	0.79			
	Lisans	112	2.89	0.77			
	Lisansüstü	33	3.21	0.76			
İş Kariyer Memnuniyeti	Lise ve altı	24	2.87	0.84	1.191	3.210	0.314
	Ön lisans	45	2.97	0.93			
	Lisans	112	3.09	0.85			
	Lisansüstü	33	3.26	0.83			
Genel İyi Olma	Lise ve altı	24	3.19	0.79	0.771	3.210	0.512
	Ön lisans	45	3.01	0.92			
	Lisans	112	3.07	092			
	Lisansüstü	33	3.29	0.78			
İşi Kontrol Etme	Lise ve altı	24	2.82	0.99	1.431	3.210	0.235
	Ön lisans	45	2.7	1.13			
	Lisans	112	2.59	1.01			
	Lisansüstü	33	2.99	1.01			
Çalışma Koşulları	Lise ve altı	24	2.72	1.18	1.687	3.210	0.171
	Ön lisans	45	2.5	1.05			
	Lisans	112	2.64	1.11			
	Lisansüstü	33	3.04	1.01			
İş Yaşamında Stres	Lise ve altı	24	3.5	1.19	0.726	3.210	0.537
	Ön lisans	45	3.32	1.21			
	Lisans	112	3.27	1.11			
	Lisansüstü	33	3.56	0.93			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Lise ve altı	24	2.71	1.03	2.537	3.210	0.073
	Ön lisans	45	2.51	0.99			
	Lisans	112	2.67	1.02			
	Lisansüstü	33	3.1	0.89			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları eğitim düzeylerine göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı bir fark görülmemektedir (p>0.05) (Tablo 4.31).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırması Tablo 4.32'de sunulmuştur.

Tablo 4. 32: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Gruplarına Göre Karşılaştırması

	Meslek Grupları	n	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Sağlık Hizmetleri	39	3.09	0.83	1.123	2.211	0.327
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	2.91	0.77			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	2.85	0.69			
İş Kariyer Memnuniyeti	Sağlık Hizmetleri	39	3.35	1.00	4.693	2.211	0.010**
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	3.07	0.82			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	2.76	0.78			
Genel İyi Olma	Sağlık Hizmetleri	39	3.17	0.92	0.275	2.211	0.760
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	3.07	0.90			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	3.16	0.80			
İşi Kontrol Etme	Sağlık Hizmetleri	39	3.01	1.17	2,234	2.211	0.110
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	2.64	1.00			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	2.58	0.96			
Çalışma Koşulları	Sağlık Hizmetleri	39	2.91	1.13	1.023	2.211	0.361
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	2.64	1.08			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	2.60	1.10			
İş Yaşamında Stres	Sağlık Hizmetleri	39	3.27	1.09	0.168	2.211	0.845
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	3.38	1.09			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	3.33	1.24			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Sağlık Hizmetleri	39	2.86	1.04	0.566	2.211	0.568
	Yardımcı Sağlık Hizmetleri	137	2.67	1.01			
	Diğer Sağlık Hizmetleri	38	2.68	0.94			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Meslek gruplarına göre iş yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında yalnızca iş kariyer memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(2, 211)}$= 4,693, p= 0,010, p<0,01). Sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar ($\bar{X}$ = 3.35, SS = 1.00), yardımcı sağlık hizmetleri ($\bar{X}$ = 3.07, SS = 0.82) ve diğer sağlık hizmetleri sınıfına ($\bar{X}$ = 2.76, SS = 0.78) göre daha yüksek iş kariyer memnuniyeti bildirmiştir. Diğer alt boyutlarda anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0,05) (Tablo 4.32).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının çalışma sürelerine göre karşılaştırması Tablo 4.33'te sunulmuştur.

Tablo 4. 33: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştırması

	Çalışma süresi	N	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	1-5 yıl	79	2.89	0.79	1.027	3.210	0.382
	6-15 yıl	72	2.89	0.78			
	16-25 yıl	53	3.09	0.72			
	25 yıldan fazla	10	2.80	0.68			
İş Kariyer Memnuniyeti	1-5 yıl	79	3.03	0.87	0.824	3.210	0.482
	6-15 yıl	72	3.00	0.88			
	16-25 yıl	53	3.23	0.82			
	25 yıldan fazla	10	2.98	0.89			
Genel İyi Olma	1-5 yıl	79	3.08	0.95	0.260	3.210	0.854
	6-15 yıl	72	3.09	0.90			
	16-25 yıl	53	3.19	0.82			
	25 yıldan fazla	10	2.97	0.64			
İşi Kontrol Etme	1-5 yıl	79	2.65	0.98	1.180	3.210	0.318
	6-15 yıl	72	2..61	1.05			
	16-25 yıl	53	2.92	1.11			
	25 yıldan fazla	10	2.53	0.95			
Çalışma Koşulları	1-5 yıl	79	2.54	1.13	2.697	3.210	0.047*
	6-15 yıl	72	2.60	1.08			
	16-25 yıl	53	3.04	1.00			
	25 yıldan fazla	10	2.47	1.11			
İş Yaşamında Stres	1-5 yıl	79	3.37	1.03	0.373	3.210	0.773
	6-15 yıl	72	3.42	1.08			
	16-25 yıl	53	3.22	1.28			
	25 yıldan fazla	10	3.45	1.12			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	1-5 yıl	79	2.66	1.09	1.647	3.210	0.180
	6-15 yıl	72	2.62	1.02			
	16-25 yıl	53	2.96	0.83			
	25 yıldan fazla	10	2.40	0.86			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ortalama puanı, çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark göstermektedir ($F_{(3,210)}$= 2,697, p= 0,047, p<0,05). Özellikle 16-25 yıl arası çalışanlar ($\bar{X}$ = 3.04, SS=1.00), diğer gruplara göre daha yüksek puan almıştır.
Bununla birlikte iş yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarından iş-kariyer memnuniyeti, genel iyi olma, işi kontrol etme, iş yaşamında stres ve aile-iş yaşamı dengesi puanları arasında çalışma sürelerine göre anlam bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.33).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının çalışma saatlerine göre karşılaştırmasına Tablo 4.34'te yer verilmiştir.

Tablo 4. 34: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Çalışma Saatlerine Göre Karşılaştırması

	Çalışma Saatleri	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Gündüz	95	3.02	0.79	1.313	210	0.191
	Gece/Gündüz	117	2.88	0.75			
İş Kariyer Memnuniyeti	Gündüz	95	3.14	0.84	1.022	210	0.308
	Gece/Gündüz	117	3.02	0.88			
Genel İyi Olma	Gündüz	95	3.26	0.86	2.168	210	0.031*
	Gece/Gündüz	117	2.99	0.89			
İşi Kontrol Etme	Gündüz	95	2.75	1.11	0.670	210	0.503
	Gece/Gündüz	117	2.66	0.98			
Çalışma Koşulları	Gündüz	95	2.83	1.09	1.656	210	0.099
	Gece/Gündüz	117	2.58	1.09			
İş Yaşamında Stres	Gündüz	95	3.33	1.21	-0.317	210	0.751
	Gece/Gündüz	117	3.38	1.02			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Gündüz	95	2.79	1.00	1.093	210	0.276
	Gece/Gündüz	117	2.64	1.01			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Çalışma saatlerine göre yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, gündüz çalışan sağlık çalışanların genel iyi olma puanı gece/gündüz çalışanlara göre anlamlı yüksektir ($t_{210)}$ = 2,168, p = 0,031, p<0,05). Ancak iş yaşam kalitesi genel ve alt boyutlarından iş-kariyer memnuniyeti, işi kontrol etme, çalışma koşulları, iş yaşamında stres ve aile-iş yaşamı dengesi puanları arasında çalışma saatlerine göre anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.34).

Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının BKİ Değerine Göre Karşılaştırması Tablo 4.35'te sunulmuştur.

Tablo 4. 35: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının BKİ Değerine Göre Karşılaştırması

BKİ	İş Yaşam Kalitesi	İş Kariyer Memnuniyeti	Genel İyi Olma	İşi Kontrol Etme	Çalışma Koşulları	İş Yaşamında Stres	Aile-İş Yaşamı Dengesi
r	-0.012	0.068	-0.017	0.037	-0.01	-0.067	-0.05
p	0.864	0.321	0.807	0.59	0.881	0.328	0.465

Pearson korelasyon, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Pearson korelasyon testi ile yapılan değerlendirmeye göre, sağlık çalışanlarının BKİ değeri ile premenstrual sendrom ve iş yaşam kalitesi ölçek puanları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (p> 0,05) (Tablo 4.35).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının sigara kullanma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.36'da sunulmuştur.

Tablo 4. 36: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Sigara Kullanma	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	65	2.94	.80	0.104	212	0.917
	Hayır	149	2.93	.75			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	65	3.12	.89	0.550	212	0.583
	Hayır	149	3.04	.85			
Genel İyi Olma	Evet	65	3.12	.89	0.095	212	0.925
	Hayır	149	3.10	.89			
İşi Kontrol Etme	Evet	65	2.71	1.02	0.092	212	0.927
	Hayır	149	2.69	1.04			
Çalışma Koşulları	Evet	65	2.67	1.20	-0.137	212	0.891
	Hayır	149	2.69	1.05			
İş Yaşamında Stres	Evet	65	3.32	1.08	-0.324	212	0.746
	Hayır	149	3.37	1.13			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	65	2.74	109	0.335	212	0.738
	Hayır	149	2.69	.97			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları sigara kullanma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.36).

Aşağıda tablo halinde sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının alkol kullanma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.37'de gösterilmiştir.

Tablo 4. 37: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Alkol Kullanma	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	31	3.00	.95	0.104	212	0.917
	Hayır	183	2.92	.73			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	31	3.12	1.03	0.550	212	0.583
	Hayır	183	3.06	.83			
Genel İyi Olma	Evet	31	3.01	1.00	0.095	212	0.925
	Hayır	183	3.12	.87			
İşi Kontrol Etme	Evet	31	2.84	1.16	0.092	212	0.927
	Hayır	183	2.67	1.01			
Çalışma Koşulları	Evet	31	2.73	1.29	-0.137	212	0.891
	Hayır	183	2.67	1.06			
İş Yaşamında Stres	Evet	31	3.47	1.06	-0.324	212	0.746
	Hayır	183	3.33	1.12			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	31	2.85	1.15	0.335	212	0.738
	Hayır	183	2.68	.98			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Alkol kullanma durumu bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, iş yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.37).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının düzenli egzersiz yapma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.38'de sunulmuştur.

Tablo 4. 38: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Düzenli Egzersiz	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	32	2.87	0.81	-0.540	212	0.590
	Hayır	182	2.95	0.76			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	32	2.81	1.01	-1.852	212	0.065
	Hayır	182	3.11	0.83			
Genel İyi Olma	Evet	32	2.89	0.97	-1.501	212	0.135
	Hayır	182	3.14	0.87			
İşi Kontrol Etme	Evet	32	2.64	1.07	-0.369	212	0.712
	Hayır	182	2.71	1.03			
Çalışma Koşulları	Evet	32	2.77	1.28	0.496	212	0.621
	Hayır	182	2.67	1.06			
İş Yaşamında Stres	Evet	32	3.41	1.01	0.294	212	0.769
	Hayır	182	3.34	1.13			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	32	2.70	.96	-0.066	212	0.947
	Hayır	182	2.71	1.01			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları düzenli egzersiz yapma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.38).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının ilk adet yaşı durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.39'da sunulmuştur.

Tablo 4. 39: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının İlk Adet Yaşı Durumuna Göre Karşılaştırması

	İlk Adet Yaşı	**N**	$\bar{X}$	**SS**	**F**	**Sd**	**p**
İş Yaşam Kalitesi	12 ve daha küçük	55	2.94	0.75	0.134	2.211	0.875
	13-15 yaş	140	2.92	0.79			
	16 ve üzeri	19	3.02	0.67			
İş Kariyer Memnuniyeti	12 ve daha küçük	55	3.15	0.87	0.457	2.211	0.634
	13-15 yaş	140	3.03	0.88			
	16 ve üzeri	19	3.11	0.76			
Genel İyi Olma	12 ve daha küçük	55	3.15	0.89	1.201	2.211	0.303
	13-15 yaş	140	3.05	0.90			
	16 ve üzeri	19	3.38	0.75			
İşi Kontrol Etme	12 ve daha küçük	55	2.67	0.99	0.093	2.211	0.912
	13-15 yaş	140	2.72	1.05			
	16 ve üzeri	19	2.63	1.07			
Çalışma Koşulları	12 ve daha küçük	55	2.58	1.05	0.310	2.211	0.734
	13-15 yaş	140	2.72	1.10			
	16 ve üzeri	19	2.72	1.18			
İş Yaşamında Stres	12 ve daha küçük	55	3.22	1.06	0.543	2.211	0.582
	13-15 yaş	140	3.40	1.13			
	16 ve üzeri	19	3.42	1.18			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	12 ve daha küçük	55	2.88	1.04	1.545	2.211	0.216
	13-15 yaş	140	2.62	0.99			
	16 ve üzeri	19	2.86	1.00			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları ilk adet yaşına göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.39).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adet düzeni durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.40'ta gösterilmiştir.

Tablo 4. 40: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Düzeni Durumuna Göre Karşılaştırması

	Adet Düzeni	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Düzenli	175	2.96	0.77	0.928	212	0.354
	Düzensiz	39	2.83	0.74			
İş Kariyer Memnuniyeti	Düzenli	175	3.09	0.87	0.941	212	0.348
	Düzensiz	39	2.95	0.84			
Genel İyi Olma	Düzenli	175	3.13	0.88	0.865	212	0.388
	Düzensiz	39	3.00	0.91			
İşi Kontrol Etme	Düzenli	175	2.70	1.04	-0.077	212	0.939
	Düzensiz	39	2.71	1.00			
Çalışma Koşulları	Düzenli	175	2.69	1.08	0.313	212	0.754
	Düzensiz	39	2.63	1.16			
İş Yaşamında Stres	Düzenli	175	3.40	1.12	1.235	212	0.218
	Düzensiz	39	3.15	1.09			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Düzenli	175	2.74	1.01	1.055	212	0293
	Düzensiz	39	2.56	0.97			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adet düzeni durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.40).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adet süresine göre karşılaştırması Tablo 4.41'de sunulmuştur.

Tablo 4. 41: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Süresine Göre Karşılaştırması

	Adet Süresi	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	1-5 gün	95	2.93	0.80	-0.056	212	0.955
	6-10 gün	119	2.94	0.75			
İş Kariyer Memnuniyeti	1-5 gün	95	3.05	0.85	-0.285	212	0.776
	6-10 gün	119	3.08	0.88			
Genel İyi Olma	1-5 gün	95	3.12	0.92	0.263	212	0.793
	6-10 gün	119	3.09	0.86			
İşi Kontrol Etme	1-5 gün	95	2.73	1.04	0.404	212	0.687
	6-10 gün	119	2.67	1.03			
Çalışma Koşulları	1-5 gün	95	2.67	1.09	-0.186	212	0.853
	6-10 gün	119	2.69	1.10			
İş Yaşamında Stres	1-5 gün	95	3.34	1.23	-0.125	212	0.900
	6-10 gün	119	3.36	1.01			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	1-5 gün	95	2.68	0.98	-0.319	212	0.750
	6-10 gün	119	2.73	1.02			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları adet süresine göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.41).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının gebelik sayısına göre karşılaştırması Tablo 4.42'de sunulmuştur.

Tablo 4. 42: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Gebelik Sayısına Göre Karşılaştırması

	Gebelik Sayısı	N	$\overline{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Hiç	97	2.83	0.84	1.821	2.211	0.164
	1-3 kez	109	3.03	0.69			
	4 ve üzeri	8	2.98	0.83			
İş Kariyer Memnuniyeti	Hiç	97	2.99	0.90	1.074	2.211	0.344
	1-3 kez	109	3.15	0.79			
	4 ve üzeri	8	2.88	1.29			
Genel İyi Olma	Hiç	97	2.98	1.00	2.019	2.211	0.135
	1-3 kez	109	3.22	0.76			
	4 ve üzeri	8	3.10	0.98			
İşi Kontrol Etme	Hiç	97	2.55	1.06	1.851	2.211	0.160
	1-3 kez	109	2.83	1.00			
	4 ve üzeri	8	2.75	1.05			
Çalışma Koşulları	Hiç	97	2.52	1.16	1.926	2.211	0.148
	1-3 kez	109	2.82	1.00			
	4 ve üzeri	8	2.75	1.27			
İş Yaşamında Stres	Hiç	97	3.30	1.10	0.175	2.211	0.840
	1-3 kez	109	3.39	1.16			
	4 ve üzeri	8	3.44	0.78			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Hiç	97	2.62	1.09	0.847	2.211	0.430
	1-3 kez	109	2.77	0.91			
	4 ve üzeri	8	2.96	1.20			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Gebelik sayısı tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.42).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının doğum sayısına göre karşılaştırması Tablo 4.43'te sunulmuştur.

Tablo 4. 43: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Doğum Sayısına Göre Karşılaştırması

	Doğum Sayısı	N	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Hiç	100	2.83	0.83	2.326	2.211	0.100
	1-3 kez	100	3.00	0.70			
	4 ve üzeri	14	3.22	0.72			
İş Kariyer Memnuniyeti	Hiç	100	3.00	0.90	1.244	2.211	0.290
	1-3 kez	100	3.09	0.84			
	4 ve üzeri	14	3.38	0.74			
Genel İyi Olma	Hiç	100	2.99	0.98	2.241	2.211	0.109
	1-3 kez	100	3.17	0.78			
	4 ve üzeri	14	3.46	0.75			
İşi Kontrol Etme	Hiç	100	2.53	1.03	3.488	2.211	0.032*
	1-3 kez	100	2.79	1.03			
	4 ve üzeri	14	3.21	0.86			
Çalışma Koşulları	Hiç	100	2.51	1.14	3.366	2.211	0.036*
	1-3 kez	100	2.78	1.02			
	4 ve üzeri	14	3.21	1.14			
İş Yaşamında Stres	Hiç	100	3.34	1.09	0.349	2.211	0.706
	1-3 kez	100	3.40	1.12			
	4 ve üzeri	14	3.14	1.25			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Hiç	100	2.60	1.06	1.123	2.211	0.327
	1-3 kez	100	2.79	0.96			
	4 ve üzeri	14	2.90	0.85			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları, doğum sayısına göre tek yönlü varyans analizi testi ile değerlendirildiğinde, yalnızca işi kontrol etme ($F_{(2,211)}$= 3,488, p= 0,032, p<0,05) ve çalışma koşulları ($F_{(2,211)}$= 3,366, p= 0,036, p<0,05) puanlarında anlamlı farklar bulunmuştur. Özellikle 4 ve üzeri doğum yapmış çalışanlar, diğer gruplara göre daha yüksek puanlar almıştır. Diğer alt boyutlarda ise anlamlı fark tespit edilmemiştir (p> 0,05) (Tablo 4.43).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.44'te sunulmuştur.

Tablo 4. 44: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İlaç Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Adetliyken İlaç Kullanma	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	93	2.94	0.81	0.100	212	0.920
	Hayır	121	2.93	0.74			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	93	3.13	0.93	0.881	212	0.379
	Hayır	121	3.02	0.81			
Genel İyi Olma	Evet	93	3.13	0.87	0.297	212	0.767
	Hayır	121	3.09	0.90			
İşi Kontrol Etme	Evet	93	2.78	1.10	1.036	212	0.301
	Hayır	121	2.63	0.98			
Çalışma Koşulları	Evet	93	2.65	1.12	-0.434	212	0.665
	Hayır	121	2.71	1.08			
İş Yaşamında Stres	Evet	93	3.28	1.10	-0.843	212	0.400
	Hayır	121	3.41	1.13			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	93	2.69	1.09	-0.217	212	0.829
	Hayır	121	2.72	0.94			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Araştırmada, adetliyken ilaç kullanma durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.44).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken ağrı yaşama durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.45'te verilmiştir.

Tablo 4. 45: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken Ağrı Yaşama Durumuna Göre Karşılaştırması

	Adetliyken Ağrı Yaşama	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	157	2.93	0.80	-0.323	212	0.747
	Hayır	57	2.96	0.68			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	157	3.07	0.87	0.049	212	0.961
	Hayır	57	3.06	0.85			
Genel İyi Olma	Evet	157	3.07	0.92	-0.975	212	0.331
	Hayır	57	3.20	0.78			
İşi Kontrol Etme	Evet	157	2.69	1.02	-0.282	212	0.778
	Hayır	57	2.73	1.08			
Çalışma Koşulları	Evet	157	2.65	1.12	-0.769	212	0.443
	Hayır	57	2.78	1.01			
İş Yaşamında Stres	Evet	157	3.36	1.05	0.204	84.94	0.839
	Hayır	57	3.32	1.28			

Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	157	2.72	1.05	0.235	118.99	0.815
	Hayır	57	2.68	0.87			
Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001							

Adetliyken ağrı durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.45)

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adetliyken işte devamsızlık yapma durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.46'da sunulmuştur.

Tablo 4. 46: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adetliyken İşte Devamsızlık Yapma Durumuna Göre Karşılaştırması

	Adetliyken İşte Devamsızlık	**N**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**Sd**	**p**
İş Yaşam Kalitesi	Evet	17	3.11	0.92	0.964	212	0.336
	Hayır	197	2.92	0.75			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	17	3.39	0.95	1.631	212	0.104
	Hayır	197	3.04	0.85			
Genel İyi Olma	Evet	17	3.26	0.89	0.766	212	0.445
	Hayır	197	3.09	0.89			
İşi Kontrol Etme	Evet	17	3.00	1.33	0.991	17,60	0.335
	Hayır	197	2.67	1.00			
Çalışma Koşulları	Evet	17	2.84	1.34	0.631	212	0.529
	Hayır	197	2.67	1.07			
İş Yaşamında Stres	Evet	17	3.15	1.00	-0.793	212	0.428
	Hayır	197	3.37	1.12			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	17	3.00	1.26	1.250	212	0.213
	Hayır	197	2.68	0.98			
Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001							

Adetliyken iş devamsızlığı durumuna göre bağımsız örneklem t testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı farklılık görülmemektedir (p>0,05) (Tablo 4.46).

Aşağıda tablo halinde Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkileme durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.47'de sunulmuştur.

Tablo 4. 47: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması

	Sorunların İş Yaşamını Etkilemesi	N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	105	2.79	0.74	-2.802	212	0.006**
	Hayır	109	3.08	0.77			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	105	2.95	0.82	-2.015	212	0.045*
	Hayır	109	3.18	0.89			
Genel İyi Olma	Evet	105	2.96	0.85	-2.452	212	0.015*
	Hayır	109	3.25	0.90			
İşi Kontrol Etme	Evet	105	2.58	0.94	-1.629	17,60	0.105
	Hayır	109	2.81	1.11			
Çalışma Koşulları	Evet	105	2.48	1.04	-2.745	212	0.007**
	Hayır	109	2.88	1.12			
İş Yaşamında Stres	Evet	105	3.30	1.06	-0.680	212	0.497
	Hayır	109	3.40	1.17			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	105	2.47	1.01	-3.510	212	<0.001***
	Hayır	109	2.94	0.95			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Sağlık çalışanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi ile iş yaşam kalitesi genel puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t_{(212)}$= -2,802, p= 0,006, p<0,01). Sorunların iş yaşamını etkilediğini belirten çalışanlar ($\bar{X}$= 2.79, SS = 0.74), etkilemediğini belirtenlere ($\bar{X}$ = 3.08, SS = 0.77) göre daha düşük iş yaşam kalitesi algısına sahiptir.

Tüm alt boyutlar incelendiğinde; iş kariyer memnuniyeti ($t_{(212)}$= -2,015, p= 0,045, p<0,05), genel iyi olma ($t_{(212)}$= -2,452, p= 0,015, p<0,05), çalışma koşulları ($t_{(212)}$= -2,745, p= 0,007, p<0,01) ve aile-iş yaşam dengesi ($t_{(212)}$= -3,510, p<0,001) puanları daha yüksektir. Sorunların iş yaşamını etkilediğini belirten çalışanlar, etkilemediğini belirtenlere göre daha yüksek algıya sahiptir. Ancak, işi kontrol etme ve iş yaşamında stres alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.47).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının adet öncesi dönemde yaşanan sorunların çevredeki kişiler tarafından fark edilme durumuna göre karşılaştırması Tablo 4.48'de sunulmuştur.

Tablo 4. 48: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların Çevredeki Kişiler Tarafından Fark Edilme Durumuna Göre Karşılaştırması

Sorunların Çevre Tarafından Fark edilmesi		N	$\bar{X}$	SS	t	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Evet	117	2.85	0.78	-1.898	212	0.059
	Hayır	97	3.04	0.74			
İş Kariyer Memnuniyeti	Evet	117	3.03	0.84	-0.702	212	0.484
	Hayır	97	3.11	0.89			
Genel İyi Olma	Evet	117	3.05	0.86	-1.057	212	0.292
	Hayır	97	3.18	0.91			
İşi Kontrol Etme	Evet	117	2.61	1.00	-1.372	212	0.171
	Hayır	97	2.80	1.07			
Çalışma Koşulları	Evet	117	2.54	1.09	-2.085	212	0.038*
	Hayır	97	2.85	1.09			
İş Yaşamında Stres	Evet	117	3.21	1.12	-2.149	212	0.033*
	Hayır	97	3.53	1.08			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Evet	117	2.64	1.07	-1.101	211.79	0.272
	Hayır	97	2.79	0.91			

Bağımsız örneklem t testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Adet öncesi dönemde sorunların çevre tarafından fark edilmeyen sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ($\bar{X}$ = 2.85, SS = 1.09) ve iş yaşamında stres ($\bar{X}$ = 3.53, SS = 1.08) puanlarının, fark edilenlere göre anlamlı derecede yüksektir (p<0,05). Ancak, iş-kariyer memnuniyeti, genel iyi olma, işi kontrol etme ve aile-iş yaşamı dengesi alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 4.48).

4.4 Premenstrual Sendrom Ölçeği ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ölçek ve alt boyut puanlarının premenstrual sendrom düzeylerine göre karşılaştırması Tablo 4.49'da sunulmuştur.

Tablo 4. 49: Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Premenstrual Sendrom Düzeylerine Göre Karşılaştırması

	PMS Düzeyleri	N	$\bar{X}$	SS	F	Sd	p
İş Yaşam Kalitesi	Hafif	57	3.16	0.77	3.691	2.211	0.027*
	Orta	117	2.86	0.72			
	Şiddetli	39	2.81	0.84			
İş Kariyer Memnuniyeti	Hafif	57	3.25	0.90	1.984	2.211	0.140
	Orta	117	2.98	0.81			
	Şiddetli	39	3.02	0.92			
Genel İyi Olma	Hafif	57	3.39	0.86	4.711	2.211	0.010**
	Orta	117	3.03	0.82			
	Şiddetli	39	2.88	1.01			
İşi Kontrol Etme	Hafif	57	2.99	1.08	3.253	2.211	0.041*
	Orta	117	2.58	0.95			
	Şiddetli	39	2.66	1.15			
Çalışma Koşulları	Hafif	57	2.90	1.10	1.716	2.211	0.182
	Orta	117	2.59	1.01			
	Şiddetli	39	2.58	1.28			
İş Yaşamında Stres	Hafif	57	3.58	1.13	2.189	2.211	0.115
	Orta	117	3.31	1.06			
	Şiddetli	39	3.12	1.18			
Aile-İş Yaşamı Dengesi	Hafif	57	2.85	1.00	0.948	2.211	0.389
	Orta	117	2.66	0.97			
	Şiddetli	39	2.61	1.09			

Tek Yönlü Varyans (One-Way ANOVA) Analizi Testi, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi testine göre, sağlık çalışanlarının PMS düzeylerine göre iş yaşam kalitesi puanında anlamlı fark bulunmuştur ($F_{(2,\ 211)}$= 3,691, p= 0,027, p<0,05). Hafif düzeyde PMS yaşayanlar ($\bar{X}$= 3.16, SS = 0.77), orta ($\bar{X}$ = 2.86, SS = 0.72) ve şiddetli düzeyde PMS yaşayanlardan ($\bar{X}$ = 2.81, SS = 0.84) daha yüksek iş yaşam kalitesi puanına sahiptir. Alt boyutlarından; genel iyi olma ($F_{(2,\ 211)}$= 4,711, p= 0,010, p<0,01) ve işi kontrol etme ($F_{(2,\ 211)}$= 3,253, p= 0,047, p<0,05) puanlarında da anlamlı fark bulunmuştur.

Hafif düzeyde PMS yaşayan çalışanların genel iyi olma ve işi kontrol etme algıları, orta ve şiddetli düzeyde PMS yaşayanlara göre daha yüksektir. Ancak, iş yaşam kalitesinin diğer boyutları arasında PMS düzeylerine göre anlamlı fark bulunmamıştır (p> 0.05) (Tablo 4.49).

Sağlık çalışanlarının premenstrual sendrom ile iş yaşam kalitesi ölçeği ve alt boyutları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.50'de sunulmuştur.

Tablo 4. 50: Sağlık Çalışanlarının Premenstrual Sendrom ile İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi

		İş Yaşam Kalitesi	İş Kariyer Memnuniyeti	Genel İyi Olma	İşi Kontrol Etme	Çalışma Koşulları	İş Yaşamında Stres	Aile-İş Yaşamı Dengesi
Premenstrual Sendrom	r	-.169*	-0.085	-.221**	-0.065	-0.123	-.189**	-0.099
	p	0.013	0.214	0.001	0.346	0.073	0.005	0.151
Depresif Duygulanım	r	-.198**	-0.117	-.247**	-0.129	-.139*	-.152*	-.136*
	p	0.004	0.089	0.001	0.06	0.042	0.026	0.047
Anksiyete	r	-0.134	-0.096	-.246***	-0.019	-0.055	-0.133	-0.087
	p	0.051	0.163	0.001	0..782	0.423	0.052	0.206
Yorgunluk	r	-0.133	-0.069	-.170*	-0.02	-0.100	-.172*	-0.081
	p	0.052	0.317	0.013	0.772	0.145	0.012	0.236
Sinirlilik	r	-.176**	-0.08	-.179**	-0.111	-.158*	-.184**	-0.09
	p	0.010	0.244	0.009	0.104	0.021	0.007	0.189
Depresif Düşünceler	r	-.147*	-0.107	-.196**	-0.071	-0.082	-0.131	-0.099
	p	0.032	0.118	0.004	0.302	0.231	0.055	0.147
Ağrı	r	-0.072	0.012	-0.102	-0.017	-0.081	-0.13	0.001
	p	0.297	0.866	0.138	0.809	0.238	0.057	0.986
İştah Değişimleri	r	-0.115	-0.022	-0.112	-0.062	-0.106	-.188**	-0.019
	p	0.095	0.744	0.103	0.366	0.123	0.006	0.778
Uyku Değişimleri	r	-.150*	-0.109	-.222**	-0.008	-0.134	-.135*	-0.097
	p	0.028	0.113	0.001	0.902	0.051	0.048	0.157
Şişkinlik	r	-0.047	0.088	-0.009	0.033	-0.055	-.208**	-0.027
	p	0.491	0.199	0.891	0.636	0.424	0.002	0.689

Pearson korelasyon, *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Premenstrual sendrom ile iş yaşam kalitesi genel puanı (r=-0,169, p<0,05) arasında negatif yönde, zayıf bir korelasyon vardır. Ayrıca, premenstrual sendrom ile iş yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyi olma (r=-0,221, p<0,001) ve iş yaşamında stres (r=-0,189, p<0,01) arasında negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Premenstrual sendrom alt boyutlarından depresif duygulanım ile iş yaşam kalitesi arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-.198, p<0.01). Depresif duygulanımın; genel iyi olma (r=-.247, p= .001), işi kontrol etme (r=-.129, p= .06), çalışma koşulları (r=-.139, p= .042), iş yaşamında stres (r=-.152, p= .026) ve aile-iş yaşam dengesi (r=-.136, p= .047) ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. Anksiyete ile genel iyi olma (r=-.246, p = .001) arasında negatif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Sinirlilik ile iş yaşam kalitesi (r=-.176, p = .010), genel iyi olma (r=-.179, p = .009), işi kontrol etme (r=-.158, p = .021) ve iş yaşamında stres (r=-.184, p = .007) arasında anlamlı negatif ilişkiler vardır. Uyku değişimleri ile iş yaşam kalitesi (r=-.150, p = .028), genel iyi olma (r=-.222, p = .001) ve iş yaşamında stres (r=-.135, p = .048) arasında negatif anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 4.50).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulguların değerlendirmesine ve tartışmalara yer verilmiştir.

5.1 Premenstrual Sendrom Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmada, premenstrual sendrom ölçeğiyle yapılan analizde, çalışmaya katılan 214 sağlık çalışanın %99,5'inin PMS yaşadığı görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğu (%54,7) orta düzeyde PMS yaşadığını ifade etmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının PMS semptomlarını belirgin şekilde deneyimlediğini göstermektedir. Hafif düzeyde PMS yaşayanların oranı %26,6 iken, şiddetli düzeyde PMS yaşayanların oranı %18,2 olarak kaydedilmiştir. Literatürde, PMS sıklığını inceleyen çalışmalarda bu oranın %8,75 ile %85 arasında değiştiği belirtilmiştir (Akarsu ve Yalman, 2019). Sistan and Baluchestan Üniversitesi'nde öğrenciler ile yapılan araştırmada PMS görülme sıklığı %85,6 olarak bulunmuştur. Çalışmada ACOG kriterlerine göre semptomlar hafif %42,8, orta %35,8 ve şiddetli %7 derecede olduğu tespit edilmiştir (Naeimi, 2015). Türkiye'de PMS prevalansı incelendiğinde hastanede çalışan 520 kadınla yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %51 olarak bulunmuştur (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Yapılan başka bir 716 kadının katıldığı çalışmada kadınların PMS prevelansı %60,3 olarak hesaplanmıştır (Ataman ve Tan, 2021). Artvin'de bir üniversitede öğrenim gören 525 öğrenci ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 20.5 ± 1,7 olarak hesaplanmış ve PMS prevalansı %36,4 olarak saptanmıştır (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Yine öğrenciler üzerinde ve yaş ortalamasının 20.3±1.6 olarak bulunduğu bir araştırmada ise prevelans %58.1 olarak bulunmuştur (Toptan ve Kahraman, 2020). 18-24 yaş grubunda yürütülmüş bir çalışmada da PMS prevalansının %65,2 olduğu tespit edilmiştir (Aba vd., 2018). Araştırmalar sonucunda farklı PMS prevalanslarının çıkması; uygulanan popülasyonun farklı olması ve farklı yaşlı gruplarında çalışılması gibi sebepler nedeniyle olabilir. Bizim çalışmamızda PMS oranının yüksek çıkması; hem çalışan kadınlarda stres faktörünün fazla olması, hem de sağlık çalışanı kadınların bu semptomları algılamalarının yüksek olması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda kadınların PMSÖ' den aldıkları toplam puan ortalamaları 125,89±38,91 olarak hesaplanmış, puanların 44,0 ile 220,0 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının genel olarak premenstrual sendrom belirtilerini orta düzeyde yaşadıklarını göstermektedir. Puan ortalamaları ise şu şekilde hesaplanmıştır: depresif duygulanım 20,61±7,04, yorgunluk 18,92±6,17, depresif düşünceler 17,05±7,91, anksiyete 15,46±7,08, sinirlilik 15,29±5,32, iştah değişimleri 9,96±3,54, ağrı 9,57±3,49, uyku değişimleri 8,47±3,47 ve şişkinlik 10,56±3,30. Literatürde 18-24 yaş arasındaki katılımcılar ile yapılan bir araştırmada kadınların Premenstrüel Sendrom Ölçeğinden ortalama 122,14±32,60 puan aldıkları görülmüştür. Premenstrual dönemde kadınların çoktan aza doğru aldıkları alt boyutlarına bakıldığında %98,2'sinin yorgunluk, %95,5'inin depresif duygulanım, %93,4'ünün iştah değişimleri, %93,2'sinin sinirlilik, %92,2'sinin şişkinlik, %91,7'sinin anksiyete, %90,6'sının depresif düşünceler, %89,1'inin ağrı ve %88,2'sinin uyku değişiklikleri yaşadıkları belirlenmiştir (Aba vd., 2018). Yine başka bir çalışmada kadınların PMSÖ puan ortalaması 118.0±39.2 olarak hesaplanmış ve en yaygın görülen PMS kaynaklı semptomlar olarak depresif duygulanım (%20.4), yorgunluk (%17.9), depresif düşünceler (%16.9), anksiyete (%15.5) ve sinirlilik (%14.6) olduğu bulunmuştur (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Yapılan çalışmalarda PMS' nin kadınların sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve yakınmaların sıralamasında değişiklik olduğu görülmektedir. Ayrıca literatürde, premenstrual sendromun sıklık, şiddet ve semptomlar açısından, kültürler arasında farklılık gösterebileceği belirtilmektedir (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017; Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Bu araştırma bulguları, literatür yer alan bilgilerle paralellik göstermektedir.

5.2. Premenstrual Sendrom ile Kişisel Özellikler İlişkisinin İncelenmesi

5.2.1 PMS ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda kadınların yaş ile PMS arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Literatürde, yaş ve PMS arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, semptomların ergenlik döneminde başladığını, en yoğun olarak 20-25 yaşları arasında görüldüğünü ve menopoza doğru azaldığını belirtirken, diğer çalışmalar ise yaşla birlikte değişim göstermediğini ortaya koymaktadır.

Kırsal bir hastanede aile hekimliği polikliniklerine başvuran 15-49 yaş arası kadın hastalarla yapılan çalışmada PMS sıklığının en fazla 25-29 yaş aralığında olduğu, 30 yaşından sonra kademeli olarak azaldığı ve 45-49 yaş aralığında yine yükselişe geçtiği bulunmuştur (Kızmaz vd., 2021). Bir ilçe merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan çalışmada da 30 yaş ve altında olanlarda PMSÖ toplam puan ortalamaları diğerlerinden yüksek bulunmuştur (Çelik ve Uskun, 2022). Başka bir araştırmada da 30 yaş ve altında olanlarda PMS daha sık görülmüş ama fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006). Bizim çalışmamızda, PMS semptomlarının görülme sıklığı ve şiddetinin yaşa bağlı olarak değişmediği tespit edilmiştir. Çalışma sonucumuza benzer yaş ile PMS arasında ilişkinin olmadığı araştırmalarda vardır (Poyrazoğlu ve Günay, 2023; Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Araştırma, bulgularımız literatür ile benzer olarak PMS' nin özellikle 30'lu yaşlarda genç kadınlar arasında görülen yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve PMS ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir sonuç görülmemiştir. Literatür incelendiğinde bizim araştırma sonucumuza benzer olarak kadınların öğrenim durumu ile PMS sıklığı arasında ilişkinin bulunmadığı araştırmalar mevcuttur (Poyrazoğlu ve Günay, 2023; Özeren, Atila ve Helvacı, 2013). Bu sonuçların aksine hastanede çalışan üreme çağındaki kadınlarla yapılan çalışmada PMS' nin en yüksek okur-yazar olmayanlarda, en düşük üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlarda görülmüştür (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Yine benzer sonuçlara sahip bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda PMS belirtilerinin daha belirgin ve şiddetli şekilde ortaya çıktığı, ayrıca yaşam kalitesinin önemli ölçüde olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir (Eğicioğlu vd., 2015). Çalışmalardaki bu farklılıklar, araştırmanın yapıldığı popülasyonun özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada, medeni durum ile PMS ilişkisi değerlendiğinde bekar ve boşanmış/eşini kaybetmiş sağlık çalışanlarının PMSÖ puanları, evli olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonuçları medeni durumun PMS semptomlarının şiddeti üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Literatürde, bazı çalışmalarda bekar bireylerde, bazı çalışmalar ise evli bireylerde daha fazla PMS görüldüğü belirtilmiştir.

Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada bekar, boşanmış ve dullarda PDB sıklığının arttığı saptanmıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

Hastane çalışanları ile yapılan çalışmada evli kadınlarda PMS oranı daha yüksek görülmüştür (Demir, Algül ve Güven, 2006). Afyon'da doğurganlık çağındaki 240 kadın ile yürütülmüş çalışmada, evli olmayan kadınlarda premenstrual semptomların daha belirgin olduğu ve yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir (Eğicioğlu vd., 2015). Bununla birlikte aralarında anlamlı sonuç bulunmayan çalışmalar da mevcuttur. Bir başka araştırmada ise PMS sıklığının medeni duruma göre değişmediği görülmüştür (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). Literatürdeki farklı sonuçların, grupların homojen dağılmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada, meslek grupları ile PMS ilişkisi değerlendirildiğinde, meslek grupları arasında PMS puanları bakımından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Bizim araştırmamıza benzer olarak İzmir'de sağlık çalışanlarıyla yapılmış çalışmada PMS olanlarla olmayanlar arasında meslek grupları arasında PMS/PDB sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak yapılan çalışmalar mevcuttur. Yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında bir devlet hastanesinde çalışan 15 49 yaş arasındaki toplam 597 kadınla yapılan çalışmada ebelerde hekimlere göre 3,46 kat ve sekreterlerde hekimlere göre 1,15 kat daha fazla PMS sıklığı fazladır (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen ve 19-49 yaş arası 254 kadın ile yürütülen bir araştırmada, PMS' nin hemşirelerde daha sık görüldüğü saptanmış, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006).

5.2.2 PMS ile Çalışma Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda çalışma süresi ve saatleri arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, çalışma süresi ve saatlerinin PMS semptomları üzerinde önemli bir etkisi olmadığını göstermektedir. Literatürde hemşireler ile yapılmış çalışmada çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların âdet öncesi dönem yakınmaları yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Daşıkan ve Saruhan, 2014).

5.2.3 PMS ile Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda, Beden Kitle İndeksi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sağlık çalışanlarının BKİ düzeyine göre sınıflandırdığımızda %74,6'sı normal kiloda bulunmuş ve BKİ ortalaması 24,41±4,24 olarak hesaplanmıştır. Literatürde farklı araştırma sonuçları mevcuttur. Üniversitede öğrenim gören 716 öğrenci ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin beden kitle indeksi ile PMSÖ arasında anlamlı bir istatistiksel fark olduğu gözlemlenmiştir (Ataman ve Tan, 2021). Yine öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin %61,4 'ünün beden kitle indeksi (BKİ) 18,9-24,9 kg/ m² aralığında olup normal kiloda olduğu belirlenmiş ve BKİ ile PMS arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki saptanamamıştır (Koyucu ve Ölmez, 2021). Bizim araştırma sonucumuza benzer olarak çalışma bulgularında PMS ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı çalışmalar vardır (Akarsu ve Yalman, 2019; Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Literatürde farklı bulguların çıkması, grupların homojen bir dağılıma sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada, sigara kullanımı ile PMS arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında PMS puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Literatürde sigara kullanımının PMS varlığını etkilediğini belirten çalışmalar olduğu gibi bizim çalışma sonucumuza benzer araştırmalar mevcuttur. Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda sigara kullanımının PMS varlığını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017; Akarsu ve Yalman, 2019). Bu çalışmaların tersi yönde sonucun elde edildiği, üniversite öğrencileriyle yürütülmüş çalışmada sigara tüketenlerde PMS anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Pinar, Colak ve Oksuz, 2011; Ataman ve Tan; 2021). Kayseri'de rastgele seçilmiş 15-49 yaş aralığındaki 1019 kadınla yapılan çalışmada sigara içenlerde PMS sıklığı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Poyrazoğlu ve Günay, 2023). İstanbul' da eğitim araştırma hastanesi olarak hizmet veren üç hastanede görev alan 426 hemşire ile yapılmış çalışmada sigara içenlerde PMS sıklığında artış saptanmıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013). Literatürdeki bu farklılıkların, çalışmaların yapıldığı popülasyonlardaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada, alkol tüketimi ve PMS arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, alkol kullanan sağlık çalışanlarında PMS görülme sıklığının arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Alkol tüketen grupta PMS görülme oranı %38,99 iken, alkol tüketmeyen grupta bu oran %38,42 olarak belirlenmiştir. Alkol tüketiminin PMS ile olan ilişkisi ve PMS' ye yatkınlığı artırmadaki rolü net değildir (Ölçer, Bakır ve Aslan, 2017). Bizim çalışmamıza paralel şekilde, üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmalarda da alkol tüketen öğrencilerin PMSÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (Ataman ve Tan, 2021; Pinar, Colak ve Oksuz, 2011; Selçuk, Avcı ve Alpyılmaz, 2014). Yine üniversite öğrencileriyle bir diğer araştırmada ise alkol tüketimi ile PMS arasında, PMS'li ve PMS'siz öğrenciler açısından anlamlı bir ilişki bulunamadığı rapor edilmiştir (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). İzmir'de sağlık çalışanlarıyla yapılan başka bir çalışmada ise alkol alımı ve alınan miktar arasında ilişki incelenmiş ve PMS arasında ilişki saptanmamıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013). Bu sonuç, alkol kullanımının PMS semptomlarının şiddetini artırabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda egzersiz yapma durumu ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, düzenli egzersiz yapanlar ile yapmayanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgularımızdan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan bir araştırma bulgularına göre, düzenli egzersiz yapan öğrencilerin PMSÖ puanlarının, egzersiz yapmayan öğrencilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ataman ve Tan, 2021). Benzer bulgulara sahip öğrencilerle yapılan çalışmada fiziksel aktivite düzeyi düşük olan kadınlarda, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olanlara göre PMS semptomlarını daha yoğun yaşandıkları belirlenmiş ve PMSÖ alt boyutları olan depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünce belirtilerinin, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Güney vd., 2017). Bizim çalışma bulgumuza benzer sonuca sahip çalışmalar mevcuttur. Uşak Üniversitesi'nde yapılan çalışmada, PMS olan ve olmayan grupların fiziksel aktivite düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır (Aba vd., 2018). Yine öğrenciler üzerinde yürütülmüş bir çalışmada düzenli egzersiz yapma durumunun ve fiziksel aktivite düzeyinin PMS yaşama durumunu etkilemediği sonucuna varılmıştır (Akarsu ve Yalman, 2019).

Çalışmamızda düzenli egzersizin PMS üzerindeki etkisinin gözlemlenememesinin, katılımcıların büyük bir kısmının inaktif (n=182) olmasıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir.

5.2.4 PMS ile Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Araştırmamızda menarş yaşı ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık çalışanlarının PMS ortalama puanı menarş yaşı düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde adölesan dönemde ve genç kadınlarda menarş yaşının PMS üzerindeki rolü net değildir (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Yapılan bir araştırmada, menarş yaşı 12 ve altında olan bireylerde PMSÖ toplam puanlarının belirgin şekilde daha yüksek olduğu ve premenstrüel yakınmaların bu bireylerin günlük yaşam verimliliğini önemli ölçüde olumsuz etkilediği saptanmıştır (Demir, Algül ve Güven, 2006). Yine benzer sonuca sahip 716 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir (Ataman ve Tan, 2021). Çalışmamıza benzer şekilde bir devlet hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınların menarş yaşı ile PMS sıklığı arasında ilişkili bulunmamıştır (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). PMS olan ve olmayanlar öğrenciler üzerine yapılan çalışma sonucunda da menarş yaşı istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Aba vd., 2018; Akarsu ve Yalman, 2019). Literatürde bildirilen bu durumların hormonal faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının PMS ile adet düzeni arasındaki ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde, adet düzensizliği olan kadınlarda PMS belirtilerinin daha ağır seyrettiği ve bu durumun yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Eğicioğlu vd., 2015). Öğrencilerle yapılan bir çalışmada PMS prevelansının %72,1 olarak bulunduğu ve adet düzensizliği olanlarda PMS' nin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Pinar, Colak ve Oksuz, 2011). Yine öğrenciler üzerine yapılmış çalışmada adet düzensizliği yaşayan öğrencilerin PMSÖ puan ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Ataman ve Tan, 2021; Aba vd., 2018). Bizim çalışmamıza benzer sağlık çalışanları ile yapılmış bir çalışmada ise adet döngüsü düzensiz olanların, düzenli olanlara kıyasla PMS sıklığı daha yüksek bulunmuştur (Demir, Algül ve Güven, 2006).

Yapılan bu araştırma bulgularının yanı sıra, bizim çalışma bulgumuza benzer, bu etki ve ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da mevcuttur. PMS prevalansının %36,4 olarak hesaplandığı bir çalışmada PMS olan ve olmayan katılımcılar arasında menstrüel sıklık açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Olguların yaklaşık %80 'inin düzenli adet gördüğü bir araştırmada ise adet düzeni ile PMS oranları karşılaştırıldığında fark saptanmamıştır (Özeren, Atila ve Helvacı, 2013).

PMS ile adet süresi incelendiğinde istatistiksel olarak PMS genel ortalama puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde adet süresi ile ilgili farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Poyrazoğlu ve Günay (2023) tarafından yapılan çalışmada premenstrüel dönemde semptomların var olduğunu söyleyen kadınların yaşam süreci boyunca ortalama 8,8 yıldır semptomlarının olduğu, yıllık ortalama 3 ayının bu semptomlar nedeniyle olumsuz etkilendiği ve semptomların geçme süresinin ortalama 2,9 gün olduğu bulunmuştur. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, PMS olan ve olmayan arasında adet süresi ve menstrüel sıklık açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016). Bir başka çalışmada ise menstruasyon süresinin ortalama 5.66±1.32 gün olduğu tespit edilmiştir. Ancak, menstrüasyonu yedi gün ve daha uzun süren bireylerde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, PMS puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Selçuk, Avcı ve Alpyılmaz, 2014).

Araştırmamızda gebelik sayısı ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, PMS ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hiç gebe kalmamış olanların PMS puanları, 1-3 kez veya 4 ve üzeri kez gebe kalmış olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğum sayısı ve PMS arasındaki ilişkiye bakıldığında, doğum sayısına göre PMS ortalama puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Premenstrüel sendromun doğum sayısı ile ilişkisini inceleyen araştırmaların bulguları farklılık göstermektedir ve doğum sayısının PMS üzerindeki etkileri halen tartışmalı bir konudur. Türkiye'de doğum yapan 123 kadın ve doğum yapmayan 127 kadın ile yürütülmüş bir araştırmada, doğum yapmış kadınlarda premenstrual sendrom görülme oranın daha düşük olduğu ve premenstrual sendrom şiddeti ile buna bağlı diğer sorunları doğum yapmamış kadınlara göre daha az olduğu gözlemlenmiştir. (Yeşilçınar ve Yanık, 2023).

Bizim çalışmamızla benzer şekilde doğum sayısı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını gösteren diğer araştırmalar da mevcuttur. (Poyrazoğlu ve Günay, 2023; Daşıkan ve Saruhan, 2014).

Çalışmamızda, ilaç kullanımı ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, bu iki faktör arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Adetliyken ilaç kullanan sağlık çalışanları, ilaç kullanmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir. Literatür adetliyken ilaç kullanma durumuna ilişkin bilgimiz çok sınırlıdır. Hemşirelerle yapılan araştırmada %32,5'inin menstrüel yakınmalarına karşı önlem aldığı, önlem alanların %63,0'ının ilaç kullandığı belirlenmiştir (Daşıkan ve Saruhan, 2014). Literatürdeki PMS için ilaç kullanma durumunun farklılık göstermesi kadınların baş etme yöntemleri ve menstrüasyonla ilgili düşünceleri nedeniyle olabilir.

Ağrılı adet durumu ile PMS arasındaki ilişki değerlendiğinde, PMSÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ağrı yaşayan sağlık çalışanlarının PMSÖ puanı, ağrı yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırmamızın bulguları literatürle paralellik göstermektedir. Literatürde yapılan araştırmaların sonucunda, adet sancısı çeken kadınların PMSÖ puan ortalamalarının, bu durumu yaşamayan kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Demir, Algül ve Güven, 2006; Aşcı, Süt ve Gökdemir, 2016; Ataman ve Tan, 2021). Yapılan bir araştırma sonucunda menstrual dönemde dismenore şikâyeti yaşayan kadınların, bu şikâyeti olmayanlara kıyasla PMS semptomlarını 2,85 kat daha fazla deneyimledikleri tespit edilmiştir (Akmalı, Özerdoğan ve Gürsoy, 2020). Kırsal bir hastanede aile hekimliği polikliniklerine başvuran 15-49 yaş arası kadın hastalarla yapılan çalışmada âdet döneminin ağrılı olması PMS için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Kızmaz vd., 2021). Çalışma sonucumuz literatürle benzerlik göstermiştir. Premenstrual sendrom ve dismenore arasındaki bu bağlantı, bireylerin prostoglandin düzeyleriyle ilişkili olabilir.

5.2.5 PMS ile İş Yaşamı Özellikler İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda, adet dönemiyle ilgili olarak işe devamsızlık, yaşanan problemlerin iş performansını etkilemesi ve bu sorunların çevre tarafından fark edilmesi gibi faktörler incelenmiş ve her birinin PMS durumu ile ilişkisi ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının adetliyken işte devamsızlık yapma durumu ve PMS ilişkisi değerlendirildiğinde PMSÖ puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İşte devamsızlık yapan sağlık çalışanlarının PMSÖ puanı, devamsızlık yapmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Bizim araştırmamıza benzer sonuçlar mevcuttur. Toplamda 1477 kadının katıldığı bir çalışmada, orta veya şiddetli PMS semptomları yaşayan kadınlarda iş devamsızlıklarında artış gözlemlenmiş; devamsızlık oranının, döngü başına 8 saat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Heinemann vd., 2010). Aynı ekip tarafından 19 ülkede, orta ve şiddetli PMS/PMDB yaşayan kadınların, hafif PMS yaşayanlara kıyasla adet sürecini daha yoğun algıladıkları ve bu performans nedeniyle daha sık işte devamsızlık yaşadıkları bildirilmiştir (Heinemann, Minh, Heinemann, Lindemann & Filonenko, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan ve 18 yaşın üzerindeki 1867 kişi ile yapılan çalışmada adet döngülerinin işyeri üretkenliği üzerinde orta ila şiddetli bir etkisi olduğunu bildirmiş; katılımcıların %45,2' sinde adet döngüsüyle ilgili sorunların devamsızlığa yol açtığını, işe veya çalışmaya gidemediklerini bildirmiştir (Ponzo vd., 2022). Çalışmamız sonucu diğer çalışmalara paralellik göstermektedir.

Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, anlamlı bir fark bulunmuştur. Sorunların iş yaşamını etkilediğini belirten sağlık çalışanları, etkilemediğini belirten sağlık çalışanlarına göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara rastlanmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların % 20,1'inde PMS saptanmış ve % 70,3'ü, bu dönemde iş verimliliklerinin azaldığını ifade etmiştir (Demir, Algül ve Güven, 2006). Çok uluslu bir araştırmada, orta veya şiddetli PMS semptomları yaşayan kadınların iş verimliliğinde belirgin bir azalma yaşadığı bulunmuştur (Heinemann vd., 2010). 19 ülkede 4032 kadınla gerçekleştirilen bir çalışmada, orta ve şiddetli PMS semptomları yaşayan kadınların iş verimliliklerinde, hafif semptomları olanlara göre daha fazla bir düşüş olduğu belirlenmiştir (Heinemann vd., 2012). Bu araştırma bulguları ile literatür bilgileri paralellik göstermektedir.

Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların çevredeki kişiler tarafından fark edilmesi ile PMS arasındaki ilişki incelendiğinde arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sorunların çevre tarafından fark edildiğini belirten sağlık çalışanları, fark edilmediğini belirten sağlık çalışanlarına göre daha yüksek PMS puanlarına sahiptir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışan Türk kadınlarında Premenstrüel semptom prevalansının oldukça yüksek olduğu ve bu semptomların, iş, sosyal aktiviteler ve kişisel ilişkiler üzerinde stresle orantılı olarak olumsuz etkiler yarattığı gözlemlenmiştir. (Meşeci, 2017). İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 200 hemşire ile yapılan bir çalışmada, menstrüel şikayetlerin yüksek olduğu ve %61,5'nin menstrüel dönemlerde kişiler arası ilişkilerinin ve mesleksel işlevselliğinin etkilendiği görülmüştür (Daşıkan ve Saruhan, 2014).

5.3 İş Yaşam Kalitesi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Araştırmamızda, 214 kadının iş yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı genel puan ortalaması 2,94 ± 0,77 olarak bulunmuştur. İş yaşam kalitesinin alt boyutları incelendiğinde; iş yaşamında stres 3,35 ±1,11, genel iyi olma 3,11 ±0,89, iş kariyer memnuniyeti 3,07 ±0,86, aile-iş yaşam dengesi 2,71 ±1,00, işi kontrol etme 2,70 ±1,03 ve çalışma koşulları ortalaması 2,68 ±1,09 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, iş yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Uyar ve arkadaşlarının (2020) sağlık çalışanlarında zaman yönetimi ile iş-yaşam kalitesinin ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada, toplam ölçek puanı 3,23±0,55 olarak bulunmuş ve bu düzey "orta" olarak yorumlanmıştır. Çalışmamızın toplam ölçek puanının (2,94±0,77) daha düşük olması, katılımcı grubunun iş yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, Şahin, Ekici ve Kayral 'ın (2021) bir üniversite hastanesinde görev yapan doktorlarla gerçekleştirdiği çalışmada, toplam iş yaşam kalitesi puanı 3,34±,55 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada alt boyutlara ilişkin ortalamalar incelendiğinde; iş ve kariyer memnuniyeti 3,53±0,53, genel iyilik hali 3,40±0,68, iş yerinde kontrol 3,35±0,85, iş stresi 3,06±0,92, çalışma koşulları 3,15±0,73 ve aile-iş yaşam dengesi 3,21±0,78 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmada, en düşük puanı iş stresinde (3,06), en yüksek puan ise iş ve kariyer memnuniyetinde (3,53) elde edilmiştir.

Bu bulgular, çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermekte, ancak genel puanlar açısından daha yüksek bir iş yaşam kalitesine işaret etmektedir. Alan ve Yıldırım (2016) ise hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, Hemşirelerde İş Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplam ölçek puanını 80,98±14,30 olarak rapor etmiş ve bu sonucun hemşirelerin iş yaşam kalitesinin yüksek düzeyde olduğunu ifade ettiğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde, Lebni ve arkadaşlarının (2020) İran'da hemşirelerle yaptığı çalışmada, Van Laar ve ark. tarafından geliştirilen iş yaşam kalitesi ölçeği (WRQoL) ile ölçülen genel puan 3.11±0.47 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları 2,94±0,77 ile orta düzey iş yaşam kaitesini işaret etmektedir. Farklı çalışmalarda kullanılan ölçeklerin özellikleri farklılık gösterse de, genel anlamda iş yaşam kalitesi boyutlarının benzer sonuçlar ortaya koyduğu söylenebilir.

5.4 İş Yaşam Kalitesi ile Kişisel Özellikler ilişkisinin İncelenmesi

5.4.1 İş Yaşam Kalitesi ile Sosyodemografik Özellikler İlişkisinin İncelenmesi

Bu araştırmada iş yaşam kalitesi ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları yaşa göre incelendiğinde, yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Sağlık çalışanlarının yaşı ile iş yaşam kalitesi boyutlarından sadece çalışma koşulları arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür bulguları incelendiğinde; bir devlet hastanesinde Hemşirelik İş Yaşamı Kalitesi Ölçeği kullanılarak, iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yaş arttıkça iş doyumu düzeyinin arttığı bulunmuştur (Erenoğlu vd., 2019). İmam Rıza Hastanesi ve Kermanşah Tıp Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı 271 hemşire ile yapılan çalışmada yaş grubu olarak %52,4'ü 20-30 yaş arasında olduğu ve iş yaşam kalitesinin katılımcının yaşı ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur (Lebni vd., 2020). Alan ve Yıldırım'ın (2016) Çanakkale'de devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastanede en az 1 yıldır çalışan hemşireler ile yapılmış olduğu çalışmada hemşirelerin %38,7 ile çoğunluğu 30-35 yaş arası ve hemşirelerin iş yaşam kalitesi öz değerlendirmelerinin %50'si orta; %30,8'i kötü ve çok kötü olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise yaş ortalaması 33,83±7,69 ile çoğunluğu genç grup oluşturduğu görülmektedir. Yaş grubu açısından çalışmalar birbiri arasında benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve iş yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde eğitim düzeyinin iş yaşam kalitesine etkisi ile ilgili anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bizim çalışmamızın aksine, bazı araştırmalarda eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin aldıkları sorumluluk ve iş yükünün artmasıyla birlikte iş yaşam kalitesinin azaldığına dair bulgular bulunmaktadır. Erzincan Devlet Hastanesi ve merkezde bulunan 5 aile sağlığı merkezlerinde çalışan 311 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu ve eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Javad Yoosefi Lebni ve arkadaşları (2020) çalışmasındaki değişkenler incelendiğinde eğitim düzeyi yüksek lisans derecesinde olanların iş yaşam kalitesinin toplam puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. İstanbul ilinde toplam 12 hastanede yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin eğitim durumu yükseldikçe iş yaşamı kalitesi negatif yönde azalmaktadır (Çatak ve Bahçecik, 2015). Ankara'da yürütülmüş araştırmada ön lisans mezunlarının, daha düşük iş yaşam kalitesine sahip olduklarına dikkat çekilmiştir (Çağatay, 2023).

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları medeni durumlarına göre değerlendirilmesinde anlamlı bir sonuç görülmemiştir. Literatürde medeni durum ve iş yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yapılan araştırmada, evliliğin yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Yine İran'da yapılan çalışma bulguları incelendiğinde iş yaşam kalitesinin medeni durumu ile önemli ölçüde ilişkili olduğu; evli olanların iş yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Lebni vd., 2020). Başka bir araştırma sonucunda, evli katılımcıların çalışma yaşam kalitesi algısının, bekar olanlara kıyasla daha olumlu olduğu tespit edilmiştir (Deniz vd., 2018). Bu çalışma bulgularının aksine Trabzon'daki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 315 hemşire yapılmış çalışmada medeni durumunun hemşirelerin iş yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerini etkilemediği sonucu elde edilmiştir (Tamer ve Öztürk, 2021). Çalışma sonucumuz, evli çalışanların ailevi sorumluluklarının fazla olması nedeniyle işyerindeki zorlukları daha kolay göz ardı etmeleri ve ailelerinden aldıkları sosyal destekle işyerindeki stresi daha hafif hissetmelerine yol açtığını gösterebilir.

Çalışmamızda meslek grupları ve iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde iş kariyer memnuniyeti ortalama puanı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar, yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlara ve diğer sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlara göre daha yüksek iş kariyer memnuniyetine sahiptir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırma bulgularımızdan benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada; katılımcıların görevleri üç ana kategoride değerlendirilmiştir. Bu gruplandırmaya göre, sağlık alanında çalışan (hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, acil tıp teknisyeni gibi), idari pozisyonlarda görev yapan ve teknik-destek hizmetlerinde çalışan (teknisyen, temizlik görevlisi, şoför gibi) kişiler yer almıştır. Görevine göre en olumsuz iş yaşamı kalitesi algısına sahip grup ise sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir (Deniz vd., 2018). Bir kamu hastanesinde yürütülen çalışmada da hemşire, ebe ve destek personelinin iş yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Çağatay, 2023).

5.4.2 İş Yaşam Kalitesi ile Çalışma Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Çalışma süresi ve iş yaşam kalitesi arasında alt boyutlardan çalışma koşulları ortalama puanı açısından çalışma sürelerine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. 16-25 yıl arasında çalışanlar, diğer gruplara göre daha yüksek çalışma koşulları ortalama puanına sahiptir. İlgili literatür incelendiğinde araştırma sonucunu desteklemektedir. Javad Yoosefi Lebni ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında çalışma yılı 15 yıl ve üzeri olanlarda daha yüksek iş yaşam kalitesi düzeyine sahip olduğu görülmüştür ve bizim çalışmamız ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Uğur'un (2005) hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve buna etki eden faktörler üzerine yaptığı araştırmada, hemşirelerin üçte birinin iş yaşam kalitelerini olumsuz olarak değerlendirdiği ve bu grubun %31,4'ünün çalıştıkları hastanede en fazla 1 yıl ya da daha kısa süre kalmayı planladığı tespit edilmiştir (Alan ve Yıldırım, 2016). Yalova ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanede ve bağlı kuruluşlarında gerçekleştirilen çalışmada, yaş gruplarına göre katılımcıların kariyerinin başlarında ve sonlarına doğru iş yaşamı kalitesi algılarının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Deniz vd., 2018). Yine hemşireler ile yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin mesleki deneyim süreleri arttıkça iş yaşamı kalitesi negatif yönde azalmaktadır (Çatak ve Bahçecik, 2015).

Ankara'daki bir kamu hastanesinde çalışan 405 kişi ile yapılan araştırma, meslekte ve kurumda 10 yıldan kısa süreyle çalışan bireylerin, iş yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Çağatay, 2023). İstanbul'daki bir kamu üniversite hastanesinde çalışan 598 hemşire ile yürütülmüş çalışmada hemşirelerin çalışma ortamı algısı incelenmiş, araştırmada yaşı 40'ın üzerinde olan hemşirelerin çalışma ortamını daha olumsuz algıladığını ve 5 yıl veya daha az hizmet süresi olanların çalışma ortamını en olumlu algıladığı bulunmuştur (Alan vd., 2021). Bu durum, çalışanların kurumdaki belirli bir çalışma süresi sonrasında çalışma koşullarına yönelik algının değişebileceğini; kurumu daha iyi tanımaları, çalışma ortamına alışmaları ve iş güvencesine dair daha olumlu bir algı geliştirmeleriyle açıklanabilir.

Araştırmamızda iş yaşam kalitesi ölçeği ile çalışma saatleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. İran'da yapılan araştırmada çalışma şekli olarak gündüz, akşam ve gece olarak üç farklı zaman ele alınmış, akşam ve gece çalışanların daha yüksek, yani iyi iş yaşam kalitesine sahip olduğu görülmüştür (Lebni vd., 2020). Hemşirelerin iş doyumu, dönüşümlü vardiyalarda çalışanlara kıyasla daha yüksek olup, sabit vardiyalarda çalışmanın iş yaşamı kalitesini olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir (Erenoğlu vd., 2019). Van'da bulunan bir kamu hastanesinde görevli hemşireler gündüz görev yapan 42 ve vardiyalı sistemde çalışan toplam 45 hemşire ile ruhsal belirtilerin ve şiddetlerinin taranması amacıyla çalışma yapılmıştır. Bu araştırma bulguları, vardiyalı sistemde çalışmanın hemşirelerde psikiyatrik bozuklukların oluşması ve düşük yaşam kalitesi açısından olası bir risk etkeni olduğunu göstermiştir (Selvi vd., 2010). Ankara ilinde faaliyet gösteren 500 yatak ve üzeri kapasitedeki 8 hastanede çalışan 271 hemşire ile yapılmış çalışmada, %51,3'ünün dönüşümlü vardiyalarda çalıştıklarını ve buna bağlı olarak iş yaşam kalitelerini olumsuz şekilde etkilendiğini belirtmişlerdir (Uğur ve Abaan, 2008). Balıkesir il merkezindeki Kamu Hastaneler Birliğine bağlı hastanelerde çalışan 338 hemşirelerin çalışma koşullarına bağlı olarak gelişen iş kalitesini etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada vardiya sistemi ile çalışanların iş yaşamı kalitesi düşükken; yalnızca gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin iş yaşamı kalitesi daha yüksek bulunmuştur, nöbet tutmayan hemşirelerin iş yaşamı kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Ayaz ve Beydağ, 2014).

5.4.3 İş Yaşam Kalitesi ile Genel Sağlık ve Yaşam Biçimi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Araştırmamızda iş yaşam kalitesi ile BKİ, sigara kullanma, alkol tüketme ve egzersiz yapma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde iş yaşam kalitesi ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada incelenen boyutlar ile ilgili olarak yapılmış çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen konuyu genel sağlık ve yaşam biçimi boyutları arasındaki ilişkiler özelinde inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda araştırma sonuçlarından hareketle, BKİ, sigara, alkol tüketme ve egzersiz yapmanın iş yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılabilir. Ayrıca literatürde genel sağlık ve yaşam biçimi özellikleri ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

5.4.4 İş Yaşam Kalitesi ile Menstruasyon ve Doğurganlık Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Çalışmamızda kadınların iş yaşam kalitesi ile menarş yaşı, adet düzeni ve süresi, adetliyken ağrı yaşama ve ilaç kullanma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde sağlık çalışanlarının menarş yaşı, adet düzeni ve süresi, adetliyken ağrı yaşama ve ilaç kullanma özelliklerini karşılaştıran çalışmalara rastlanamamıştır. Araştırma sonucumuzdan yola çıkarak menarş yaşı, adet düzeni ve süresi, adetliyken ağrı yaşama ve ilaç kullanma durumlarının iş yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılabilir.

Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve alt boyutları ortalama puanları gebelik sayısına göre anlamlı fark bulunmazken doğum sayısına göre değerlendirilmesinde anlamlı bir fark bulunmuştur. 4 ve üzeri doğum yapmış sağlık çalışanlarının, diğer gruplara göre daha yüksek işi kontrol etme ve çalışma koşulları puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Şanlıurfa'da 676 hemşire ile yapılan çalışmada hemşirelerin çocuk sayılarına göre yapılan istatistiğinde Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasında anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır (Toprak ve Timuçin, 2023). Yine hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise çocuk sayısının hemşirelerin iş yaşam kalitesine etkisi bulunmamıştır (Tamer ve Öztürk, 2021).

5.4.5 İş Yaşam Kalitesi ile İş Yaşamı Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Kadınların iş yaşam kalitesi ölçeği puanları ile iş yaşamı özelliklerine ilişkin incelemede; sağlık çalışanlarının adetliyken işte devamsızlık yapma durumu ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bir araştırmada, kamu bünyesinde hizmet veren bir üniversite hastanesinde çalışan doktorların iş yaşam kalitesi arttıkça işten ayrılma niyetinin azaldığı saptanmıştır (Şahin, Ekici ve Kayral, 2021). Adet öncesi dönemde sorunların çevre tarafından fark edilmesi ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi durumuna göre iş yaşam kalitesi puanı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Sorunların ş yaşamını etkilediğini belirten çalışanlar, etkilemediğini belirtenlere daha düşük iş yaşam kalitesi algısına sahiptir. Literatür taramasında işte devamsızlık durumu, kişiler arası iletişim ve genel sorunlar üzerine yapılan araştırmalara rastlanılsa da adet dönemindeki durumu ile ilgili araştırmalara rastlanılmamıştır. Bu araştırma bulgumuzun literatürdeki boşluğu dolduracağı düşünülebilir.

5.5 Premenstrual Sendrom ile İş Yaşam Kalitesi Özellikleri İlişkisinin İncelenmesi

Araştırmada, PMS düzeylerine göre iş yaşam kalitesi genel puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hafif düzeyde PMS yaşayan katılımcılar, orta ve şiddetli düzeyde PMS yaşayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek iş yaşam kalitesi puanına sahiptir. Bu sonuç, PMS düzeylerinin iş yaşam kalitesi üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Hafif düzeyde PMS yaşayanların genel iyi olma hali ve daha yüksek işi kontrol etme algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. PMS ile iş yaşam kalitesi genel puanı arasında negatif yönde, zayıf bir korelasyon saptanmıştır. İş yaşam kalitesinin alt boyutlarından “genel iyi olma hali” ve “iş yaşamında stres” arasında da negatif yönde, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç, iş yaşam kalitesi ne kadar iyi ise, premenstrual sendrom düzeyinin o kadar düşük düzeyde olduğu yönünde bir çıkarım sunmaktadır.

Tüm alt boyutlar düzeyinde yapılan analizlerde şu bulgular elde edilmiştir:

Depresif duygulanım; genel iyi olma, işi kontrol etme, çalışma koşulları, iş yaşamında stres ve aile-iş yaşam dengesi ile negatif yönde anlamlı ilişkilere sahiptir.

Anksiyete; genel iyi olma hali ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki göstermektedir. Sinirlilik; iş yaşam kalitesi, genel iyi olma, işi kontrol etme ve iş yaşamında stres ile negatif yönde anlamlı ilişkilere sahiptir.

Uyku değişimleri; iş yaşam kalitesi, genel iyi olma ve iş yaşamında stres ile negatif ve anlamlı ilişkilere sahiptir.

Bu bulgular, PMS' nin hem genel iş yaşam kalitesi üzerinde hem de alt boyutlar bağlamında olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Sağlık çalışanlarında premenstrual sendromun iş yaşam kalitesine etkisinin incelenmesine yönelik gerçekleştirilen çalışmada,

Sağlık çalışanlarının, %0,5'i PMS yaşamıyorken; %26,6'sı PMS hafif düzeyde, %54,7'si PMS orta düzeyde ve %18,2'si PMS şiddetli düzeyde yaşadığı;

PMSÖ alt boyutlarından, en fazla depresif duygulanım, yorgunluk ve depresif düşünceler alt boyutlarının puan ortalamasının yüksek olduğu;

PMS ile kişisel özelliklerden; yaş, eğitim durumu, meslek grupları, çalışma süresi, çalışma saatleri, BKİ, sigara kullanma, egzersiz, menarş yaşı, adet düzeni, adet süresi ve doğum sayısı arasından anlamlı ilişki olmadığı;

PMS ile medeni durum arasında bekar ve boşanmış/eşini kaybetmiş sağlık çalışanlarının PMSÖ puanları, evli olanlara göre daha yüksek olduğu;

PMS ile alkol kullanımı arasında alkol tüketen sağlık çalışanlarında PMS görülme sıklığının arttığı ve bu istatiksel olarak anlamlı bulunduğu;

PMS ile gebelik sayısı arasında hiç gebe kalmamış olanların PMS puanları, 1-3 kez veya 4 ve üzeri kez gebe kalmış olanlara göre daha yüksek olduğu;

PMS ile ilaç kullanımı, ağrılı adet görme, adet öncesi dönemde işte devamsızlık yaşama, adet öncesi dönemde sorunların çevre tarafından fark edilmesi ve adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu;

Sağlık çalışanlarının, iş yaşam kalitesi puan ortalamasının 2,94±0,77 ile orta düzeyde olduğu;

İş yaşam kalitesi alt boyutlarından, en fazla iş yaşamında stres, genel iyi olma ve iş kariyer memnuniyeti alt boyutlarının puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır.

İş yaşam kalitesi ile kişisel özelliklerden; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma saatleri, BKİ, sigara ve alkol kullanma, egzersiz, menarş yaşı, adet düzeni ve süresi, gebelik sayısı, ilaç kullanımı, ağrı yaşama durumu, adetliyken işte devamsızlık yaşama

ve adet öncesi dönemde sorunların çevre tarafından fark edilmesi arasında anlamlı ilişki olmadığı;

İş yaşam kalitesi ile adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu;

İş yaşam kalitesi ile meslek grupları arasında sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlar, yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlara ve diğer sağlık hizmetleri sınıfında çalışanlara göre daha yüksek iş kariyer memnuniyetine sahip olduğu;

İş yaşam kalitesi ile çalışma süresi arasında 16-25 yıl arasında çalışanlar, diğer gruplara göre daha yüksek çalışma koşulları ortalama puanına sahip olduğu;

İş yaşam kalitesi ile doğum sayısı arasında 4 ve üzeri doğum yapmış sağlık çalışanlarının, diğer gruplara göre daha yüksek işi kontrol etme ve çalışma koşulları puanlarına sahip olduğu;

İş yaşam kalitesi ile ilaç kullanımı, ağrılı adet görme ve adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkilemesi durumu arasında anlamlı ilişki olduğu;

PMS ile iş yaşam kalitesi genel puanı arasında negatif yönde, zayıf bir korelasyon bulunduğu;

Hafif düzeyde PMS yaşayan sağlık çalışanlarının, orta ve şiddetli düzeyde PMS yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek iş yaşam kalitesi ortalama puanına sahip olduğu belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Araştırmamızda elde edilen verilere göre, çalışan kadınların neredeyse tamamının PMS' den olumsuz etkilendiği göz önüne alındığında, kadınların iş gücüne katılımını artırmak ve bu katılımın niteliğini yükseltmek, ülkemizin kalkınma hedefleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, PMS konusunda toplumsal farkındalığın artırılması, iş gücü kaybının en aza indirilmesi ve iş performansının geliştirilmesi için gerekli adımların atılması, öncelikli hedeflerimiz arasında olmalıdır. Hastalara nitelikli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmakla sorumlu olan sağlık profesyonellerinin, işlerini yüksek motivasyonla sürdürebilmeleri için iş yaşam kalitelerinin yüksek tutulması önemlidir.

Bu doğrultuda, hastane yöneticileri sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini artırmaya yönelik unsurlara odaklanmalı ve motivasyonu yüksek sağlık profesyonellerinin, kaliteli hizmet sunumu ve memnun hasta ile doğrudan bağlantılı olduğunu unutmamalıdır. Premenstruel sendrom farkındalığının artması için sağlık çalışanlarının bilgisi arttırılmalı, tanı ve tedavi konusunda hekimlerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi ve PMS 'li olguların profesyonel destek almaları sağlanmalıdır.

Şiddetli PMS' ye sahip sağlık çalışanları için yöneticilerin bilgilendirilmesi, çalışma koşullarının düzenlenmesi, kadınların iş memnuniyetini ve verimini artıracak çalışma koşullarının sağlanması gerekmektedir.

Çalışmanın yalnızca tek bir şehirdeki sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiş olması nedeniyle örneklem sayısı sınırlıdır. Bu sebeple, benzer araştırmaların farklı ve daha geniş örneklem gruplarıyla yapılması, diğer çalışmalarda faydalı olacaktır. Araştırmamızda 'PMS' li olmak' dahil edilme kriteri olarak belirlenmemiş olmasına rağmen, PMS prevalansının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum, PMS' nin sağlık çalışanları açısından önemli bir konu olduğunu ve daha geniş çapta ele alınması gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKÇA

Aba, Y. A., Ataman, H., Dişsiz, M., & Sevimli, S. (2018). Genç kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN), 4*(2), 75-82.

Abay, H., & Kaplan, S. (2019). Premenstrual sendromun yönetiminde güncel yaklaşımlar. *Bezmiâlem Science, 7*(2), 150-156.

Abdi, F., Ozgoli, G. & Rahnemaie, F.S. (2019). A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology Science, 62*(2), 73-86.

Ağırkaya, K., & Erdem, R. (2023). Psikolojik sağlamlık: Sağlık çalışanları açısından bir değerlendirme. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi (PIAR), 10*(2), 656-678.

Akar, H., & Üstüner, M. (2017). İş yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18*(2), 159-176.

Akarsu H. R., & Yalman E. (2019). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve fiziksel aktivite düzeyi. *Avrasya Spor Bilimleri ve Eğitim Dergisi, 1*(1), 18-29.

Akmalı, N., Özerdoğan, N. & Gürsoy, E. (2020). Bir devlet hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13*(1), 63-74.

Akbolat, M., Turgut, M. & Över, G. (2015). Hemşirelerin yaşam kalitesi algılarının motivasyonlarına etkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4*(2), 65-82.

Alan, H., Polat, Ş., Şen, H. T., & Yıldırım, T. Ö. (2021). Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamını değerlendirmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 8*(2), 203-213.

Alan, H., & Yıldırım, A. (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3*(2), 86-98.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual syndrome [Internet]. https://www.acog.org/ [Erişim Tarihi 19 Haziran 2024].

Arıöz, A., & Ege, E. (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, *23*(3), 63-69.

Armour, M., Ee, C. C., Hao, J., Wilson, T. M., Yao, S. S., & Smith, C. A. (2018). Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*(8), CD005290. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005290.pub2

Aşcı, Ö., Süt, H. K. & Gökdemir, F. (2016). Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *9*(3), 79-87.

Ataman, H., & Tan, K. (2021). Premenstrual sendrom ile sağlık algısı arasındaki ilişki. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, *4*(3), 302-315.

Ayaz, S., & Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *1*(2), 60-69.

Ayhan, İ., Altuntaş, İ., Üzümcü, İ., & Erbaş, O. (2021). Premenstrual syndrome mechanism in the brain. *D J Med Sci*, *7*(2), 213-224.

Başağaç, E., & Ege, E. (2021). Premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *4*(1), 1-9.

Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR & Manson JE. (2010). Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health*. *19*(11), 1955–62.

Başkale, H., Partlak Günüşen, N., & Serçekuş, P. (2016). Bir devlet hastanesinde görev yapan hemşirelerin çalışan yaşam kalitesi düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. *9*(2), 125-133.

Beji, K. N. (2015). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. N. H. Şahin (Ed.), *Üreme Organ Anatomisi/Fizyolojisi* (s. 1-10). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bulut, A., & Kartal, A. Y. (2022). Covid-19 pandemisinin premenstruel sendrom semptomlarına olan etkisinin incelenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(3), 321-329.

Bülez, A., & Yalvaç, S. (2021). Üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendromun ruh sağlığına yansımaları. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, *1*(1), 48-53.

Coşkun, M. A. (2016). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (2.baskı). Karanisaoğlu, H., & Dinç, H. (Ed.), *Üreme Organ Yapı ve Fonksiyon Bozuklukları.* (s. 440-444). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Çağatay, A. (2023). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesinin bireysel iş performansı üzerindeki etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(4), 1623-1633.

Çatak, T., & Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5*(2), 85-95.

Çelik, A., & Eroğlu, H. S., Akbulut, A., & Demirtaş, G. (2023). Türk kadınlarında premenstruel sendrom varlığına göre fiziksel aktivite öz değerinin incelenmesi. *Current Perspectives on Health Sciences*, *4*(2), 46-53.

Çelik, A., & Uskun, E. (2021). Yaşam kalitesini bozan bir sorunsal: Premenstrüel Sendrom A problematic that disrupts the quality of life: Premenstrual Syndrome. *Smyrna Tıp Dergisi*, 57-68.

Çelik, A., & Uskun, E. (2022). Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. *Pamukkale Medical Journal*, *15*(1), 1-13.

Çetin, H. S., & Erbil, N. (2020). Premenstrual sendromda ağrı yönetimi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *3*(2), 202-210.

Daşıkan, Z., & Saruhan, A. (2014). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *23*(1), 1-7.

Demir, B., Algül, Y.L. & Güven, G. E. S. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstruel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, *3*(4), 262-270.

Deniz, S., Çimen, M., Erkoç, B., Yüksel, O., & Öksüz, M. (2018). Hastane çalışanlarının çalışma yaşam kalitesi algısına yönelik bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi, 6*(2), 61-73.

Dennerstein L, Lehert P, Bäckström TC & Heinemann K. (2010) The effect of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Fertility and Sterility, 94*(3), 1059-1064.

Doğan, S., Doğan, N., Can, H., & Alaşehirlioğlu, V. H. (2012). Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi,* 90-93.

Eğicioğlu, H., Coşar, E., Kundak, Z., Pektaş, M., & Köken, G. (2015). Premenstrüel sendromun yaşam kalitesine olan etkileri Sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi. *Jinokoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, *1*(12), 10-17.

Elnagar, M. A. E. R., & Awed, H. A. E. M. (2015). Self –care measures regarding premenstrual syndrome among female nursing students. *International Journal of Nursing Didactics, 5(*2), 1-10.

Erbaş, M. S. (2023). Türkiye'de kamu sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliğinin sağlıkta kalitenin sağlanmasında önemi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, *20*(2), 53-96.

Erbil, N., Karaca, A. & Kırış, T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences, 40*(4), 565-573.

Erenoğlu, R., Tambağ, H., Can, R., & Kabakoğlu, H. (2019). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *9*(3), 181-187.

Ezer, S., & Üstün, B. (2022). Sağlık çalışanlarının profesyonel yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *38*(1), 29-42.

Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual Sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri Dergisi*, *8*(2), 81- 87.

George, D., & Mallery, P. (2020). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference, 16.0 update* (10th ed., pp. 113–119). Boston: Pearson Education.

Güney, E., Ünver, H., Derya, A. Y., & Uçar, T. (2017). Fiziksel egzersiz düzeylerinin menstrual siklusa etkileri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(*3), 137-142.

Heinemann, L. A. J., Do, M. T., Filonenko, A., & Uhl-Hochgräber, K. (2010). Explorative evaluation of the ımpact of severe premenstrual disorders on work absenteeism and productivity. *Women's Health Issues*. *20*(1), 58–65.

Heinemann, L. A. J., Do, M. T., Heinemann, K., Lindemann, M., & Filonenko, A. (2012). Intercountry assessment of the ımpact of severe premenstrual disorders on work and daily activities. *Health Care of Women International, 33*(2), 109-124.

Işgın, K., & Büyüktuncer, Z. (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, *74*(3), 249-260.

Işık, H., Ergöl, Ş., Aynıoğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A. & Uzun, M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences, 46,* 695-701.

Kahyaoglu Sut, H., & Mestogullari, E. (2016). Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Safety and Health at Work, 7*(1), 78–82. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.09.001

Karaca, P. P., & Beji, N. K. (2015). Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(3), 178-186.

Karakaş, S. (2017). *Prof. Dr. Sirel Karakaş Psikoloji Sözlüğü: Bilgisayar Programı ve Veri tabanı* (Sürüm: 5.2.0/2022). www.psikolojisozlugu.com

Karaküçük, S., Sönmez, M. & Kenç, İ. (2022). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom günlüğü ile premenstrual sendrom belirtileri sıklığının belirlenmesi ve baş etme yöntemleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *6*(3), 419-430.

Kaya, A., & Alan, H. (2023). Türkiye'de sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi: Sistematik derleme. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(2), 50-56.

Kılıç, R., & Keklik, B. (2012). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyona etkisi üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *14*(2), 147-160.

Kızmaz, M., Gökgöz Durmaz, F., Döner, E., Ay, M. E., & Kumtepe Kurt, B. (2021). Kırsalda yaşayan doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom sıklığı ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *25*(4), 113-119.

Koyucu, R. G., & Ölmez, R. (2021). COVID19 sürecinde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *12*(2), 496-501.

Lebni, J. Y., Toghroli, R., Abbas, J., Kianipour, N., NeJhaddadgar, N., Salahshoor, M. R., Chaboksavar, F., Moradi, F., & Ziapour, A. (2021). Nurses' work-related quality of life and ıts ınfluencing demographic factors at a public hospital in western ıran: A cross-sectional study. *International Quarterly of Community Health Education*, *42*(1), 37–45. https://doi.org/10.1177/0272684X20972838

Lotfipur-Rafsanjani, S. M., Ravari, A., Ghorashi, Z., Haji-Maghsoudi, S., Akbarinasab, J., & Bekhradi, R. (2018). Effects of geranium aromatherapy massage on premenstrual syndrome: A clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine*, *9*, 98. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_40_16

Memiş, K., Hoşgör, H., Boz, C., Gün, İ., & Gündüz, H. (2015). İş yaşam kalitesi ve motivasyon ilişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi örneği. *Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri, 5*(4), 220-230.

Meşeci, E. (2017). Çalışan Türk kadınlarında premenstrual sendrom ve premenstrual distrofik bozukluk prevalansı ve iş performansına etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, *48*(4), 152-156.

Naeimi, N. (2015). The prevalence and symptoms of premenstrual syndrome under examination. *Journal of Biosciences and Medicines, 3*, 1-8. https://doi.org/10.4236/jbm.2015.31001

Ozeki, C., Maeda, E., Hiraike, O., Nomura, K., & Osuga, Y. (2024). Changes in menstrual symptoms and work productivity after checklist-based education for premenstrual syndrome: An 8-month follow-up of a single-arm study in Japan. *BMC Women's Health*, *24*(1), 242. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03067-2

Ölçer, Z., Bakır, N., & Aslan, E. (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *7*(1), 30-37.

Ön, S. Ç. (2021). Ameliyathane hemşirelerinin yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, *2*(1), 31-44.

Özcan, H., & Subaşı, B. (2013). Psychopathology in premenstrual syndrome. *Journal of Mood Disorders*, *3*(4), 146-9.

Özeren, A., Atila, D., & Helvacı, M. (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, *23*(1), 25-33.

Özkan, A. H. (Ed.) (2019). Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Özkan, A., & Hiçerimez, A. (2023). Covıd normalleşme döneminde; premenstrual sendromda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif uygulamaların sıklığı, türleri ve etkinliklerinin belirlenmesi. *Gevher Nesıbe Journal of Medıcal and Health Scıences*, *8*(2), 292-301.

Özkan, S., & Koç, G. (2020). Kadınlarda premenstrual sendrom yaşanmasını etkileyen sosyal ve kültürel faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *7*(2), 180-185.

Özşahin, Z., Ünver, H., & Santur, G. S. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and premenstrual syndrome. *Medıcal Records, 4*(1), 27-34.

Öztürk, S., & Karaca, A. (2019). Premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(2), 105-110.

Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual sendrom ve baş etme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *13*(3), 57-61.

Pınar, G., Çolak, M., & Öksüz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, *2*(1), 21–27. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.10.001

Ponzo, S., Wickham, A., Bamford, R., Radovic, T., Zhaunova, L., Peven, K., Klepchukova, A., & Payne, J. L. (2022). Menstrual cycle-associated symptoms and workplace productivity in US employees: A cross-sectional survey of users of the Flo mobile phone app. *Digital Health*, *8*. https://doi.org/10.1177/20552076221145852

Poyrazoğlu, S., & Günay, O. (2023). Kayseri il merkezinde premenstrüel sendrom sıklığı ve ilişkili faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. *8*(3), 287-99.

Saka, S., & Okuyucu, T. (2020). Genç kadınlarda premenstrual sendromun yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(1), 33-39.

Selçuk, T. K., Avcı, D. & Alp, Y. F. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *5*(2), 98-103.

Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A., & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, *23*(4), 238-43.

Süer, N. (2008). Premenstrual sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, *23*(3), 76-80.

Şahin, D., Ekici, Z. & Kayral, H. İ. (2021). Doktorların çalışma yaşam kalitesinin örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24*(1), 29-42.

Şantaş, F., Işık, O. & Çilhoroz, Y. (2018). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi, iş motivasyonu ve yaşam tatmini algıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi / Journal of Management and Economics Research*, *16*(1), 64-76.

Şirin, A., & Kavlak, O. (Ed.) (2016). Kadın Sağlığı (2.Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Tamer, E., & Öztürk, H., (2021). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD), 37*(2), 107-119.

Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (16. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Buluşma Noktası. Beden Kitle İndeksi. https://sbn.saglik.gov.tr/BKindeksi.aspx [Erişim Tarihi: 10 Haziran 2024].

Tokmak, M. (2021). Çalışanların iş yaşam kalitesinin bağlamsal ve görev performansı üzerindeki etkisine yönelik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(Armağan Sayısı), 54-68. https://doi.org/10.18026/cbayarsos.602907

Toptan, S., & Kahraman, Ş. (2020). Premenstrual sendrom yaşayan Üniversite öğrencilerinin yaşam kaliteleri ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *23*(1), 35-44.

Toprak, M. E., & Timuçin, A. (2023). Hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, *4*(2), 19-35.

Töre, K.F., & Nacar, G. (2023). Kız öğrencilerde çocukluk çağı olumsuz yaşantıların adet öncesi sendrom ile ilişkisi. *Dünya Kadın Çalışmaları Dergisi*, *8*(2), 217-226.

Türkçapar, F. A., &Türkçapar, H. M. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *14*(4), 241-253.

Uğur, E., & Abaan, S. (2008). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28*(4), 297–310.

Uyar, S., Kıraç, R., & Çiftci Kıraç, F., (2020). Sağlık çalışanlarında zaman yönetimi ile iş-yaşam kalitesinin ilişkisi, *Ekev Akademi Dergisi*, *24*(81), 397–410.

Uzunlar, A. E., & Karadağ, G. M. (2024). Premenstrual sendrom: beslenme ile ilişkisi üzerine derleme. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(1), 41-54.

Uzunoğlu, G., & Aktan, Z. D. (2019). Ergenlerde premenstrüel sendrom ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *11*(1), 37-50.

Yazıcı, S. (2015). Premenstrual şikayetler ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1*(1), 58-67.

Yeşilçınar, İ., & Yanık, D. (2023). Doğum yapan ve yapmayan kadınlarda premenstrual sendrom ve mental iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, *6*(2), 290-298.

Yıldırım, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi/ Journal of Psychiatric Nursing*, *2*(2), 61-68.

Zendehdel, M., & Elyasi, F. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: a narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care.7*(2), 346–56.

Zietal, Bianca E., "The Premenstrual Syndrome" (1953), by Raymond Greene and Katharina Dalton. *Embryo Project Encyclopedia* (2017-06-23). https://hdl.handle.net/10776/11867

[Erişim Tarihi: 20 Haziran 2024].

EKLER

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Merve GÜLEN tarafından yürütülen İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Prof. Dr. Ferda Özbaşaran danışmanlığında "SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRUAL SENDROMUN İŞ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ" isimli tez çalışmasına davet ediyoruz. Tez çalışması kapsamında hastanemizde bulunan kadın sağlık çalışanlarından "Kişisel Bilgi Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği ve İş Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılarak veriler toplanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

Yukarıda yer alan bilgilendirme metnini okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

☐ Evet ☐ Hayır

Katılımcının**:**

Adı-Soyadı: …….

İmzası: …….

EK-2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Yaşınız: ……
- Kilonuz: .....
- Boyunuz: .....
- Medeni Durumunuz
  a. □ Evli
  b. □ Bekar
  c. □ Boşanmış
  d. □ Eşini kaybetmiş
- Eğitim Düzeyiniz
  a. □ İlkokul
  b. □ Ortaokul
  c. □ Lise
  d. □ Ön lisans
  e. □ Lisans
  f. □ Lisansüstü
- Mesleğiniz
  a. □ Sağlık Hizmetleri Sınıfı (tabip, eczacı vd.)
  b. □ Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı (hemşire, ebe, tekniker/teknisyen vd.)
  c. □ Diğer Sağlık Hizmetleri Sınıfı (Klinik destek vd.)
- Çalışma Süreniz
  a. □ 1-5 yıl
  b. □ 6-15 yıl
  c. □ 16-25
  d. □ 25 yıldan fazla
- Çalışma Saatleriniz
  a. □ Gece
  b. □ Gündüz
  c. □ Gece/Gündüz
- İlk Adet Yaşınız
  a. □ 12 ve daha küçük
  b. □ 13-15
  c. □ 16 ve üzeri
- Adet Düzeniniz
  a. □ Düzenli
  b. □ Düzensiz
- Adet sürenizi işaretleyiniz
  a. □ 1-5
  b. □6-10
- Gebelik Sayınız
  a. □ Hiç
  b. □ 1-3
  c. □ 4 ve üzeri
- Doğum Sayınız
  a. □ Hiç
  b. □ 1-2
  c. □ 3 ve üzeri
- Sigara kullanıyor musunuz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Alkol kullanıyor musunuz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Düzenli egzersiz yapıyor musunuz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Oral kontraseptif kullanıyor musunuz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Gebelik döneminde misiniz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Emzirme döneminde misiniz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Tanısı alınmış psikolojik hastalığınız var mı
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Adetliyken ilaç kullanır mısınız
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Adetliyken ağrı yaşıyor musunuz
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Adetliyken işte devamsızlık yapar mısınız?
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Adet öncesi dönemde yaşanan sorunlar iş yaşamını etkiliyor mu
  a. □ Evet
  b. □ Hayır
- Adet öncesi dönemdeki sorunlar çevrenizdeki kişiler tarafından fark ediliyor mu?
  a. □ Evet
  b. □ Hayır

EK-3: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	**4**					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	**28**					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE

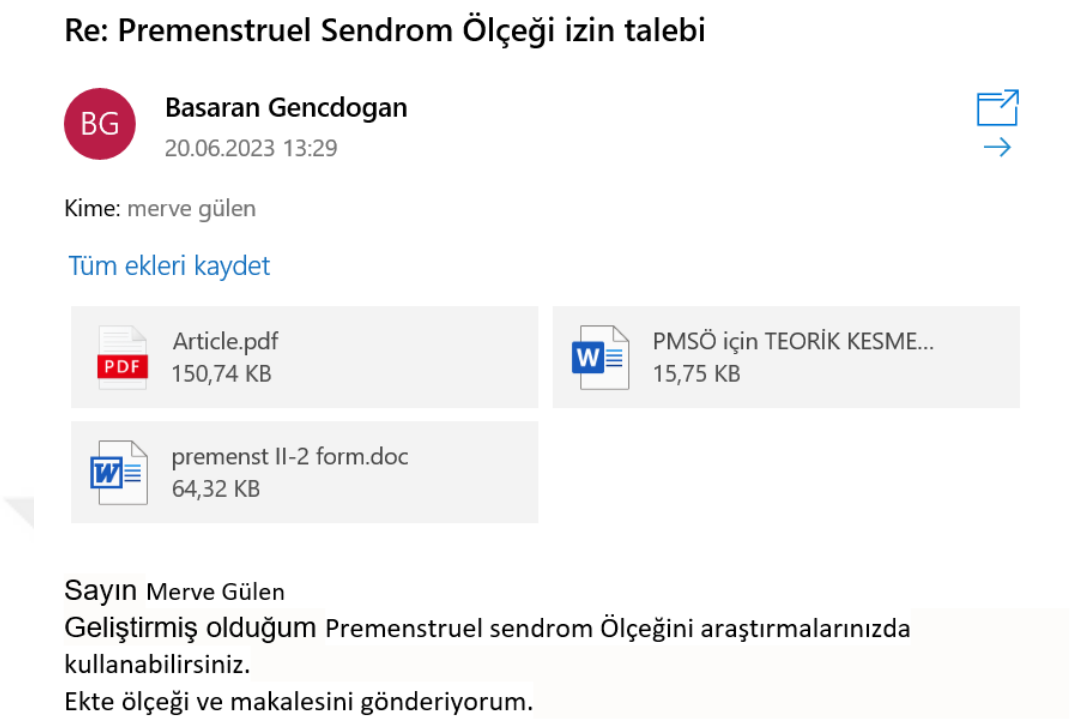
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK-4: İŞ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda, iş yaşam kalitesi durumunuzu ifade eden sorular verilmiştir. Bir sağlık çalışanı olarak adet öncesi dönem sürecinde işinizi dikkate alarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	İş Yaşam Kalitesi Ölçeği	Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Mesleğimi etkin bir şekilde yapabilmem için bir dizi amaç ve hedeflerim vardır.	1	2	3	4	5
2	Görev yaptığım hastanede görüşlerimi rahatlıkla dile getirebildiğimi ve yapılan değişikliklerde etkili olduğumu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
3	Yeteneklerimi işime yansıtabilme imkânım var.	1	2	3	4	5
4	Kendimi iyi (*mutlu ve huzurlu*) hissediyorum.	1	2	3	4	5
5	Çalıştığım hastane, aile ve iş yaşamım arasında uyum sağlamamda gerekli kolaylığı ve esnekliği sağlar.	1	2	3	4	5
6	Çalışma saatlerim özel hayatıma zaman ayırmama imkân sağlar.	1	2	3	4	5
7	Çalıştığım hastane kendimi çoğunlukla baskı altında hissederim.	1	2	3	4	5
8	Görevimi iyi bir şekilde yaptığımda hastane yöneticim tarafından takdir edilirim.	1	2	3	4	5
9	Son zamanlarda kendimi mutsuz hissediyorum.	1	2	3	4	5
10	Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
11	Hastane yöneticim tarafından mesleki olarak gelişmem için teşvik edilirim.	1	2	3	4	5
12	Çalıştığım hastane beni etkileyen kararlara dâhil edilirim.	1	2	3	4	5
13	Hastane yöneticim işimi etkili bir şekilde yapabilmem için gerekli olan her şeyi sağlar.	1	2	3	4	5
14	Çalıştığım hastane bana esnek çalışma saatleri/koşulları sağlar.	1	2	3	4	5
15	Hayatım birçok yönden hayal ettiğime yakın bir hayattır.	1	2	3	4	5
16	Çalışmakta olduğum hastane bana oldukça güvenli bir iş ortamı sağlar.	1	2	3	4	5
17	İşlerim genellikle yolunda gider.	1	2	3	4	5
18	Çalıştığım hastanede mevcut kariyer fırsatları beni memnun etmektedir.	1	2	3	4	5
19	Çalışmakta olduğum hastanede çoğu zaman kendimi aşırı stres altında hissederim.	1	2	3	4	5
20	Mesleğimi yapabilmem için almış olduğum eğitimden memnunum.	1	2	3	4	5
21	Olup bitenleri gözümün önüne getirdiğimde kendimi oldukça mutlu hissediyorum.	1	2	3	4	5
22	Görev yaptığım hastanedeki çalışma koşulları oldukça tatmin edicidir.	1	2	3	4	5
23	Çalıştığım hastanedeki diğer çalışanları etkileyen kararlara dâhil edilirim.	1	2	3	4	5

EK-5: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN BELGESİ



Re: Premenstruel Sendrom Ölçeği izin talebi

BG Basaran Gencdogan
20.06.2023 13:29

Kime: merve gülen

Tüm ekleri kaydet

Article.pdf
150,74 KB

PMSÖ için TEORİK KESME...
15,75 KB

premenst II-2 form.doc
64,32 KB

Sayın Merve Gülen
Geliştirmiş olduğum Premenstruel sendrom Ölçeğini araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.
Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN
Atatürk Üniversitesi
K.K. Eğitim Fakültesi
Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD Başkanı
Yoncalık-ERZURUM

EK-6: İŞ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİN BELGESİ



Fwd: Yan: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği

MG merve gülen
23.09.2023 10:56

Kime: Ferda ÖZBAŞARAN

iPhone'umdan gönderildi

İleti başlangıcı:

Kimden: ahmet alý
Tarih: 18 Haziran 2023 23:21:15 GMT+3
Kime:
Konu: Yan: İş Yaşam Kalitesi Ölçeği
Yanıt Adresi: ahmet alý

Merve hocam merhabalar, Türkçeye uyarladığım İş Yaşam Kalitesi ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin uygulama formu ve ölçeğe ait bilgiler ilgili makalemde mevcut. Kolaylıklar dilerim.

EK-7: ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400003491 22.01.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Merve GÜLEN)

Sayın Merve GÜLEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendromun İş Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 22.12.2023 tarihli ve 2023/08 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Merve GÜLEN Etik Onay Belgesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: 4FFA3EM Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul
Bilgi için : Sekla Şenol
Yeminli Katip
Telefon No:
Faks No:
Telefon No:
e-Posta:
İnternet Adresi:
Direkt Hat:
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

İstanbul Zaim Üniversitesi	**ETİK ONAY BELGESİ**	**Doküman No**	**ET-FR-675**
		İlk Yayın Tarihi	**27.11.2023**
		Revizyon Tarihi	**22.12.2023**
		Revizyon No	**01**
		Sayfa	**1/1**

Tarih	22.12.2023
Sayı	2023/08
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendromun İş Yaşam Kalitesine Etkisi*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Merve GÜLEN
Danışman Adı Soyadı	Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Temsi
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: AE34AUA Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

EK-8: ARAŞTIRMA ONAYI

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-239704764
Konu : Merve GÜLEN'in Araştırma İzni hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 09.02.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400006318 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üniversitenizin Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, tezli yüksek lisans programı öğrencisi Merve GÜLEN'in ***"Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendromun İş Yaşam Kalitesine Etkisi"*** konulu çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu ***13.03.2024*** **tarih ve** ***2024/05*** **sayılı** kararınca uygun görülmüştür.Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: 7C5D2595-71F8-48B5-9F73-30C390722381 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Bilgi için: Nuray TÜRKOĞLU
Hemşire

ÖZGEÇMİŞ

Merve GÜLEN

1- Eğitim Bilgileri

Yüksek Lisans	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Lisans	T.C Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu - Hemşirelik Bölümü
Lise	İstanbul- Küçükçekmece Orhan Cemal Fersoy Anadolu Lisesi

2- Mesleki Deneyim

Görevi	**Kurum**	**Yıl**
Hemşire	T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi	06.09.2018- Halen devam ediyor.

3- Yayınlar

- Gülen, M., Özbaşaran F. (2023). Obezitenin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi. 12-13 Nisan 2023, 2. Ulusal Sağlıklı Yaşam ve Obezite Farkındalık Kongre Bildiri Kitabı. E-ISBN:978-605-9613-21-7. Tam Metin Bildirisi ss:96. https://toros.edu.tr/storage/files/249/2.%20ULUSAL%20SA%C4%9ELIKLI%20YA%C5%9EAM%20VE%20OBEZ%C4%B0TE%20FARKINDALIK%20KONGRES%C4%B0%20B%C4%B0LD%C4%B0R%C4%B0%20K%C4%B0TABI.pdf

4- Katıldığı Kongreler

- Toros Üniversitesi 2.Ulusal Sağlıklı Yaşam ve Obezite Farkındalık Kongresi. 12-13 Nisan 2023. Online Kongre. https://sayof.toros.edu.tr/2023/index.php
- Bütüncül Kadın Sağlığı Derneği, Bütüncül Kadın Sağlığı Kongresi & 2. Bütüncül Doğum Kongresi. 05-07 Mayıs 2023. http://www.butunculkadinsagligi.org/

5- Sertifikalar

- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Ameliyathane Hemşireliği Sertifikası. Tescil Numarası: 195991. Sertifika No: 81.