T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞININ ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Tuğçe BASKIN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2025

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞININ ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Tuğçe BASKIN

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU

ESKİŞEHİR
2025

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Genital Hijyen Davranışının Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 03.10.2024 tarihinde, 24 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Tuğçe BASKIN
Tarih:
İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Tuğçe BASKIN'a ait "Genital Hijyen Davranışının Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom İle İlişkisinin Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:……..

Jüri Başkanı Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Prof. Dr. Uğur BİLGE
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun …../…../……
Tarih ve ……/…. Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca emek veren, yol gösteren ve her zaman ben dahil tüm çalışma arkadaşlarıma desteğini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU'na, Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye, tez danışmanım Prof. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Elif Fatma ÖZKAN PEHLİVANOĞLU'na; hayatımın her anında yer alan, desteğini esirgemeyen ve büyük emek ve fedakârlıklarla beni yetiştiren sevgili annem Zeynep BASKIN'a, sevgili babam Hasan BASKIN'a, sevgilerini her zaman hissettiğim canım ablalarım Tuğba MUTLU ile Kübra AYDIN'a ve onların biricik eşleri ile yeğenlerime; tıp fakültesiyle başlayıp asistanlık yıllarında da omuz omuza yola devam ettiğim arkadaşlarım Dr. Betül Şeyba KURTULUŞ ve Dr. Tuğçe GÖR'e; meslek hayatım süresince destek aldığım ve mutlulukla birlikte çalıştığım tüm kıymetli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

BASKIN, T. Genital Hijyen Davranışının Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom İle İlişkisinin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2025 Premenstrüel sendrom (PMS) dünya genelinde üreme çağındaki kadınları etkileyebilen bir tablodur. Menstrüel döngünün geç luteal fazında başlayıp menstrüel kanama ile sonlanan fiziksel, davranışsal ve psikolojik semptomlarla seyreder. Kadın sağlığının önemli bir parçası da genital hijyen davranışları ve bunların günlük alışkanlıklar olarak uygulanmasıdır. Bu çalışmada amacımız, genital hijyen davranışlarının PMS ile ilişkisini incelemektir. Yaptığımız kesitsel çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-49 yaş arası, menstruasyonu devam eden 416 kadın dahil edildi. Verilerin toplanmasında sosyodemografik ve jinekolojik veri formu, Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve Genital Hijyen Davranışları Ölçeği'ni (GHDÖ) içeren anket kullanıldı. Katılımcıların genital hijyen davranışı toplam puanı 95,9±9,2; PMSÖ toplam puanı 128,2±35,7 hesaplanırken ve PMS prevalansı %49 bulundu. Genç, bekâr, çalışmayan, tek veya ev arkadaşı ile yaşayan kadınlarda PMS belirtileri daha şiddetli görüldü. Genital hijyen alışkanlıkları içinde günlük ped kullanımı ile PMSÖ puanı arasında anlamlılık bulunurken iç çamaşırını yıkama yöntemi, banyo yapma alışkanlığı ve genital ek temizlik ürünü kullanımı ile herhangi bir anlamlılığa rastlanmadı. PMS olan ve PMS olmayan gruplar arasında GHDÖ puanı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Menstrüel hijyenin doğru uygulanması ve alışkanlık haline getirilmesi PMS riskinde azalma sağlamaktadır. Bu nedenle genital hijyen davranışlarının etkinliği üzerine yeni araştırmaların yapılması, veri havuzunun zenginleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. PMS tedavisinin ilk adımında ve riski azaltmak amaçlı günlük yaşamda kadınların doğru genital hijyen davranışlarını bilmesi ve uygulaması ön plana çıkarılabilir. Alışkanlık edinmeyi kolaylaştırmak için ergenliğin başlangıcı ile her kadına eğitim verilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: premenstrüel sendrom, genital hijyen davranışları

ABSTRACT

BASKIN, T. Evaluation of the Relationship Between Genital Hygiene Behavior and Premenstrual Syndrome in Women of Reproductive Age, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine, Eskişehir, 2025 Premenstrual syndrome (PMS) is a condition that can affect women of reproductive age worldwide. It is characterized by physical, behavioral, and psychological symptoms that begin in the late luteal phase of the menstrual cycle and end with menstrual bleeding. An important part of women's health is also genital hygiene behaviors and their implementation as daily habits. The aim of this study is to examine the relationship between genital hygiene behaviors and PMS. Our cross-sectional study included 416 women aged 18-49 years with ongoing menstruation who visited the Family Medicine Clinic at Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Hospital. A questionnaire containing sociodemographic and gynecological data forms, the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) and the Genital Hygiene Behavior Scale (GHBS) was used to collect data. The participants' total genital hygiene behavior score was 95,9±9,2; the total PMSÖ score was 128,2±35,7 and the prevalence of PMS was found 49%. PMS symptoms were more severe in young, single, unemployed women living alone or with a roommate. While a significant difference was found between daily pad use and PMSÖ score among genital hygiene habits, no significant difference was found with underwear washing method, bathing habits, or use of genital cleaning products. No significant difference was found in GHDÖ scores between groups with and without PMS. Proper application and habitual practice of menstrual hygiene reduces the risk of PMS. Therefore, new studies on the effectiveness of genital hygiene behaviors are needed to enrich the data pool. In the first step of PMS treatment and to reduce risk, it is important for women to know and practice proper genital hygiene behaviors in their daily lives. To facilitate habit formation, it is important to educate every woman starting at the onset of puberty.

Key Words: premenstrual syndrome, genital hygiene behaviors

İÇİNDEKİLER

		Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI		iii
TEŞEKKÜR		iv
ÖZET		v
ABSTRACT		vi
İÇİNDEKİLER		vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ		viii
TABLOLAR DİZİNİ		ix
1.	GİRİŞ	1
2.	GENEL BİLGİLER	4
2.1.	Genital Hijyen	4
2.1.1.	Genital Yol Enfeksiyonları	5
2.1.2.	Genital Hijyen Davranışları	8
2.2.	Premenstrüel Sendrom	12
2.2.1.	Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri	14
2.2.2.	Premenstrüel Sendrom Semptomları	15
2.2.3.	Premenstrüel Sendrom Tanısı ve Tedavi Seçenekleri	15
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1.	Çalışmanın Etik Kurul İzni ve Tipi	22
3.2.	Çalışmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3.	Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4.	Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	22
3.5.	Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	22
3.6.	Çalışmanın Yöntemi ve Kullanılan Ölçekler	23
3.7.	Çalışmanın İstatistiksel Analizi	25
4.	BULGULAR	26
4.1.	Tanımlayıcı Bulgular	26
4.2.	Analitik Bulgular	32
5.	TARTIŞMA	54
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR		71

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
FDA	Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi
GABA	Gama-aminobütirik asit
GHDE	Genital Hijyen Davranışları Envanteri
GHDÖ	Genital Hijyen Davranışları Ölçeği
GnRH	Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
KOK	Kombine Oral Kontraseptifler
LLPDB	Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk
NSAİİ	Non-Steroid Antiinflamatuar İlaçlar
OLL2809	Lactobacillus Paragasseri
PDF	Premenstrüel Değerlendirme Formu
PMDB	Premenstrüel Disforik Bozukluk
PMS	Premenstrüel Sendrom
PMSÖ	Premenstrüel Sendrom Ölçeği
SSRI	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR

Sayfa

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 26
4.2. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı 27
4.3. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri 27
4.4. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı 28
4.5. Katılımcıların Cinsel Deneyim Varlığı 28
4.6. Cinsel Deneyimi Olan Katılımcıların Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemleri 28
4.7. Katılımcıların Doğum Sayısı 29
4.8. Doğum Yapan Katılımcıların Doğum Yöntemleri 29
4.9. Katılımcıların İlk Adet Yaşı ve Adet Düzeni 29
4.10. Katılımcıların Genital Hijyen Davranışları 30
4.11. Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı 31
4.12. Katılımcılarda Premenstrüel Sendrom Bulunma Durumu 31
4.13. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı 31
4.14. Yaş ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 32
4.15. Medeni Durum ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 34
4.16. Eğitim Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 35
4.17. Gelir Düzeyi ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 36
4.18. Yaşanılan Yer ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 38
4.19. Çalışma Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 39
4.20. Kronik Hastalık ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 41
4.21. Düzenli Olarak İlaç Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 42
4.22. Sigara İçme ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 43
4.23. Alkol Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 45
4.24. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 46
4.25. Doğum Kontrol Yöntemi Türü ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 47
4.26. Doğum Sayısı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 48
4.27. Günlük Ped Kullanımı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi 51
4.28. PMSÖ ve GHDÖ Arasındaki İlişkiler 53

1. GİRİŞ

Günümüzde üreme sağlığı kavramının yalnızca aile planlamasıyla sınırlı kalmayarak daha bütüncül bir bakış açısı kazanması hedeflenmektedir. Üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri kapsamında uygun yaştaki tüm bireylere ulaşacak şekilde sunulması öncelik olmuştur (1).

Kadın üreme sağlığının belirleyicileri arasında; bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışları, sağlık hizmetlerine erişim imkânları ve toplumsal rollerden kaynaklanan etkenler yer almaktadır. Bu etkenlerin kadın sağlığında etkisi olduğu gibi kadının sağlık düzeyi de kendisi ile birlikte bağlı bulunduğu ailenin, çocuklarının ve uzun vadede toplum sağlığının da şekillenmesinde etkili bir rol oynamaktadır.

Kadınların üreme sağlığını koruyabilmeleri için edinmeleri gereken temel sağlık davranışlarından biri uygun genital hijyen alışkanlıklarının kazanılmasıdır. Kadın genital sisteminin anatomik ve fizyolojik özelliklerinden dolayı yanlış veya yetersiz hijyen uygulamaları vajinal florada bozulmalara yol açarak çeşitli genital enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (2). Bu enfeksiyonlar tedavi edilmediğinde; fertilitede azalma, ektopik gebelik, sepsis gibi sistemik komplikasyonlar ya da uzun vadede genital kanserler gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Gebelik döneminde bu enfeksiyonların yaşanması ise gebelik kaybı ve preterm eylem gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (3).

Dünya genelinde kadınlarda genital enfeksiyon geçirme oranları azımsanamaz. Crann ve ark. Kanada'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada kadınların %80'inin yaşamları boyunca en az bir kez genital veya vajinal semptom yaşadığını bildirmiştir (4). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise, Cangöl ve ark. kadınların %37,1'inin en az bir çeşit genital enfeksiyon öyküsü olduğunu, Toraman ve ark. %39,0'ının son bir yıl içinde anormal vasıfta kötü kokulu vajinal akıntı yaşadığını, Topuz ve ark. ise kadınların %54,8'inin son bir yılda kötü kokulu vajinal akıntı yaşadığını, %51,6'sının son bir yıl içinde idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini, %14,3'ünün son üç ayda genitoüriner sistem enfeksiyonu ile ilgili tedavi aldığını saptamıştır (5–7).

Doğru hijyen davranışlarının kazandırılması; yanlış uygulamaların fark edilmesini, doğru alışkanlıkların geliştirilmesini ve genital enfeksiyonların önlenmesini sağlayacaktır (8). Ayrıca dengeli beslenme, metabolik hastalıkların tedavisi, doğru aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, düzenli jinekolojik kontroller, cinsel sağlık açısından riskli davranışlardan kaçınılması, el hijyenine dikkat edilmesi ve stres yönetimi gibi faktörler de genital hijyenin korunmasını destekleyen diğer önemli unsurlar arasındadır (9).

Türkiye'de genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş çeşitli ölçekler mevcuttur. Bu alandaki ilk çalışma 2005 yılında Ege ve Eryılmaz tarafından geliştirilen Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE) olarak cinsel olarak aktif kadınlar için hazırlanmıştır (8). Daha sonra 2017 yılında Nazan Karahan tarafından cinsel olarak aktif olmayan kadınlarda da kullanılabilecek şekilde Genital Hijyen Davranışları Ölçeği (GHDÖ) geliştirilmiştir (10). Günümüzde her iki ölçek de ilgili araştırmalarda kullanılmaktadır.

Kadın üreme sağlığını etkileyen ancak sıklıkla göz ardı edilen önemli konulardan biri de Premenstrüel Sendrom (PMS)'dur. PMS, menstrüel döngünün luteal fazında başlayan ve kanamanın başlamasıyla birlikte gerileyen fizyolojik, psikolojik ve davranışsal semptomlarla karakterizedir. PMS'nin etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte hormon düzeylerindeki değişimler, nörotransmitter dengesizlikleri ve psikososyal faktörlerin birlikte rol oynadığı multifaktöriyel bir süreç olduğu düşünülmektedir (11). PMS, kadınlarda duygu durum bozuklukları, huzursuzluk, yorgunluk, akne artışı, ödem ve meme hassasiyeti gibi pek çok belirtiye yol açabilir. Bu durumun daha ağır formu olan Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) ise sinirlilik, irritabilite, duygu durum dalgalanmaları ve disfori gibi daha ciddi semptomlarla seyretmektedir (12).

Araştırmalar, adet gören kadınların yaklaşık %40'ının rahatsız edici luteal faz semptomları yaşarken %25'i için bu semptomların işlevselliği bozmadığını, %10-15'i için daha şiddetli semptomlarla seyrettiğini ve kadınların %3-5'i için günlük yaşamın bir veya daha fazla alanında işlevsellikte önemli ölçüde bozulma olduğunu belirtmektedir (13). Ülkemizde de PMS sık görülen bir sağlık sorunu olmasına rağmen adet kanamasının kültürel olarak mahrem kabul edilmesi, konu hakkında

yeterli farkındalığın olmaması ile yaşanan semptomların "normal" olduğu düşüncesi kadınların tıbbi yardım almasını engellemektedir.

PMS ve PMDB'nin tanısı, Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) tarafından geliştirilen PMS tanı kılavuzu ile Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayımladığı DSM serilerinde yer alan PMDB tanı kriterleri doğrultusunda konulmaktadır (12). Ayrıca toplumsal araştırmalarda kullanılmak üzere Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. 1994 yılında Dereboy tarafından uyarlanan 95 maddelik Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) ve 2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilen 44 soruluk Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), bu konuda kullanılan başlıca araçlardandır (14).

PMS, kadınların günlük yaşam aktivitelerini, iş ve sosyal hayatlarını olumsuz etkileyerek üretkenlikte düşüşe, sosyal ilişkilerde bozulmalara, hata ve kaza oranlarında artışa, hatta alkol ve madde kullanımında yükselmeye neden olabilmektedir (12). Bu nedenle kadınların konuyla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması, semptomların ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı konusunda farkındalık kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca ilaç dışı yaklaşımlar ve gerektiğinde tıbbi tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmeleri gereklidir.

Ülkemizde hem genital hijyen davranışları hem de premenstrüel sendrom (PMS) ile ilişkili çeşitli faktörler üzerine çok sayıda çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların çoğunda iki konu başlığı bağımsız değişkenlerle incelenmiş; fakat PMS ve genital hijyen davranışları arasındaki olası ilişki araştırılmamıştır. Genital hijyen uygulamalarının kadının hormonal, psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerindeki etkileri göz önüne alındığında PMS gibi kadın sağlığını doğrudan etkileyen sendromlarla ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın temel amacı; 18-49 yaş arası kadınlarda PMS sıklığını belirlemek, genital hijyen davranışları ve PMS'nin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmek ve genital hijyen davranışlarının PMS sıklığı üzerindeki etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genital Hijyen

Toplum sağlığının gelişmesi ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, yaşamın her döneminde çeşitli roller üstlenen kadınların sağlık düzeylerinin yüksek olmasına bağlıdır (15). Sağlıklı bir kadın sağlıklı bir gebelik sürecinin temelini oluşturur ve sağlıklı gebeliklerden doğan çocuklarla birlikte sağlıklı bir toplum yapısı oluşur (5).

Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kişisel hijyen ve öz bakım uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır. Hijyen alışkanlıkları genellikle aile içerisinde kazanılır ve bireyin yaşamı boyunca şekillenerek devam eder. Edinilen en temel alışkanlıklar toplumsal uygulamalarla büyük dönütler sağlar, yalnızca el yıkama alışkanlığının kazandırılmasıyla bile pek çok ölümcül enfeksiyon hastalığının önüne geçilebildiği bilinmektedir. Ayrıca hijyen uygulamalarına dikkat edildiğinde sağlık hizmetlerine başvuru ve ilaç kullanım gereksiniminin azaldığı da gözlemlenmektedir (8).

Genital hijyen kavramı, genital bölge sağlığının korunması ve sürdürülmesi amacıyla gerçekleştirilen hijyen uygulamalarını kapsamaktadır. Genital hijyen davranışları; mikroorganizmaların girişini önlemek, enfeksiyon riskini azaltmak ve genel sağlığı desteklemek için kritik rol oynamaktadır. Bu davranışlar arasında iç çamaşırı hijyeni, banyo alışkanlıkları, adet dönemi hijyeni ve cinsel ilişki sonrası hijyen sayılabilir (16). Söz konusu hijyen uygulamaları bireyler tarafından kendi bilgi düzeyleri, inançları ve alışkanlıklarına göre şekillendirilmekte olup bu yönüyle bireysel farklılıklar gösterebilmektedir. Genital hijyen ve perine bakımına ilişkin bilgi eksiklikleri ya da yanlış uygulamalar kadınlarda beden imajında bozulma, yaşam kalitesinde düşüş ve infertilite gibi olumsuz sonuçlara ve üreme sağlığında zarara yol açabilmektedir (17,18).

Klinikte genital hijyen uygulamalarının yetersizliği durumunda en sık karşılaşılan sağlık sorunlarının başında ürogenital enfeksiyonlar gelmektedir. Bu enfeksiyonlara zemin hazırlayan başlıca etkenlerden biri de kadın genital bölgesinin anatomik ve fizyolojik yapısının enfeksiyon gelişimine elverişli olmasıdır.

2.1.1. Genital Yol Enfeksiyonları

Anatomik ve fizyolojik özellikleri bakımından vücudun en nemli, en sıcak ve en hassas alanlarından biri olan genital bölgedeki mukoza ve deri yapısı özeldir; üretral açıklık, anüs ve vajinanın birbirine oldukça yakın yerleşmiş olması da patojen mikroorganizmaların vajina ve üretraya daha kolay taşınmasına neden olarak kadınlarda ürogenital enfeksiyon görülme sıklığını artırmaktadır (16).

Dünya genelinde kadınların yaklaşık %75'inin yaşamı boyunca en az bir kez genital enfeksiyon geçirdiği bildirilmektedir (19). Csaba ve ark. Macaristan'da 214 kadın üzerinde yürüttükleri çalışmada kadınların %7,9'unda Chlamydia trachomatis ve Trichomonas vaginalis enfeksiyonları saptamıştır (20). MacLeod ve ark. ise İngiltere'de 19.773 kadın ve erkek bireyle gerçekleştirdikleri araştırmada, katılımcıların %73'ünde bu enfeksiyonlara rastlamıştır (21). Türkiye'de yapılan araştırmalarda; Hacıalioğlu ve ark. %71,1'inin en az bir kez genital enfeksiyon tanısı aldığını, Çalık ve ark. ise jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların %78,9'unun pap-smear testi sonuçlarında genital enfeksiyon tespit edildiğini göstermişlerdir (22,23). Aytaç'ın yaptığı çalışmada ise kadınların %52'sinde bakteriyel vajinozis, %24'ünde bakteriyel vajinozis ile kandida, %20'sinde sadece kandida, %2'sinde ise Trichomonas vaginalis enfeksiyonu saptanmıştır (24).

Vulvovajinal enfeksiyonlar, genital sistem enfeksiyonları arasında en sık görülen gruptur (16). Bu enfeksiyonların gelişiminde yaşa bağlı olarak fizyolojik değişiklik gösteren vajinal floranın önemli rolü bulunmaktadır. Reprodüktif dönemde laktobasilllerin sağladığı asidik vajinal ph, kolonizasyonun devamlılığını desteklerken patojen mikroorganizmalara karşı koruyucu bir bariyer görevi üstlenir (2,25).

Genital enfeksiyonların tanısında detaylı anamnez ve fizik muayene oldukça kıymetlidir. Genital enfeksiyonlar sıklıkla vajinal akıntı ile kendini gösterir. Normal vajinal akıntı renksiz, kokusuz, tahriş yapmayan bir yapıdadır; iç çamaşırında sarımsı iz bırakabilir (2). Enfeksiyon durumunda akıntının rengi, kokusu ve miktarında değişiklikler görülür. Sarı, yeşil, kanlı ya da kötü kokulu akıntılar ve beraberinde kaşıntı, enfeksiyon belirtisi olabilir (2). Crann ve ark. kadınların %74,5'inin kaşıntı, %50,2'sinin yanma, %45,2'sinin anormal vajinal akıntı, %34,9'u kızarıklık yaşadığını saptamıştır (4). Ülkemizde ise Çalık ve ark. jinekoloji polikliniğine

başvuran kadınların %54,9'unun vajinal akıntı, %35'inin yanma hissi, %34,6'sının koku şikâyeti olduğunu belirtmiştir (23). Kırıkkale'de bir jinekoloji polikliniğinde postmenopozal kadınlarla yapılan bir çalışmada da başvuruların %19'unda beyaz süt kesiğine benzer peynirimsi akıntı, %11,4'ünde sarımtırak/yeşilimsi akıntı, %5,7'sinde grimsi beyaz miktarı az akıntı ve %21,9'unda akıntının miktarında artma, %14,3'sinde hazne içinde kaşıntı ve %17,1'inde vulvar kaşıntı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %9,5'inde kötü kokulu akıntı, %4,8'inde akıntının balık gibi kokma ve %9,5'inde akıntının mayamsı kokma olduğu belirlenmiştir (26).

Vajinal enfeksiyonlar arasında en yaygın görüleni bakteriyel vajinozistir. Bu enfeksiyonu sıklıkla vulvovajinal kandidiyazis izlemektedir (5). Bakteriyel vajinozis vakalarında kadınların en sık şikâyet ettiği semptom karakteristik olarak "balık kokusu" şeklinde tanımlanan kötü kokulu grimsi veya beyaz renkli vajinal akıntıdır. Vulvovajinal kandidiyazis vajinal bölgede kızarıklık, kaşıntı, yanma, ağrı ve tipik olarak kokusuz, beyaz, peynirimsi kıvamda bir vajinal akıntı ile karakterizedir. Bu enfeksiyonlar, genellikle endojen (vücut florasındaki fırsatçı mikroorganizmalar kaynaklı) etkenlere bağlı olarak gelişmektedir (2,27).

Bakteriyel vajinozis ve kandida enfeksiyonlarından sonra en sık karşılaşılan diğer genital enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan trikomonas vajinitidir. Trichomonas vaginalis etkenli bu enfeksiyon kötü kokulu, sarı-yeşil renkli, köpüklü vajinal akıntıya neden olur ve pelvik muayenede vulva ve vajinada inflamasyon ile birlikte servikste "çilek serviks" olarak tanımlanan peteşiyel kanamalar izlenebilir. Endojen enfeksiyonlardan farklı olarak trikomonas hem kadın hem de cinsel partneri açısından medikal tedavi gerektirir (27).

Enfeksiyon semptomlarının dikkate alınması ve erken tanı-tedaviye başvurulması, enfeksiyonların ilerlemesini önleyerek üreme sağlığının korunmasında önemli rol oynamaktadır. Tedavi edilmemiş genital enfeksiyonlar, kadın doğurganlığını olumsuz etkileyebileceği gibi pelvik inflamatuar hastalık ve ilerleyen dönemlerde genital organ kanserlerine de neden olmaktadır (28). Kadının ruhsal sağlığını da etkileyerek sosyal izolasyona yol açmaktadır, çoğu kadın genital enfeksiyon yaşadıkları zamanda çevreleri ile bir arada olmaktan endişe duyarak kendilerini kısıtlamaktadır. Aile içi ilişkilerde, kadının eşi ile iletişimi ve cinsel ilişki alışkanlıklarında değişime neden olabilmektedir.

Genital Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri

Kadınlarda genital enfeksiyonların gelişiminde bireysel davranışlar, çevresel koşullar ve yaşam tarzı faktörleri de önemli rol oynamaktadır. Geniş spektrumlu antibiyotikler vajina pH dengesini bozarak mikroorganizmaların çoğalması için elverişli bir ortam yaratırlar. Aynı zamanda steroid tedavileri bağışıklık sistemini baskılayarak vücut direncini azaltır, enfeksiyon riskini artırır. Sistemik hastalıklar riski artırabilmektedir. Diyabet vajinal sekresyondaki glukoz seviyesinin artışı, özellikle Candida albicans gibi mikroorganizmaların çoğalmasına zemin hazırlar. Diyabetik kadınlarda vajinal enfeksiyonlara yatkınlık belirgin şekilde artmaktadır (15). Sigara ve alkol kullanımı bağışıklık sisteminin baskılanmasına neden olarak vücut direncini düşürür; özellikle sigara kullanımı, hücrelerin oksijenlenmesini engelleyerek aerobik bakterilerin sayısını azaltarak anaerobik bakterilerin üremesini kolaylaştırır (15). Oral kontraseptifler vajinal mukozadaki glikojen depolarını artırır ve karbonhidrat metabolizmasını etkileyerek vajinal pH'ın değişmesine neden olabilir. Bu değişimler, vajinal enfeksiyon gelişimi açısından risk oluşturabilir (29). Ancak günümüzde yaygın olarak düşük doz östrojen içeren kontraseptiflerin kullanılması nedeniyle bu riskin azaldığı düşünülmektedir. Kronik stres uzun süreli ve yoğun stres bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açarak vajinal flora dengesinin bozulmasına, patojen mikroorganizmaların baskın hale gelmesine ve enfeksiyon gelişimine katkıda bulunur (15).

Elverişsiz koşullarda gerçekleştirilen doğum ve düşük/kürtaj işlemleri enfeksiyon riskini artırır. Düşük ya da kürtaj öyküsü olan kadınların, böyle bir öyküsü olmayanlara göre vajinal enfeksiyona yakalanma riski 1,7 kat daha fazladır (29). İki yıldan daha kısa aralıklarla veya sık doğum yapılması ise annenin bağışıklığını zayıflatır. Vajinal florada patojen mikroorganizmalar baskın hale gelerek enfeksiyon gelişimini kolaylaştırır (3). Yapılan bir çalışmada beş ya da daha fazla gebelik geçirmiş kadınların enfeksiyon riskinin, 1–2 kez gebelik geçirenlere göre 2,5 kat arttığı belirlenmiştir (30). Çok eşlilik gibi riskli cinsel davranışlar da enfeksiyon riskini artırmaktadır. Sık cinsel ilişki ise seminal sıvının özellikleri nedeniyle vajinal mikrofloranın değişmesi, vajinada savunma sisteminin zayıflaması ile riskte artışa neden olabilir (16). Türkiye'de bir araştırmada haftada dört ya da daha fazla cinsel ilişkide bulunan bireylerin, haftada 1–3 kez ilişkiye girenlere göre

vajinal enfeksiyon riskinin 1,26 kat arttığı gösterilmiştir (30). Ayrıca korunmasız cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılmasına neden olmaktadır.

Genital bölgenin uygun şekilde temizlenmemesi veya yanlış yönde temizlik yapılması, anüs çevresindeki mikroorganizmaların vajinaya geçmesine ve enfeksiyona neden olmasına yol açar. Kadınların uygun iç çamaşırı tercih etmemesi, yeterince sık değiştirmemesi, adet dönemi hijyenine özen göstermeyerek vajinal duş gibi uygulamalara başvurması enfeksiyon riskini artırmaktadır. Malatya'da yapılan bir çalışmada kadınların %38'inin adet döneminde banyo yapmadığı, %6'sının iç çamaşırını 2–3 günde bir değiştirdiği, %23,5'inin bez kullandığı, %46,5'inin günde yalnızca 1–2 ped değiştirdiği ve %43'ünün vajinal duş yaptığı saptanmıştır (28). Cangöl ve Tokuç'un yürüttüğü çalışmada, kadınların genital hijyen konusunda pek çok hatalı uygulamaya sahip oldukları, sıklıkla genital enfeksiyon geçirdikleri ve doğru perine hijyeni ile genital enfeksiyonlardan korunmaya yönelik ciddi düzeyde eğitime ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşılmıştır (5).

Sonuç olarak, genital enfeksiyonlardan korunmada çevresel ve davranışsal risk faktörlerinin de ele alınması gereklidir. Kadınlara doğru hijyen bilgisi kazandırılması, riskli cinsel davranışlardan kaçınılması ve yaşam tarzı düzenlemeleri ile genital enfeksiyonların önlenmesi mümkündür.

2.1.2. Genital Hijyen Davranışları

Alışkanlık olarak kişisel farklılıkların rol oynadığı genital hijyen davranışları için esas olan bu davranışların doğru, düzenli ve sağlık açısından koruyucu nitelikte uygulanmasıdır. Etkili genital hijyen uygulamaları, ürogenital enfeksiyonların önlenmesi ve bireyin genel sağlığının korunması açısından öneme sahiptir (8).

Yanlış Hijyen Davranışları

Genital hijyene ilişkin hatalı bilgi, alışkanlık ve uygulamalar, kadınlarda enfeksiyon riskini artıran önemli etkenler arasında yer almaktadır. Sentetik kumaştan üretilmiş iç çamaşırlarının tercih edilmesi, genital bölgenin hava almasını engelleyerek nemli bir ortam yaratmakta ve bu durum mikroorganizma çoğalmasına zemin hazırlamaktadır. Akça ve Türk tarafından yürütülen çalışmada kadınların iç çamaşırı değiştirme sıklığı ile genital enfeksiyon semptomları arasında anlamlı bir

ilişki bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %41,6'sının renkli pamuklu iç çamaşırı kullandığı belirlenmiştir (9). Topuz ve ark. yaptıkları çalışmada bazı kadınların iç çamaşırlarını haftada bir değiştirdiğini saptamıştır (7). Kısa ve Taşkın ise naylon iç çamaşırı kullanan kadınlarda enfeksiyon görülme riskinin pamuklu iç çamaşırı kullananlara göre 2,22 kat fazla olduğunu ve iç çamaşırını üç gün ya da daha uzun aralıklarla değiştiren kadınlarda enfeksiyon riskinin her gün değiştirenlere kıyasla 6,15 kat arttığını bildirmiştir (31).

Hijyen davranışlarındaki eksiklikler yalnızca kıyafet seçimiyle sınırlı değildir. Tuvalet öncesi ve sonrası temizlik uygulamaları da önemli bir risk faktörüdür. Toraman ve ark. çalışmalarında katılımcıların %74,4'ünün tuvalet öncesi ellerini yıkamadığını, %56,1'inin ise perine temizliğini arkadan öne doğru yaptığını saptamıştır (6). Benzer şekilde Akça ve Türk'ün çalışmasında da kadınların neredeyse yarısının bu yönde temizlik yaptığı belirlenmiş; Kısa ve Taşkın'ın araştırmasında perineyi arkadan öne veya karışık biçimde temizleyen kadınların, önden arkaya doğru temizlik yapanlara göre vajinal enfeksiyon geliştirme riskinin 3,79 kat daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (9,31).

Kadınlar, vajinal akıntı ya da koku nedeniyle sosyal ortamlarda rahatsızlık duyduklarında genital temizlik ürünlerine yönelmektedir. Bu ürünler arasında mendil, deodorant, pudra, kayganlaştırıcılar, fitiller ve kremler yer almakta; ancak bu tür ürünlerin bilinçsiz kullanımı genital flora dengesini bozarak enfeksiyon riskini artırmaktadır. Pete ve ark. yaptıkları araştırmada her dört kadından birinin antiseptik solüsyon kullandığını belirtmiştir (32). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların %63,4'ünün genital temizlikte sabun, %34,1'inin ise koku giderici ürün kullandığı; %41,5'inin her banyoda vajinal yıkama yaptığı ve bu kadınlarda genital enfeksiyon semptomlarının daha yaygın olduğu görülmüştür (6,9). Kanada'da gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların yaklaşık %95'inin genital hijyen ürünü kullandığı ve bu ürünlerin genellikle dış genital bölgede kullanıldığı; ancak bazı kadınların vajinal bölge içerisinde de kullanım gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (4). Genel olarak genital hijyen ürünleri kullanan kadınlarda enfeksiyon gelişme riskinin yaklaşık üç kat arttığı, bakterisidal sabun kullananlarda ise vulvovajinal kandidiyazis ve bakteriyel vajinozis gelişme riskinin 5,47 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (33).

Adet dönemiyle ilişkili hijyen davranışlarında hatalı uygulamalar konusunda, Akça ve Türk'ün yaptığı araştırmada kadınların %48,4'ünün kanamanın artacağı düşüncesiyle bu dönemde banyo yapmadığı saptanmıştır. Ayrıca kötü kokulu vajinal akıntısı olan kadınların kullandığı hijyenik ürünlerle enfeksiyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (9). Das ve ark. yeniden kullanılabilir ped kullanan kadınların, tek kullanımlık hijyenik ped kullananlara göre ürogenital semptomlara sahip olma olasılıklarının 2,3 kat, en az bir ürogenital enfeksiyon tanısı alma olasılıklarının ise 2,8 kat daha fazla olduğunu raporlamışlardır (34). Kısa ve Taşkın'ın çalışmasında ise adet döneminde duş almayan kadınların, duş alanlara kıyasla enfeksiyon riskinin 2,59 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (31).

Doğru Hijyen Davranışları

Ege'nin yaptığı araştırmada kadınlara verilen düzenli ve planlı eğitimin genital hijyen davranışlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (8). Ülkemizde gerçekleştirilen bazı çalışmalarda ise katılımcıların büyük çoğunluğunun genital hijyen konusunda herhangi bir eğitim almadığı, bilgi sahibi olmadığı belirtilmiştir (6,9). Kadınların genital hijyen konusunda bilgi kaynakları arasında sağlık kuruluşları, okullar ve aile bireyleri yer almakta; yapılan bir araştırmaya göre katılımcıların %53,8'i bu bilgiyi en çok aile bireylerinden edinmektedir (32). Kadınlara verilen sağlık eğitimi, doğru hijyen davranışlarının kazandırılması yoluyla genital hastalık yaygınlığının azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Genital hijyenin korunmasına yönelik olarak bazı temel uygulamalara dikkat edilmesi gerekmektedir. Öncelikle halka açık umumi tuvaletler mümkün olduğunca kullanılmamalı, kullanılması halinde ise herkesin temas ettiği yüzeylerden kaçınılmalıdır. Tuvalete giriş öncesi ve sonrası eller mutlaka su ve sabunla yıkanmalı, tuvalet sonrası perine temizliği önden arkaya doğru yani temiz bölgeden kirli bölgeye doğru yapılmalıdır. Bu temizlikte yalnızca su kullanılmalı ve parfümsüz tuvalet kağıdı ile kurulanmalıdır. Kimyasal içerikli ürünler, deodorantlar ve parfümler genital bölge temizliğinde kullanılmamalıdır (3,8,16,35).

İç çamaşırı tercihlerinde sentetik ve dar kıyafetlerden kaçınılmalıdır. Pamuklu iç çamaşırları tercih edilmeli, bu çamaşırlar kişiye özel olmalı ve sık aralıklarla değiştirilmelidir. Her yıkamadan sonra ütülenmeli, yıkamada aşırı beyazlatıcı ya da

yumuşatıcı kullanılmamalıdır. Günlük ped kullanımı çamaşır değiştirme sıklığını azaltarak genital bölgenin nemli kalmasına neden olabileceğinden önerilmemektedir (3,8,16,35).

Cinsel birliktelik öncesi ve sonrası vücut temizliği sağlanmalı, cinsel temas sonrasında genital bölge yalnızca su ile temizlenmelidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan yalnızca kondom koruyucudur. Şüpheli cinsel temas durumlarında kondom kullanılmalı ve kullanılan materyallerin temizliğine dikkat edilmelidir. Genital enfeksiyonlar sırasında oral kontraseptif kullanımına ara verilmesi ve cinsel ilişkiye ara verilmesi önerilmektedir (3,8,16,35).

Vajinal duş uygulamaları vajinal pH dengesini bozarak enfeksiyonlara zemin hazırladığı için kesinlikle önerilmemektedir. Kadınlar kişisel hijyenlerine dikkat etmeli; mümkünse gün aşırı, değilse haftada en az bir kez banyo yapmalıdır. Klorlu havuz ve deniz suyuna maruz kalındıktan sonra mutlaka duş alınmalı; mayo ve bornoz gibi tekstil ürünleri kuru tutulmalı, ıslak giysilerden kaçınılmalıdır. Bölgesel kıllar ise belirli aralıklarla kısaltılmalıdır (3,8,16,35).

Menstruasyon dönemlerinde, kimyasal içermeyen tek kullanımlık hijyenik pedler tercih edilmeli ve bu pedler en fazla 3–4 saat aralıklarla değiştirilmelidir. Pedler temiz ve kapalı bir ortamda muhafaza edilmeli; ped kullanımına bağlı olarak kaşıntı, kızarıklık ya da yanma gibi durumlar yaşanırsa farklı bir ürün denenmelidir. Ped değişimi öncesi ve sonrası eller mutlaka su ve sabunla yıkanmalıdır. Menstrüel dönemde ılık duş almak rahatlatıcıdır; ancak duş ayakta alınmalı, oturarak banyo yapılmamalıdır (3,8,16,35).

Tüm bu uygulamaların yanı sıra kadınlara erken tanı ve tedavinin, düzenli jinekolojik kontrollerin, dengeli beslenme, yeterli uyku ve dinlenmenin, düzenli egzersiz yapmanın önemi açıklanmalıdır. Ayrıca sigara ve alkol kullanımından kaçınmaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalı, bu eğitimlerde eşlerin de sürece dahil edilmesi teşvik edilmelidir. Toplumumuzda üreme ve cinsel sağlığın büyük sorumluluğu kadınların omuzlarına yüklendiği için eşlerde hijyen davranışlarının karşılıklı ve birbirlerini destekler şekilde yapılması için teşvikin sağlanması sağlık çalışanlarının önemli bir görevidir. Birinci basamakta çalışmakta olan ebe, hemşire ve hekimden başlamak üzere tüm sağlık kuruluşlarında hijyen

eğitimlerinin verilmesi, sürdürülebilirliğinin sağlanması koruyucu sağlık hizmetinin temellerinden biridir.

2.2. Premenstrüel Sendrom

Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve menstrüasyonun başlamasıyla gerileyen somatik, emosyonel, bilişsel ve davranışsal değişikliklerle karakterize edilen bir durumdur (3). Duygu durum değişiklikleri, depresyon, güven kaybı, anksiyete ve sinirlilik gibi psikiyatrik belirtilerin yanı sıra karın ağrısı, şişkinlik, yorgunluk, meme hassasiyeti ve kilo alımı gibi somatik semptomlar da sıkça görülür (13).

Adet öncesi şikâyetler tarih boyunca kadınlar tarafından fark edilmiş, bu durumla ilgili pek çok kültürel mit ve inanış gelişmiştir. Hipokrat, menstrüel siklus ile davranış değişiklikleri arasındaki bağlantıdan bahseden ilk kişi olarak menstrüasyon ile vücuttan çıkmak isteyen anksiyöz kanın baş ağrısı ve sıkıntıya yol açtığını savunmuştur. PMS'e yönelik ilk bilimsel tanım ise 1931 yılında Robert T. Frank tarafından "premenstrüel gerginlik" adıyla yapılmış, luteal fazdaki emosyonel değişiklikler vurgulanmıştır. 1953'te Katharina Dalton ve Raymond Greene, bu sürecin yalnızca emosyonel değil, fiziksel ve davranışsal bileşenleri de içerdiğini belirterek "premenstrüel sendrom" kavramını ortaya koymuşlardır (36).

1970'ler ve 1980'lerin başlarında yapılan çalışmalar, menstrüel döngü sırasında yaşanan ruh hali ve davranış değişikliklerini araştırmaya odaklanmıştır. 1987'de Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), bu durumu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-III-R'de "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (LLPDB)" olarak tanımlamıştır. DSM-IV'te ise bu durum "Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB)" olarak ifade edilmiştir (37). 1998 yılında alanında uzman 16 kişiden oluşan bir panel PMDB'nin klinik olarak ayrı bir bozukluk olduğunu belirtmiş, 1999'da Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) bu görüşü desteklemiştir. Son olarak 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te PMDB, depresif bozukluklar kategorisinde resmi olarak yerini almıştır (38). 2000 yılında Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) kodlarına dayalı olarak PMS'nin tanı ve tedavi kılavuzunu yayınlamıştır (13).

PMS yalnızca kadını değil; ailesini, çevresini ve sosyal ilişkilerini etkileyerek kadının psikolojik, zihinsel ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir bir sağlık sorunudur. Beden algısında bozulma, enerji kaybı ve iş gücünde düşüş gibi sorunlara neden olarak yaşam kalitesini azaltır (38). PMS, menarştan menopoza kadar her yaştaki kadında görülebilir.

Kadınların yaklaşık %80'i luteal fazda en az bir fiziksel ya da psikolojik semptom bildirirken, bunların çoğu günlük yaşamını ciddi biçimde etkilemez (12).PMS'nin prevalansı Direkvand ve ark. tarafından yapılan meta-analizde Avrupa'da %41, Afrika'da %83, Asya'da %46, Güney Amerika'da %61, dünya genelinde ise %47,8 olarak bildirilmiştir (39). Ülke bazında çalışma örneklerinde ise İran'da %98 ve Fransa'da %12 Kore'de %25,5, Suudi Arabistan'da %64,9, Bulgaristan'da %32,1, Brezilya'da %46,9 olarak bulunmuştur (39–43).

Erbil ve Yücesoy'un Türkiye'de yaptığı sistematik incelemede PMS yaygınlığı %52,2 olarak belirlenmiştir. Lise öğrencilerinde bu oran %59, üniversite öğrencilerinde %50,3, evli kadınlarda ise %66 olarak saptanmıştır (44). Aba ve ark. tarafından yapılan çalışmada üniversite öğrencilerinde prevalans %65,2, Yaşar ve ark. tarafından ise %70,2 olarak belirtilmiştir (45,46). Akmalı ve ark. da 15-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada PMS oranını %51 bulmuştur (47).

PMS ve PMDB'nin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış olsa da semptomların ovaryan seks steroid hormonlarındaki dalgalanmalara bağlı olduğu ve hipotalamo-hipofizer-gonadal aksla ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Seks steroidlerindeki döngüsel değişimlerin merkezi sinir sistemindeki nörotransmitterler ile olan etkileşimine bağlı olduğu düşünülmektedir (38,48). PMS semptomları ovulasyondan sonra ortaya çıkar, menstrüasyonla birlikte geriler. Ovulasyona bağlı olarak değişen hormon seviyeleri PMS'nin luteal fazla ilişkisini açıklar. Anovulatuar sikluslarda ya da over fonksiyon bozukluğu olan kadınlarda semptomlar nadiren görülür (48). Premenstrüel şikâyetleri olan bireylerle kontrol grubu karşılaştırıldığında seks steroidlerinin periferik düzeyleri benzer bulunmuştur. Bu durum, PMS'de semptomların hormon seviyelerinden çok bu değişimlere karşı gelişen duyarlılık artışı ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (11,48).

PMS gelişiminde en çok rol oynayan nörotransmitter serotonindir. Bunun yanı sıra beta-endorfin, gama-aminobütirik asit (GABA) ve otonom sinir sistemi ile

ilgili bulgular da mevcuttur. Serotonin agonistlerinin ruhsal semptomları azalttığı, antagonistlerin ise bu semptomları geri getirdiği gösterilmiştir. GABA ise inhibe edici bir nörotransmitter olup stres, kaygı ve uyku düzeninde rol oynar. Progesteronun bir metaboliti olan allopregnanolon, GABA sistemini modüle ederek PMS semptomlarını etkileyebilir (11).

Hormon ve nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklere ek olarak genetik yatkınlık, stres, sıvı retansiyonu, tiroid fonksiyon bozuklukları, vitamin ve mineral eksiklikleri, hipoglisemi ve psikolojik faktörler de PMS'nin etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır (48).

2.2.1. Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri

PMS'nin gelişiminde ruhsal, sosyokültürel ve biyolojik pek çok faktör rol oynamaktadır. Annesinde PMS öyküsü olan bireylerde PMS görülme sıklığı daha fazladır. Ayrıca monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere kıyasla hastalık uyum oranı daha yüksektir. Bu bulgular, PMS'de genetik yatkınlığın etkili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak PMS ile doğrudan ilişkili spesifik bir gen henüz tanımlanmamıştır (49).

PMS semptomları menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir ve sıklıkla 20'li yaşların ortaları ile 30'lu yaşların sonunda en yüksek seviyeye ulaşır. Yaş ilerledikçe semptomların sıklığı artmakta iken menopoz dönemine doğru ise azalma göstermektedir (12). Beden kitle indeksi (BKİ) ile PMS arasında ilişki kuran çalışmalar mevcuttur. Bertone-Johnson ve ark. yaptıkları bir çalışmada BKİ'deki her 1 kg/m²'lik artışın PMS riskini %3 oranında artırdığı gözlemlenmiştir (50). Ancak bu ilişkiyi desteklemeyen yayınlar da bulunmaktadır (45). Egzersizin PMS semptomları üzerindeki etkisini inceleyen 15 çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde, egzersiz yapmayan grupta psikolojik semptomlar %67, fiziksel semptomlar %62, davranışsal semptomlar ise %94 daha fazla saptanmıştır (51).

Sigara, alkol ve kafein tüketimi PMS için önemli risk faktörleridir. Masho ve ark. günde iki fincandan fazla kahve tüketen kadınlarda PMS riskinin arttığını göstermiştir (52). Aba ve ark.'nın çalışmasında ise PMS olmayan kadınların daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir ve çay-kahve tüketimi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (45). Yüksek stres düzeyi, travmatik yaşam olayları

veya travma sonrası stres bozukluğu kadınlarda PMS ve PMDB riskinde artışa neden olmaktadır (53). PMS ile duygu durum bozukluklarının yaşam boyu birlikteliği %30-70 oranındadır (38). Brezilya'da üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmada depresyon tanısı bulunan kadınların PMS geliştirme riskinin %49 oranında daha fazla olduğu belirlenmiştir (43).

2.2.2. Premenstrüel Sendrom Semptomları

PMS ile ilişkili olarak tanımlanmış 200'ün üzerinde semptom bulunmakta ve bu semptomlar genellikle fiziksel, davranışsal ve psikolojik olmak üzere üç temel grupta sınıflandırılmaktadır (12,13,54):

- Fiziksel semptomlar arasında memelerde büyüme ve hassasiyet artışı, susuzluk hissi ve iştah değişiklikleri, karında şişkinlik, kilo artışı ve ödem yer almaktadır. Ayrıca kas, eklem, karın, bel ve sırt ağrıları gibi yaygın ağrı şikâyetleri, cilt problemleri ve akne oluşumu, gastrointestinal belirtiler (bulantı, kusma, ishal vb.), yorgunluk, sıcak basması ve çarpıntı gibi bulgular da bu grupta yer alır.
- Davranışsal semptomlar ise bilinç bulanıklığı, akademik performansta düşüş, sosyal izolasyon, kişilerarası ilişkilerde bozulma, dikkat dağınıklığı ve zayıf konsantrasyon, uyku problemleri, suç veya intihara eğilim, tükenmişlik hissi, unutkanlık ve libido azalması gibi belirtileri içermektedir.
- Psikolojik semptomlar kapsamında depresyon, anksiyete, öfke kontrolünde zorluk, ağlama nöbetleri, aşırı endişe, özgüvende azalma ve sinirlilik hali öne çıkmaktadır.

2.2.3. Premenstrüel Sendrom Tanısı ve Tedavi Seçenekleri

Premenstrüel Sendrom'a tanı koymak spesifik bir laboratuvar testinin bulunmaması, semptomların bireyden bireye farklılık göstermesi ve tanı kriterleri konusunda görüş birliğinin sağlanamaması nedeniyle güçleşmektedir. PMS ve PMDB tanısında öncelikle semptomların zamanlaması dikkate alınmalıdır. Bu semptomlar yalnızca luteal fazda ortaya çıkmalı ve menstrüasyonun başlamasıyla birlikte kaybolmalıdır (13).

Psikiyatri ve jinekoloji disiplinleri, premenstrüel bozukluk tanısında farklı yaklaşımlar geliştirmiştir. APA, PMDB'yi tanımlarken psikiyatrik semptomlara odaklanmıştır. Öte yandan ACOG, PMS tanısı için hem fiziksel hem psikolojik belirtileri birlikte değerlendirmiştir (12,13). Belirtiler arasında benzerlik olsa dahi PMDB semptomların PMS'ten daha ağır seyrettiği bir kliniktir.

ACOG Premenstrüel Sendrom Tanı Kriterleri (54,55):

Menstrüasyon öncesi beş gün içinde aşağıdaki affektif ve somatik semptomlardan en az biri bulunmalı ve bu belirtiler ardışık üç menstrüel döngü boyunca tekrarlanmalıdır.

Affektif Belirtiler:

- Öfke patlamaları
- Anksiyete
- Konfüzyon
- Depresyon
- İrritabilite
- Sosyal çekilme

Somatik Belirtiler:

- Karın şişkinliği
- Memede hassasiyet veya şişlik
- Baş ağrısı
- Eklem veya kas ağrısı
- Ekstremitelerde ödem
- Ağırlık artışı

Ek Tanı Kriterleri:

1. Belirtiler menstrüasyon başladıktan sonra 4 gün içinde gerilemeli ve 13 gün süresince tekrar etmemelidir.
2. Semptomlar farmakolojik tedavi, hormon kullanımı, alkol ya da madde etkisi olmadan gözlenmelidir.
3. Kadın sosyal, akademik ya da mesleki işlevlerinde belirgin bir bozulma yaşamalıdır.
4. Semptomlar ileriye dönük izlemde en az iki adet döngüsünde tekrarlanmalıdır.

PMDB, DSM-5'te "Depresif Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. Tanı, belirti, öykü ve ileriye dönük semptom takibi ile konur.

DSM-5 Premenstrüel Distrofik Bozukluk Tanı Kriterleri (56)**:**

A. Menstrüasyon döngülerinin çoğunda menstruasyonun başlamasından önceki son hafta boyunca en az 5 belirti görülmelidir. Bu belirtiler, menstruasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde düzelmeye başlamalı ve sonraki hafta içinde tamamen kaybolmalıdır.

B**.** Aşağıdaki belirtilerden en az biri bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal dalgalanmalar
2. Kolay öfkelenme veya kişilerarası çatışmalarda artış
3. Belirgin depresif ruh hali veya kendine yönelik olumsuz düşünceler
4. Anksiyete, gerginlik veya sinirlilik

C**.** B maddesindekilere ek olarak, toplam belirtileri en az 5'e tamamlamak üzere aşağıdaki semptomlardan en az biri (veya daha fazlası) bulunmalıdır:

1. Günlük aktivitelere ilginin azalması
2. Konsantrasyon güçlüğü
3. Yorgunluk veya enerji düşüklüğü
4. İştah değişiklikleri ya da aşırı yeme
5. Uyku bozuklukları (uykusuzluk veya aşırı uyku)
6. Kontrolünü kaybetmiş hissetme
7. Göğüslerde hassasiyet/şişlik, eklem-kas ağrısı, şişkinlik hissi, kilo artışı gibi fiziksel belirtiler

D. Bu semptomlar belirgin bir sıkıntıya veya iş, okul, sosyal yaşam gibi alanlarda bozulmaya yol açmalıdır.

E. Semptomlar başka bir psikiyatrik bozukluğun (örneğin majör depresyon, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu) alevlenmesi ile açıklanamaz.

F. Tanı ileriye dönük izlem ile en az iki siklusta doğrulanmalıdır (öncesinde geçici tanı konabilir).

G. Belirtiler herhangi bir maddenin (ilaç, alkol, madde) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkisine bağlı olmamalıdır.

PMDB ve PMS tanısı konulmadan önce çeşitli fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlıkların ayırt edilmesi gerekmektedir. Premenstrüel dönemde görülen değişiklikler, bazı hastalıkların alevlenme dönemleriyle karıştırılabileceğinden tanı sürecinde özellikle dikkatli olunmalıdır. Hastanın semptomlarının menstrüel siklusun hangi evresinde ortaya çıktığı detaylı şekilde sorgulanmalı, yaşanan şikâyetlerin geri dönüşlü olup olmadığı ve gelecekte tekrarlayıcı bir özellik gösterip göstermediği de değerlendirilmelidir (12).

PMS'nin ayırıcı tanısında en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar arasında majör depresyon, distimi, bipolar bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, perimenopozal döneme ait semptomlar, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, kişilik bozuklukları ve madde bağımlılığı bozuklukları yer almaktadır. Bu psikiyatrik hastalıklar PMS'ye benzer semptomlar gösterebileceğinden detaylı bir psikiyatrik değerlendirme yapılmalıdır (12,13,38). Fiziksel hastalıklar açısından ise endometriozis, hipotiroidizm, otoimmün hastalıklar, dismenore, alerjik reaksiyonlar, anemi, oral kontraseptif kullanımı ve epilepsi gibi durumlar PMS ile karışabilecek klinik tablolar arasında bulunur. Bu hastalıklar da semptomların kaynağını belirlemek açısından dikkatle değerlendirilmelidir (54).

PMS'nin patogenezi henüz tam olarak açıklanamadığından tedavi yaklaşımları da net ve kesin değildir. Bu nedenle tedavi, çok yönlü ve bireyselleştirilmiş olmalıdır. PMS tedavisi genel olarak non-farmakolojik yöntemler, farmakolojik tedaviler ve cerrahi yaklaşımlar olmak üzere üç ana başlık altında değerlendirilmektedir. Semptomların şiddetine göre tedavide adımlar halinde ilerlenmelidir (12,55);

1. Adım**:** Hafif ve/veya orta şiddette semptomlar yaşayan kadınlarda iyi beslenme, kompleks karbonhidrat tüketimi, düzenli aerobik egzersiz, kalsiyum ve magnezyum takviyeleri gibi destekleyici yaklaşımlar önerilmektedir. Fiziksel belirtilerin ön planda olduğu durumlarda ise spironolakton, non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ), kombine oral kontraseptifler (KOK) uygulanabilir.

2. Adım**:** Eğer ruhsal belirtiler baskın ve günlük yaşam işlevselliğini bozacak düzeyde ise selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ile farmakolojik tedaviye başlanmalıdır. SSRI ile yeterli yanıt alınamayan bazı semptomlar için anksiyolitik ilaçlar da tedaviye eklenebilir.

3. Adım: Adım 1 ve 2'ye yanıt alınamazsa gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Ancak bu tedavi yöntemi, özellikle ergenlerde bir jinekoloğun takibinde uygulanmalıdır.

Non-Farmakolojik Yöntemler

Yaşam tarzı değişiklikleri, düşük-orta şiddetteki PMS semptomlarında ilk tercih edilen yaklaşımdır. Diyet düzenlemesi kapsamında tuz ve şeker tüketiminin azaltılması, kafein, sigara ve alkol gibi uyarıcılardan kaçınılması önerilmektedir. Hayvansal protein ve kuruyemiş içerikli Akdeniz diyeti, PMS semptomlarının hafifletilmesine yardımcı olabilmektedir (12).

Beslenme değişikliklerine ek olarak düzenli fiziksel aktivite, uyku düzeninin sağlanması ve stres yönetimi de tedavi sürecinde önemli yer tutmaktadır. Ayrıca çinko, B6 vitamini, E vitamini, D vitamini, kalsiyum ve magnezyum gibi çeşitli vitamin ve mineral takviyelerinin PMS semptomlarını azaltabileceğine dair çalışmalar mevcuttur; ancak bu konuda henüz kesin bir bilimsel görüş birliği sağlanmamıştır (57).

Bitkisel tedaviler arasında çuha çiçeği yağı, hayıt bitkisi özütü ve sarı kantaron gibi bitkisel ürünler de non-farmakolojik seçenekler arasında yer almaktadır (57). Psikoterapi kapsamında ise bilişsel davranışçı terapi , özellikle duygusal PMS semptomlarının hafifletilmesinde etkili olabilmektedir. Tamamlayıcı tıp yöntemleri olarak akupunktur, refleksoloji ve aromaterapi de destekleyici tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmektedir (11).

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Orta ve şiddetli semptomlar gösteren ya da non-farmakolojik tedavilere dirençli olgularda medikal tedavi düşünülmelidir.

Hormonal Tedaviler: Hormonal tedavi ovulasyonu baskılayarak döngüsel endokrin değişiklikleri kontrol altına almayı hedefler. Kombine oral kontraseptifler (KOK), hipotalamus-hipofiz-over aksı üzerinde etkili olarak ovulasyonu inhibe eder (11). Genellikle monofazik KOK tercih edilir; çünkü multifazik olanların ruhsal semptomları artırabileceği düşünülmektedir. Drospirenon içeren KOK'lar, özellikle PMS tedavisi için onay almıştır; ancak drospirenon diğer bazı progestinlerden daha

yüksek venöz tromboembolizm riski ile ilişkilendirildiği için kullanımı sırasında yan etki takibi yapılması önemlidir. Tedaviye 3 mg drospirenon-20 mg etinil estradiol dozu ile başlanır, üç ay sonra semptomlarda azalma olmazsa doz artışı planlanır (58).

Östrojenin transdermal, jel veya implant formlarının da ovulasyon baskılayıcı etkileri ile semptomlarda azalma sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca mastalji tedavisinde danazol kullanımı da literatürde yer almakla birlikte androjenik yan etkileri nedeniyle tercih edilmemektedir. Progesteron tedavisinin etkinliği ise tartışmalı olup bazı çalışmalar doğal progesteronun hafif anksiyolitik ve diüretik etkilerinden dolayı faydalı olabileceğini belirtmektedir (54,57).

GnRH agonistleri şiddetli semptomları olan ve diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen olgularda, düşük doz östrojen-progesteron "geri ekleme" tedavisi ile birlikte kullanılabilir. Aylık 3.75 mg depo löprolid asetat ile başlanan uygulamada östrojen ve progesteronun, PMS'yi üretebilen döngüsel bir şekilde değil, sürekli bir rejimde verilmesi önemlidir. Bu tedavi seçeneği, menopoz semptomları ve kemik kaybı gibi östrojen eksikliğine bağlı komplikasyonlar nedeniyle en fazla 6 ay süreyle uygulanmalıdır (11).

Antidepresan Tedaviler: Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), özellikle ruhsal semptomlarda etkinliği kanıtlanmış ilaçlardır. Sertralin, essitalopram, sitalopram, fluoksetin ve paroksetin sıklıkla tercih edilen ilaçlardır. En sık rastlanabilen yan etkileri ise uyku değişiklikleri, cinsel disfonksiyon, baş ağrısı, agresiflik, sindirim sistemi bozukluklarıdır (38). Fluoksetinin PMS/PMDB tedavisinde diğer SSRI ilaçlarına kıyasla yüksek etkinliği ve nispeten yüksek sayıda çalışma olması nedeniyle birinci basamak ilaç olarak kullanılmaya uygun olduğu düşünülmektedir. Paroksetin de PMS tedavisinde yüksek etkinlik gösterir; ancak yüksek yan etki oranı onu fluoksetine kıyasla daha az tercih edilir hale getirir. Sertralin, yüksek oranda semptom tekrarlaması nedeniyle daha az tercih edilmektedir (11). SSRI'lar dışında venlafaksin, klomipramin, buspiron ve alprazolam gibi ilaçlar da tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Tedavi algoritmaları arasında luteal faz tedavisi, sürekli günlük uygulama ve semptom başlangıç tedavisi gibi farklı yaklaşımlar bulunmaktadır (12).

Semptomatik Tedaviler: Spesifik semptomlara yönelik tedaviler de PMS yönetiminde önemli yer tutar. Dismenore için NSAİİ'ler, meme hassasiyeti ve ödem

için spironolakton kullanılabilir. Ancak diüretiklerin NSAİİ'lerle birlikte kullanımında böbrek fonksiyonları açısından dikkatli olunmalıdır (54).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi tedavi yalnızca diğer tüm tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu, şiddetli ve tedaviye dirençli PMS vakalarında düşünülmelidir. Bu amaçla total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi uygulanabilir. Geri dönüşü olmayan bir tedavi yöntemi olması nedeniyle cerrahi müdahale öncesinde mutlaka GnRH analog tedavisi ile yanıt denenmelidir (54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Etik Kurul İzni ve Tipi

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 03.10.2024 tarihli ve 24 karar numaralı onay ile bilimsel ve etik açıdan uygun bulunmuştur. Üreme çağındaki kadınlarda genital hijyen davranışları ile premenstrüel sendrom sıklığı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan kesitsel bir anket araştırması olarak planlanmıştır.

3.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde ve 01.10.2024-01.04.2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine belirlenen tarihte başvuran 18-49 yaş arası gönüllü olan kadınlar dahil edilmiştir. Çalışma evreni 1200 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü %5 hata payı, %5 standart sapma, %50 sıklık ve %95 güvenilirlik oranı ile 292 kişi hesaplanmıştır. Çalışmamız 416 kişinin katılımı ile tamamlanmıştır.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-49 yaş arası kadın olmak
- Menstrüasyonun devam ediyor olması
- Bilişsel fonksiyonların yerinde olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı ve 49 yaş üstü olmak
- Menopoza girmiş olmak

- Bilişsel fonksiyonların yerinde olmaması
- Çalışmaya katılım için gönüllü olmamak

3.6. Çalışmanın Yöntemi ve Kullanılan Ölçekler

Çalışmanın verileri, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunun yüz yüze uygulama metoduyla doldurulması ile toplanmıştır. Çalışma anketi; sosyodemografik ve jinekolojik özellikleri sorgulayan sorular, Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Genital Hijyen Davranışları Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik ve jinekolojik veri formunda katılımcıların yaş, boy, kilo bilgileri; medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumları ve gelir düzeyleri ile yaşam alanı özellikleri; kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı varlığı, sigara ve alkol kullanımı; cinsel deneyim, korunma yöntemi, doğum sayısı ve yöntemi, ilk menarş yaşı ile adet düzeni ve bazı hijyen davranışı özelliklerini sorgulayan 21 soru sorulmuştur. Anketin 2. bölümünde 2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış 44 soruluk Premenstrüel Sendrom Ölçeği, 3. bölümünde ise Karahan tarafından geliştirilmiş ve 2017 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış 23 soruluk Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ölçek sahiplerinden izin alınarak kullanılmıştır.

Premenstrüel Sendrom Ölçeği(PMSÖ): Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMSÖ'nin uygulanmasında madde okunduktan sonra bu durumun "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, "Hiç" seçeneği 1 puan, "Çok az" seçeneği 2 puan, "Bazen" seçeneği 3 puan, "Sık sık" seçeneği 4 puan ve "Sürekli" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan "PMSÖ Toplam Puanı" elde edilmektedir (14).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Toplam puana göre ölçeğin teorik kesme noktaları iki farklı biçimde ele alınabilmektedir (14):

1-Ölçekten alınabilecek en yüksek ve en düşük puan farkının yarısına en düşük puanın eklenmesi ile elde edilen 132 puan, ölçekte toplam ve alt boyut puanlarında %50 ve üstü alınmış olarak değerlendirilmektedir. Bu durumda,

<132 puan için PMS yok

≥132 puan için PMS var kabul edilmektedir.

Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

2-Ölçekten alınabilecek en yüksek ve en düşük puan farkı 176'nın 3'e bölünmesi ile elde edilen 58,6≈59 puan aralığı planlanarak şiddet gruplandırması yapılabilmektedir.

≤44 puan PMS yok

45-103 puan Hafif düzeyde PMS

104-163 puan Orta düzeyde PMS

164-220 puan Şiddetli düzeyde PMS olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda 1. teorik kesme noktası kullanılarak katılımcılarda PMS var-yok değerlendirmesi yapılmıştır.

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği(GHDÖ): Genital Hijyen Davranışları Ölçeği kadınların kendileri tarafından doldurulan, beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçek, toplam 23 madde ve Genel Hijyen Alışkanlıkları (ilk 12 madde), Adet Hijyeni (13.-20. Maddeler) ve Anormal Bulgu Farkındalığı (21-23. Maddeler) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri "Tamamen katılıyorum" seçeneği 5 puan, "Katılıyorum" seçeneği 4 puan, "Kararsızım" seçeneği 3 puan, "Katılmıyorum" seçeneği 2 puan ve " Hiç katılmıyorum" seçeneği 1 puan verilerek puanlanmaktadır. Ölçeğin 7, 14, 19, 20, 23. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten en düşük 23 en yüksek 115 puan alınmakta olup yüksek puanlar genital hijyen davranışının olumlu olduğunu göstermektedir (10).

3.7. Çalışmanın İstatistiksel Analizi

Toplanan veriler IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sıklık ve yüzde, sürekli değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük değer ve en büyük değer ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesinin yanı sıra Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım şartları sağlandığında ise iki ortalamanın karşılaştırmasında Student t testi, üç ve daha fazla ortalamanın karşılaştırılmasında Tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Post Hoc analiz olarak varyanslar eşit dağılmadığından dolayı Games Howell testi tercih edilmiştir. Normal dağılım şartları sağlanmadığında ise iki ortalamanın karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla ortalamanın karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 26,4±7,8 yıl olup, ortanca yaş 24, en küçük yaş 18 ve en büyük yaş 49 yıldır. Katılımcıların %58,2'si (n=242) 18-25 yaş aralığında, %70,0'i (n=291) bekâr, %72,1'inin (n=300) eğitim durumu üniversite, %57,2'sinin (n=238) geliri giderine denktir. Yüzde 51,9'u (n=216) çekirdek aile ile yaşarken, %58,9'u (n=245) çalışmamaktadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellik	**Sayı (n)**	**%**
Yaş		
18-25 yaş	242	58,2
26-35 yaş	123	29,6
36-49 yaş	51	12,2
Medeni Durum		
Bekâr	291	70,0
Evli	125	30,0
Eğitim Durumu		
Lise ve altı	52	12,5
Üniversite	300	72,1
Yüksek lisans	64	15,4
Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	122	29,3
Gelir gidere denk	238	57,2
Gelir giderden fazla	56	13,5
Yaşanılan Yer		
Çekirdek aile ile	216	51,9
Tek başına	99	23,8
Ev arkadaşı ile	97	23,3
Geniş aile ile	4	1,0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	245	58,9
Kamu sektörü	139	33,4
Özel sektör	29	7,0
Emekli	3	0,7
Toplam	**416**	**100,0**

Katılımcıların %6,5'i (n=27) zayıf, %58,6'sı (n=244) normal kilolu, %24,3'ü (n=101) fazla kilolu ve %10,6'sı (n=44) obezdir (Tablo 2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı

BKİ	**Sayı (n)**	**%**
Zayıf	27	6,5
Normal kilolu	244	58,6
Fazla kilolu	101	24,3
Obez	44	10,6
Toplam	**416**	**100,0**

Katılımcıların %24,0'ünün (n=100) kronik bir hastalığı bulunurken, %20,7'si düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların %31,5'i (n=131) sigara, %24,0'ü (n=100) alkol kullanmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özellikleri

Sağlıkla İlgili Özellik	**Sayı (n)**	**%**
Kronik Hastalık		
Var	100	24,0
Yok	316	76,0
Düzenli İlaç Kullanma		
Var*	86	20,7
Yok	330	79,3
Sigara Kullanma		
Var	131	31,5
Yok	285	68,5
Alkol Kullanma		
Var	100	24,0
Yok	316	76,0
Toplam	**416**	**100,0**

*SSRI(11), Levotiroksin(10), Montelukast(6), İzotretinoin(4), Metformin(4), İKS(3) vd.

Katılımcıların %6,3'ünde (n=26) psikiyatrik hastalık, %6,3'ünde (n=26) tiroid hastalığı, %2,2'sinde (n=9) solunum sistemi hastalığı ve %2,2'sinde (n=9) kalp hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Kronik Hastalık	Sayı (n)	%
Psikiyatrik hastalık	26	6,3
Tiroid hastalığı	26	6,3
Solunum sistemi hastalığı	9	2,2
Kalp hastalığı	9	2,2
Hipertansiyon	8	1,9
Diyabet	8	1,9
Jinekolojik hastalık	7	1,7
Nörolojik hastalık	6	1,4
Romatizmal hastalık	5	1,2
GIS hastalıkları	3	0,7
Diğer*	4	1,0

*Dislipidemi, Kanser, Hepatit B, Talasemi.

Katılımcıların %52,6'sı (n=219) cinsel deneyimi bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 5). Cinsel deneyimi bulunan kadınların %28,8'i (n=63) herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığını belirtirken, %52,5'i (n=115) kondom kullandığını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 4.5. Katılımcıların Cinsel Deneyim Varlığı

Cinsel Deneyim	Sayı (n)	%
Var	219	52,6
Yok	197	47,4
Toplam	**416**	**100,0**

Tablo 4.6. Cinsel Deneyimi Olan Katılımcıların Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemleri

Doğum Kontrol Yöntemi	Sayı (n)	%
Kondom	115	52,5
Yöntem kullanmıyor	63	28,8
Oral kontraseptif	19	8,7
Rahim içi araç	16	7,3
Tüp ligasyonu	4	1,8
Diğer*	2	0,9
Toplam	**219**	**100,0**

*Aylık veya 3 aylık enjeksiyon(1), Cilt altı implant(1).

Katılımcıların %80,2'si (n=334) hiç doğum yapmamışken, %9,9'u (n=41) bir doğum ve %9,9'u (n=41) iki veya daha fazla doğum yapmıştır (Tablo 7). Doğum yapan katılımcıların %48,8'i (n=40) sezaryen doğum, %46,3'ü (n=38) vajinal doğum ve %4,9'u (n=4) hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum yapmıştır (Tablo 8).

Tablo 4.7. Katılımcıların Doğum Sayısı

Doğum Sayısı	**Sayı (n)**	**%**
Nullipar	334	80,2
Primipar	41	9,9
Multipar*	41	9,9
Toplam	**416**	**100,0**

*2 doğum(36), 3 doğum(4), 4 doğum ve üzeri(1).

Tablo 4.8. Doğum Yapan Katılımcıların Doğum Yöntemleri

Doğum Yöntemi	**Sayı (n)**	**%**
Sezaryen doğum	40	48,8
Vajinal doğum	38	46,3
Vajinal + sezaryen doğum	4	4,9
Toplam	**82**	**100,0**

Katılımcıların ilk adet yaşı ortalaması 12,9±1,4 yıl olup, ortanca ilk adet yaşı 13 yıl, en küçük ilk adet yaşı 8 yıl ve en büyük ilk adet yaşı 18 yıldır. Katılımcıların %54,6'sının (n=227) ilk adet yaşı 12-13 yaş, %67,3'ünün (n=280) adet döngüsü düzenlidir (Tablo 9).

Tablo 4.9. Katılımcıların İlk Adet Yaşı ve Adet Düzeni

İlk Adet Yaşı ve Adet Düzeni	**Sayı (n)**	**%**
İlk Adet Yaşı		
11 yaş ve altı	59	14,2
12-13 yaş	227	54,6
14 yaş ve üstü	130	31,2
Adet Düzeni		
Düzenli	280	67,3
Bazen düzenli	75	18,0
Düzensiz	61	14,7
Toplam	**416**	**100,0**

Katılımcıların %60,6'sı (n=252) günlük ped kullanmazken, %95,2'si (n=396) iç çamaşırlarını çamaşır makinesi ile yıkamakta, %89,7'si (n=373) ayakta duş almakta ve %81,5'i (n=339) genital bölgesi için ek temizlik ürünü kullanmamaktadır. Katılımcıların genital bölge hijyenine ilişkin veriler Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Genital Hijyen Davranışları

Genital Hijyen Davranışları	**Sayı (n)**	**%**
Günlük Ped Kullanımı		
Var	164	39,4
Yok	252	60,6
İç Çamaşırı Yıkama Yöntemi		
Çamaşır makinesi ile	396	95,2
Elde yıkama	14	3,4
Kaynatarak yıkama	6	1,4
Banyo Yapma Alışkanlığı		
Ayakta duş alarak	373	89,7
Taburede oturarak	41	9,8
Küvette	2	0,5
Genital Bölgeye Ek Temizlik Ürünü Kullanımı		
Var	77	18,5
Yok	339	81,5
Toplam	**416**	**100,0**

Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 128,2±35,7 puandır. Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nin "Depresif duygulanım", "Anksiyete", "Yorgunluk", "Sinirlilik", "Depresif Düşünceler", "Ağrı", "İştah Değişimleri", "Uyku Değişimleri" ve "Şişkinlik" olmak üzere dokuz adet alt boyutu bulunmaktadır. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Premenstrüel Sendrom Ölçeği	AO±SS	Ortanca	Min.	Max.
PMSÖ Toplam	**128,2±35,7**	**130**	**44**	**220**
Depresif duygulanım	21,9±6,9	22	7	35
Anksiyete	15,6±6,5	15	7	35
Yorgunluk	19,6±6,1	20	6	30
Sinirlilik	15,3±5,4	15	5	25
Depresif düşünceler	18,2±7,2	19	7	35
Ağrı	8,9±3,4	9	3	15
İştah değişimleri	10,2±3,4	11	3	15
Uyku değişimleri	8,4±3,3	9	3	15
Şişkinlik	10,1±3,6	11	3	15

Katılımcıların %49,0'unda (n=204) premenstrüel sendrom varken %51,0'inde (n=212) premenstrüel sendrom bulunmamaktadır (Tablo 12).

Tablo 4.12. Katılımcılarda Premenstrüel Sendrom Bulunma Durumu

Premenstrüel Sendrom	Sayı (n)	%
Var	204	49,0
Yok	212	51,0
Toplam	**416**	**100,0**

Katılımcıların Genital Hijyen Davranışları Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalaması 95,9±9,2 puandır. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği'nin "Genital hijyen alışkanlıkları", "Adet hijyeni alışkanlıkları" ve "Anormal bulgu farkındalığı" olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Katılımcıların Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Genital Hijyen Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Genital Hijyen Davranışları Ölçeği	AO±SS	Ortanca	Min.	Max.
GHDÖ Toplam	**95,9±9,2**	**97**	**52**	**115**
Genital hijyen alışkanlıkları	49,1±4,8	49	27	60
Adet hijyeni alışkanlıkları	34,6±4,3	35	16	40
Anormal bulgu farkındalığı	12,1±2,7	13	3	15

4.2. Analitik Bulgular

PMSÖ toplam puanı 36-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur (F=12,962 p<0,001). Post hoc test olarak Games Howell testi yapılmış ve 18-25 yaş ile 36-49 yaş arasında (p<0,001) ve 26-35 yaş ile 36-49 yaş arasında (p=0,005) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve iştah değişimleri puanları da 36-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. PMSÖ alt boyutlarından ağrı puanı ise 18-25 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksektir. PMSÖ alt boyutlarından anksiyete, uyku değişimleri ve şişkinlik puanlarının yaş ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır (Tablo 14).

GHDÖ toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,600). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları puanı 36-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksektir (p=0,017). GHDÖ alt boyutlarından adet hijyeni alışkanlıkları ve anormal bulgu farkındalığı puanlarının yaş ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamaktadır (Tablo 14).

Tablo 4.14. Yaş ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Yaş**	**AO±SS**	**F*/X²**	**p**
PMSÖ - Toplam	18-25 yaş	133,8±32,7	12,962*	**<0,001**
	26-35 yaş	126,2±38,3		
	36-49 yaş	106,8±35,3		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	18-25 yaş	22,9±6,4	23,425	**<0,001**
	26-35 yaş	21,6±7,1		
	36-49 yaş	17,5±7,1		
PMSÖ - Anksiyete	18-25 yaş	16,1±6,4	4,438	0,109
	26-35 yaş	15,2±6,6		
	36-49 yaş	14,4±6,7		
PMSÖ - Yorgunluk	18-25 yaş	20,8±5,7	35,676	**<0,001**
	26-35 yaş	19,2±6,2		
	36-49 yaş	14,9±5,8		
PMSÖ - Sinirlilik	18-25 yaş	16,1±5,2	24,197	**<0,001**
	26-35 yaş	15,4±5,7		
	36-49 yaş	11,8±4,9		

Tablo 4.14. ‘’Devam’’ Yaş ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Depresif Düşünceler	18-25 yaş	19,1±6,8	17,547	<**0,001**
	26-35 yaş	17,9±7,8		
	36-49 yaş	14,5±6,5		
PMSÖ - Ağrı	18-25 yaş	9,3±3,3	9,584	**0,008**
	26-35 yaş	8,3±3,4		
	36-49 yaş	8,2±3,3		
PMSÖ - İştah Değişimleri	18-25 yaş	10,5±3,3	9,783	**0,008**
	26-35 yaş	10,2±3,2		
	36-49 yaş	8,7±3,9		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	18-25 yaş	8,6±3,3	3,285	0,193
	26-35 yaş	8,2±3,2		
	36-49 yaş	7,8±3,2		
PMSÖ - Şişkinlik	18-25 yaş	10,4±3,4	4,651	0,098
	26-35 yaş	10,0±3,6		
	36-49 yaş	9,1±3,7		
GHDÖ - Toplam	18-25 yaş	95,7±9,1	1,021	0,600
	26-35 yaş	95,8±9,5		
	36-49 yaş	96,8±9,3		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	18-25 yaş	48,9±4,8	8,180	**0,017**
	26-35 yaş	48,8±4,9		
	36-49 yaş	50,7±4,5		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	18-25 yaş	35,0±4,1	3,177	0,204
	26-35 yaş	34,5±4,3		
	36-49 yaş	33,6±5,0		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	18-25 yaş	11,8±2,9	5,050	0,080
	26-35 yaş	12,5±2,4		
	36-49 yaş	12,5±2,5		

PMSÖ toplam puanı bekârlarda evlilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=3,391 p=0,001). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve iştah değişimleri puanları bekârlarda evlilere göre daha yüksektir. PMSÖ alt boyutlarından anksiyete, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 15).

GHDÖ toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,620). GHDÖ alt boyutları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 15).

Tablo 4.15. Medeni Durum ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Medeni Durum	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Bekâr	132,3±32,8	3,391*	**0,001**
	Evli	118,8±38,5		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Bekâr	22,6±6,5	14805,5	**0,003**
	Evli	20,2±7,5		
PMSÖ - Anksiyete	Bekâr	16,0±6,4	16198,0	0,076
	Evli	14,9±6,8		
PMSÖ - Yorgunluk	Bekâr	20,5±5,9	13439,0	**<0,001**
	Evli	17,6±6,3		
PMSÖ - Sinirlilik	Bekâr	15,9±5,2	14990,0	**0,004**
	Evli	14,1±5,9		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Bekâr	19,1±7,0	14050,5	**<0,001**
	Evli	16,1±7,4		
PMSÖ - Ağrı	Bekâr	9,1±3,3	16677,5	0,177
	Evli	8,5±3,4		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Bekâr	10,5±3,3	14867,0	**0,003**
	Evli	9,4±3,6		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Bekâr	8,5±3,2	16694,5	0,182
	Evli	8,1±3,4		
PMSÖ - Şişkinlik	Bekâr	10,2±3,5	17463,5	0,517
	Evli	9,9±3,7		
GHDÖ - Toplam	Bekâr	95,7±9,3	17631,0	0,620
	Evli	96,3±9,0		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Bekâr	48,8±4,9	16041,5	0,056
	Evli	49,8±4,7		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Bekâr	34,9±4,3	16230,5	0,081
	Evli	34,2±4,3		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Bekâr	12,0±2,8	17385,5	0,469
	Evli	12,3±2,4		

PMSÖ toplam puanı eğitim durumu üniversite olanlarda lise ve altı olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (F=4,102 p=0,017). Post Hoc test olarak Games Howell testi yapılmış ve eğitim durumu yüksek lisans olanların lise ve altı olanlar ve üniversite olanlar ile arasında PMSÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla; p=0,767 p=0,300). PMSÖ alt boyutlarından yorgunluk, sinirlilik, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik puanları eğitim durumu üniversite olanlarda lise olanlara kıyasla daha yüksektir. PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, depresif

düşünceler ve uyku değişimleri puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 16).

GHDÖ toplam puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,282). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları lise ve altı eğitimlilerde, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0,045). GHDÖ alt boyutlarından adet hijyeni alışkanlıkları ve anormal bulgu farkındalığı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 16).

Tablo 4.16. Eğitim Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Eğitim Durumu**	**AO±SS**	**F*/X²**	**p**
PMSÖ - Toplam	Lise ve altı	117,6±38,6	4,102*	**0,017**
	Üniversite	131,2±33,4		
	Yüksek lisans	122,8±42,0		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Lise ve altı	20,2±7,7	3,932	0,140
	Üniversite	22,3±6,7		
	Yüksek lisans	21,0±7,1		
PMSÖ - Anksiyete	Lise ve altı	16,4±7,4	0,780	0,677
	Üniversite	15,6±6,2		
	Yüksek lisans	15,3±7,2		
PMSÖ - Yorgunluk	Lise ve altı	17,1±6,3	13,086	**0,001**
	Üniversite	20,4±5,7		
	Yüksek lisans	18,4±7,2		
PMSÖ - Sinirlilik	Lise ve altı	13,4±5,4	7,913	**0,019**
	Üniversite	15,7±5,3		
	Yüksek lisans	15,0±5,8		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Lise ve altı	16,6±7,3	3,609	0,165
	Üniversite	18,5±7,0		
	Yüksek lisans	17,8±8,2		
PMSÖ - Ağrı	Lise ve altı	8,5±3,6	10,978	**0,004**
	Üniversite	9,2±3,3		
	Yüksek lisans	7,7±3,5		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Lise ve altı	8,2±3,7	17,543	**<0,001**
	Üniversite	10,5±3,2		
	Yüksek lisans	10,2±3,6		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Lise ve altı	8,1±3,2	2,049	0,359
	Üniversite	8,5±3,3		
	Yüksek lisans	7,9±3,2		

Tablo 4.16. ''Devam'' Eğitim Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Şişkinlik	Lise ve altı	9,2±3,9	6,020	**0,049**
	Üniversite	10,4±3,4		
	Yüksek lisans	9,5±3,7		
GHDÖ - Toplam	Lise ve altı	97,4±9,0	2,529	0,282
	Üniversite	95,7±9,0		
	Yüksek lisans	95,4±10,2		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Lise ve altı	50,4±5,3	6,204	**0,045**
	Üniversite	49,0±4,7		
	Yüksek lisans	48,8±4,8		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Lise ve altı	34,3±3,6	1,651	0,438
	Üniversite	34,7±4,3		
	Yüksek lisans	34,5±4,7		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Lise ve altı	12,7±2,5	3,003	0,223
	Üniversite	12,0±2,7		
	Yüksek lisans	12,1±2,7		

PMSÖ toplam puanı ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=1,860 p=0,157). PMSÖ alt boyutlarından yorgunluk ve ağrı puanları geliri giderinden fazla olanlarda diğer gelir gruplarına göre daha düşüktür (sırasıyla; p=0,050 p=0,001). Diğer PMSÖ alt boyutları ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 17).

GHDÖ toplam puanı geliri giderinden az olanlarda diğer gelir gruplarına kıyasla daha düşüktür (p=0,011). GHDÖ alt boyutlarından anormal bulgu farkındalığı puanı geliri giderinden az olanlarda diğer gelir gruplarına kıyasla daha düşüktür (p=0,001). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları ve adet hijyeni alışkanlıkları puanları ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 17).

Tablo 4.17. Gelir Düzeyi ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Gelir Düzeyi**	**AO±SS**	**F*/X²**	**p**
PMSÖ - Toplam	Gelir giderden az	131,2±35,3	1,860*	0,157
	Gelir gidere denk	128,6±35,4		
	Gelir giderden fazla	120,2±37,8		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Gelir giderden az	22,4±7,1	1,933	0,380
	Gelir gidere denk	21,7±6,6		
	Gelir giderden fazla	21,2±7,7		

Tablo 4.17. ‘’Devam’’ Gelir Düzeyi ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Anksiyete	Gelir giderden az	16,5±6,6	4,458	0,108
	Gelir gidere denk	15,4±6,5		
	Gelir giderden fazla	14,5±6,3		
PMSÖ - Yorgunluk	Gelir giderden az	20,2±5,9	6,010	**0,050**
	Gelir gidere denk	19,8±6,2		
	Gelir giderden fazla	17,9±6,2		
PMSÖ - Sinirlilik	Gelir giderden az	15,7±5,6	1,640	0,440
	Gelir gidere denk	15,4±5,3		
	Gelir giderden fazla	14,5±5,7		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Gelir giderden az	18,4±7,2	1,588	0,452
	Gelir gidere denk	18,3±7,2		
	Gelir giderden fazla	17,2±7,7		
PMSÖ - Ağrı	Gelir giderden az	9,4±3,1	14,830	**0,001**
	Gelir gidere denk	9,0±3,5		
	Gelir giderden fazla	7,4±3,2		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Gelir giderden az	10,3±3,5	0,838	0,658
	Gelir gidere denk	10,2±3,5		
	Gelir giderden fazla	9,9±3,0		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Gelir giderden az	8,2±3,2	3,118	0,210
	Gelir gidere denk	8,6±3,3		
	Gelir giderden fazla	7,8±3,2		
PMSÖ - Şişkinlik	Gelir giderden az	10,1±3,5	0,693	0,707
	Gelir gidere denk	10,2±3,6		
	Gelir giderden fazla	9,8±3,6		
GHDÖ - Toplam	Gelir giderden az	94,1±8,8	9,059	**0,011**
	Gelir gidere denk	96,7±9,0		
	Gelir giderden fazla	96,3±10,4		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Gelir giderden az	48,7±4,8	1,562	0,458
	Gelir gidere denk	49,3±4,7		
	Gelir giderden fazla	49,1±5,2		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Gelir giderden az	34,1±4,1	4,823	0,090
	Gelir gidere denk	35,0±4,3		
	Gelir giderden fazla	34,4±4,5		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Gelir giderden az	11,3±3,0	14,192	**0,001**
	Gelir gidere denk	12,4±2,6		
	Gelir giderden fazla	12,7±2,2		

Ailesi ile birlikte yaşayanların, tek yaşayanlara ve arkadaşı ile yaşayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür ($F=11,017$ $p<0,001$). Post Hoc test olarak Games Howell testi yapılmış tek

yaşayanlar ile ev arkadaşı ile yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,990). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik puanları ailesi ile yaşayanlarda tek ve arkadaşı ile yaşayanlara kıyasla daha düşükken ağrı ile yaşanılan yer özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 18).

GHDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile yaşanılan yer özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 18).

Tablo 4.18. Yaşanılan Yer ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Yaşanılan Yer	AO±SS	F*/X²	p
PMSÖ - Toplam	Tek başına	137,0±30,8	11,017*	**<0,001**
	Arkadaşı ile	136,4±32,3		
	Aile ile	120,6±37,7		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Tek başına	23,4±5,9	20,603	**<0,001**
	Arkadaşı ile	23,6±6,0		
	Aile ile	20,4±7,4		
PMSÖ - Anksiyete	Tek başına	16,9±6,7	10,142	**0,006**
	Arkadaşı ile	16,3±6,0		
	Aile ile	14,8±6,6		
PMSÖ - Yorgunluk	Tek başına	21,3±5,4	19,893	**<0,001**
	Arkadaşı ile	20,9±5,5		
	Aile ile	18,3±6,5		
PMSÖ - Sinirlilik	Tek başına	16,3±4,7	13,248	**0,001**
	Arkadaşı ile	16,5±5,0		
	Aile ile	14,4±5,8		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Tek başına	19,7±6,8	14,327	**0,001**
	Arkadaşı ile	19,5±6,7		
	Aile ile	16,9±7,4		
PMSÖ - Ağrı	Tek başına	8,9±3,3	5,502	0,064
	Arkadaşı ile	9,6±3,3		
	Aile ile	8,6±3,4		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Tek başına	11,1±2,8	16,524	**<0,001**
	Arkadaşı ile	10,7±3,5		
	Aile ile	9,5±3,5		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Tek başına	9,0±3,0	6,996	**0,030**
	Arkadaşı ile	8,5±3,4		
	Aile ile	8,1±3,3		

Tablo 4.18. ''Devam'' Yaşanılan Yer ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Şişkinlik	Tek başına	10,4±3,3	7,814	**0,020**
	Arkadaşı ile	10,9±3,5		
	Aile ile	9,7±3,6		
GHDÖ - Toplam	Tek başına	96,1±9,0	0,133	0,935
	Arkadaşı ile	95,8±9,1		
	Aile ile	95,8±9,4		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Tek başına	49,1±4,4	0,631	0,729
	Arkadaşı ile	48,8±4,7		
	Aile ile	49,3±5,1		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Tek başına	34,8±4,4	2,106	0,349
	Arkadaşı ile	35,0±4,3		
	Aile ile	34,4±4,2		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Tek başına	12,2±2,7	0,672	0,715
	Arkadaşı ile	12,0±2,6		
	Aile ile	12,1±2,7		

Çalışmayanların çalışanlara kıyasla PMSÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=-2,028 p=0,043). PMSÖ alt boyutlarından yorgunluk, depresif düşünceler ve ağrı puanları çalışmayanlarda çalışanlara göre daha yüksektir. PMSÖ diğer alt boyut puanları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 19).

GHDÖ toplam puanı ve GHDÖ alt boyutları puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 19).

Tablo 4.19. Çalışma Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Çalışma Durumu**	**AO±SS**	**t*/MWU**	**p**
PMSÖ - Toplam	Çalışıyor	123,8±39,6	-2,028*	**0,043**
	Çalışmıyor	131,2±32,6		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Çalışıyor	21,2±7,1	18904,0	0,109
	Çalışmıyor	22,3±6,8		
PMSÖ - Anksiyete	Çalışıyor	15,0±6,7	18720,0	0,079
	Çalışmıyor	16,0±6,4		
PMSÖ - Yorgunluk	Çalışıyor	18,8±6,6	18231,0	**0,030**
	Çalışmıyor	20,2±5,8		
PMSÖ - Sinirlilik	Çalışıyor	15,0±5,8	19614,0	0,311
	Çalışmıyor	15,6±5,2		

Tablo 4.19. ''Devam'' Çalışma Durumu ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Depresif Düşünceler	Çalışıyor Çalışmıyor	17,3±7,8 18,8±6,7	18046,0	**0,020**
PMSÖ - Ağrı	Çalışıyor Çalışmıyor	8,2±3,4 9,4±3,3	16770,5	**0,001**
PMSÖ - İştah Değişimleri	Çalışıyor Çalışmıyor	10,1±3,5 10,3±3,4	20331,5	0,675
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Çalışıyor Çalışmıyor	8,1±3,3 8,6±3,2	19153,0	0,161
PMSÖ - Şişkinlik	Çalışıyor Çalışmıyor	10,1±3,6 10,2±3,5	20319,5	0,668
GHDÖ - Toplam	Çalışıyor Çalışmıyor	95,5±9,4 96,1±9,1	20246,5	0,626
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Çalışıyor Çalışmıyor	48,9±4,8 49,3±4,8	20180,5	0,587
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Çalışıyor Çalışmıyor	34,3±4,6 34,9±4,1	19660,5	0,328
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Çalışıyor Çalışmıyor	12,3±2,5 12,0±2,8	19837,0	0,401

PMSÖ toplam puanı ile beden kitle indeksi (BKİ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=0,626 p=0,599). BKİ ile PMSÖ alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. GHDÖ toplam puanı ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,736). BKİ ile GHDÖ alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=-2,940 p=0,003). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik puanları kronik hastalığı olanlarda daha yüksekken, sinirlilik ve iştah değişimleri puanları ile kronik hastalık bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 20).

Kronik hastalığı olanlarla olmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,070). GHDÖ alt boyutlarından anormal bulgu farkındalığı kronik hastalığı olanlarda daha yüksekken,

diğer alt boyutlar ile kronik hastalık bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 20).

Tablo 4.20. Kronik Hastalık ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Kronik Hastalık	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Var	137,3±37,1	-2,940*	**0,003**
	Yok	125,3±34,9		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Var	23,2±7,3	13352,0	**0,019**
	Yok	21,4±6,8		
PMSÖ - Anksiyete	Var	17,4±7,2	12834,0	**0,005**
	Yok	15,1±6,2		
PMSÖ - Yorgunluk	Var	21,0±5,9	13122,5	**0,011**
	Yok	19,2±6,2		
PMSÖ - Sinirlilik	Var	16,3±5,7	13779,0	0,053
	Yok	15,0±5,4		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Var	19,5±7,2	13565,5	**0,033**
	Yok	17,8±7,2		
PMSÖ - Ağrı	Var	9,5±3,5	13359,0	**0,019**
	Yok	8,7±3,3		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Var	10,6±3,6	14350,0	0,163
	Yok	10,1±3,4		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Var	9,0±3,3	13444,5	**0,024**
	Yok	8,2±3,2		
PMSÖ - Şişkinlik	Var	10,7±3,5	13749,0	**0,049**
	Yok	10,0±3,6		
GHDÖ - Toplam	Var	97,1±9,3	13900,5	0,070
	Yok	95,5±9,2		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Var	49,8±4,7	13902,0	0,070
	Yok	48,9±4,8		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Var	34,6±4,0	14870,0	0,373
	Yok	34,6±4,9		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Var	12,6±2,7	13124,0	**0,010**
	Yok	11,9±2,7		

Psikiyatrik hastalığı olanların psikiyatrik hastalığı olmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı daha yüksektir (t=-4,482 p<0,001). Psikiyatrik hastalığı olanların PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım (p<0,001), anksiyete (p<0,001), yorgunluk (p<0,001), sinirlilik (p<0,001), depresif düşünceler (p<0,001), iştah değişimleri (p=0,009), uyku değimleri (p=0,030) ve şişkinlik (p=0,019) puanları

psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre daha yüksekken ağrı (p=0,116) puanı açısından psikiyatrik hastalığı olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Psikiyatrik hastalığı olanlarla olmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,217). GHDÖ alt boyutları da psikiyatrik hastalık bulunma durumu ile ilişkili değildir.

Jinekolojik hastalığı olanların olmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanları ve GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (sırasıyla; p=0,555 p=0,893). İlgili ölçeklerin alt boyutları da jinekolojik hastalık bulunma durumu ile ilişkili değildir.

Düzenli ilaç kullananların düzenli ilaç kullanmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı daha yüksektir (t=-2,806 p=0,005). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik ve uyku değişimleri puanları düzenli olarak ilaç kullananlarda daha yüksektir. Depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik puanları ile düzenli olarak ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 21).

Düzenli olarak ilaç kullananların düzenli ilaç kullanmayanlara kıyasla GHDÖ toplam puanı daha yüksektir (p=0,040). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları ve anormal bulgu farkındalığı puanları düzenli olarak ilaç kullananlarda daha yüksekken adet hijyeni alışkanlıkları puanı açısından düzenli olarak ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 21).

Tablo 4.21. Düzenli Olarak İlaç Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Düzenli İlaç Kullanma	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Var	137,8±35,4	-2,806*	**0,005**
	Yok	125,7±35,5		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Var	23,4±7,0	11770,5	**0,015**
	Yok	21,4±6,8		
PMSÖ - Anksiyete	Var	17,3±7,3	11842,5	**0,018**
	Yok	15,2±6,3		
PMSÖ - Yorgunluk	Var	21,2±5,6	11623,0	**0,010**
	Yok	19,2±6,2		

Tablo 4.21. ''Devam'' Düzenli Olarak İlaç Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Sinirlilik	Var	16,6±5,3	11901,0	**0,021**
	Yok	15,0±5,5		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Var	19,3±7,2	12655,5	0,122
	Yok	17,9±7,2		
PMSÖ - Ağrı	Var	9,5±3,4	12422,5	0,074
	Yok	8,7±3,4		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Var	10,7±3,5	12735,5	0,140
	Yok	10,1±3,4		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Var	9,2±3,2	11810,5	**0,016**
	Yok	8,2±3,3		
PMSÖ - Şişkinlik	Var	10,7±3,3	12612,0	0,110
	Yok	10,0±3,6		
GHDÖ - Toplam	Var	97,4±9,4	12148,5	**0,040**
	Yok	95,4±9,1		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Var	50,0±4,7	12241,0	**0,049**
	Yok	48,9±4,8		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Var	34,5±4,9	13982,0	0,833
	Yok	34,7±4,1		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Var	13,0±2,2	10988,0	**0,001**
	Yok	11,9±2,8		

Sigara içenlerin sigara içmeyenlere kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=3,807 p<0,001). PMSÖ alt boyutlarının hepsinin puanı sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla daha yüksektir (Tablo 22).

Sigara içenlerle içmeyenlerin GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,172). GHDÖ alt boyutlarından anormal bulgu farkındalığı sigara içenlerde içmeyenlere göre daha yüksektir (p=0,005). GHDÖ diğer alt boyutları ile sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 22).

Tablo 4.22. Sigara İçme ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Sigara İçme**	**AO±SS**	**t*/MWU**	**p**
PMSÖ - Toplam	Var	137,9±36,2	3,807*	**<0,001**
	Yok	123,8±34,7		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Var	23,3±6,7	15147,5	**0,002**
	Yok	21,2±6,9		

Tablo 4.22. ‘’Devam’’ Sigara İçme ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Anksiyete	Var Yok	17,1±7,0 15,0±6,2	15366,0	**0,004**
PMSÖ - Yorgunluk	Var Yok	20,8±6,1 19,1±6,1	15718,5	**0,010**
PMSÖ - Sinirlilik	Var Yok	16,8±5,5 14,7±5,3	14424,0	**<0,001**
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Var Yok	19,6±7,5 17,5±7,0	15879,0	**0,014**
PMSÖ - Ağrı	Var Yok	9,4±3,4 8,7±3,3	15976,0	**0,018**
PMSÖ - İştah Değişimleri	Var Yok	10,7±3,3 9,9±3,4	16160,0	**0,026**
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Var Yok	9,2±3,5 8,0±3,1	14943,0	**0,001**
PMSÖ - Şişkinlik	Var Yok	11,0±3,6 9,8±3,5	14752,0	**0,001**
GHDÖ - Toplam	Var Yok	96,9±8,4 95,4±9,6	17112,0	0,172
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Var Yok	49,4±4,7 49,0±4,9	17672,5	0,381
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Var Yok	34,9±3,9 34,5±4,4	18239,5	0,706
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Var Yok	12,6±2,5 11,9±2,8	15516,0	**0,005**

Alkol kullananların alkol kullanmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=4,555 p<0,001). PMSÖ alt boyutlarından ağrı ile alkol kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,203). PMSÖ alt boyutlarından ağrı haricindeki diğerlerinin hepsi alkol kullanma ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkilidir (Tablo 23).

Alkol kullananlarla kullanmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,679). GHDÖ alt boyutları ile alkol kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 23).

Tablo 4.23. Alkol Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Alkol Kullanma	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Var	142,1±37,3	4,555*	**<0,001**
	Yok	123,8±34,2		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Var	24,3±6,6	11496,0	**<0,001**
	Yok	21,1±6,8		
PMSÖ - Anksiyete	Var	17,8±7,3	12211,0	**0,001**
	Yok	14,9±6,1		
PMSÖ - Yorgunluk	Var	21,4±6,1	12371,0	**0,001**
	Yok	19,1±6,1		
PMSÖ - Sinirlilik	Var	17,1±5,2	11892,5	**<0,001**
	Yok	14,8±5,4		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Var	20,8±7,6	11889,5	**<0,001**
	Yok	17,4±6,9		
PMSÖ - Ağrı	Var	9,3±3,3	14474,0	0,203
	Yok	8,8±3,4		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Var	11,0±3,4	12881,5	**0,005**
	Yok	9,9±3,4		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Var	9,4±3,6	12525,5	**0,002**
	Yok	8,1±3,1		
PMSÖ - Şişkinlik	Var	11,0±3,6	12846,0	**0,005**
	Yok	9,9±3,5		
GHDÖ - Toplam	Var	95,9±9,8	15366,0	0,679
	Yok	95,8±9,0		
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Var	49,0±4,6	15426,0	0,721
	Yok	49,2±4,9		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Var	34,8±4,9	14312,5	0,154
	Yok	34,6±4,1		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Var	12,1±2,6	15603,0	0,849
	Yok	12,1±2,8		

Cinsel deneyimi olanlarla olmayanların PMSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=-0,038 p=0,970). PMSÖ alt boyutlarının puanları da cinsel deneyim ile ilişkili değildir. Cinsel deneyimi olanlarla olmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,916). GHDÖ alt boyutlarının puanları da cinsel deneyim ile ilişkili değildir.

Doğum kontrol yöntemi kullananların doğum kontrol yöntemi kullanmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=-2,382 p=0,018). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve iştah değişimleri puanları yöntem kullananlarda daha yüksekken, anksiyete, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik puanları ile doğum kontrol yöntemi kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 24).

Doğum kontrol yöntemi kullananlarla kullanmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,185). GHDÖ alt boyutlarından adet hijyeni alışkanlıkları puanı yöntem kullananlarda kullanmayanlara kıyasla daha yüksektir (p=0,039). Diğer GHDÖ alt boyutları puanları ile doğum kontrol yöntemi kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 24).

Tablo 4.24. Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Evet	132,0±37,4	-2,382*	**0,018**
	Hayır	118,8±36,4		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Evet	22,3±7,2	3992,0	**0,030**
	Hayır	19,7±7,6		
PMSÖ - Anksiyete	Evet	16,6±7,1	4292,5	0,142
	Hayır	14,9±6,2		
PMSÖ - Yorgunluk	Evet	20,2±6,2	3532,0	**0,001**
	Hayır	17,1±6,0		
PMSÖ - Sinirlilik	Evet	16,0±5,7	3987,0	**0,029**
	Hayır	14,0±6,1		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Evet	18,6±7,5	4124,0	0,062
	Hayır	16,6±7,5		
PMSÖ - Ağrı	Evet	8,8±3,4	4911,0	0,994
	Hayır	8,6±3,2		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Evet	10,5±3,5	4045,5	**0,039**
	Hayır	9,4±3,8		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Evet	8,5±3,4	4777,5	0,747
	Hayır	8,3±3,5		
PMSÖ - Şişkinlik	Evet	10,4±3,7	4588,0	0,440
	Hayır	10,0±3,8		

Tablo 4.24. ''Devam'' Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

GHDÖ - Toplam	Evet Hayır	96,4±8,7 94,7±9,1	4352,5	0,185
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Evet Hayır	49,2±4,7 49,1±4,6	4837,5	0,857
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Evet Hayır	34,8±4,2 33,5±4,4	4040,0	**0,039**
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Evet Hayır	12,5±2,4 12,1±2,9	4698,5	0,605

Doğum kontrol yöntemi kullananlar içinde bariyer yöntem kullananların diğer yöntemleri kullananlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=3,028 p=0,003). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişimleri ve uyku değişimleri puanları bariyer yöntem kullananlarda daha yüksektir. Anksiyete, ağrı ve şişkinlik puanları ile yöntem türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 25).

Kullanılan doğum kontrol yöntemi ile GHDÖ toplam puanı ve GHDÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 25).

Tablo 4.25. Doğum Kontrol Yöntemi Türü ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Doğum Kontrol Yöntemi Türü**	**AO±SS**	**t*/MWU**	**p**
PMSÖ - Toplam	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	137,2±34,2 117,2±42,2	3,028*	**0,003**
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	23,2±7,0 19,7±7,1	1729,0	**0,011**
PMSÖ - Anksiyete	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	17,1±7,0 15,3±7,3	1983,5	0,131
PMSÖ - Yorgunluk	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	21,2±5,8 17,4±6,7	1623,0	**0,003**
PMSÖ - Sinirlilik	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	16,8±5,3 13,7±6,1	1682,5	**0,006**
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	19,4±7,0 16,4±8,3	1771,0	**0,018**
PMSÖ - Ağrı	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	9,0±3,2 8,3±3,8	2116,0	0,328

Tablo 4.25. ''Devam'' Doğum Kontrol Yöntemi Türü ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - İştah Değişimleri	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	11,0±3,3 9,3±3,8	1794,5	**0,022**
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	8,8±3,3 7,6±3,6	1845,0	**0,038**
PMSÖ - Şişkinlik	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	10,8±3,4 9,4±4,2	1918,5	0,075
GHDÖ - Toplam	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	96,2±8,8 96,8±8,8	2272,0	0,730
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	49,1±4,7 49,2±4,9	2326,0	0,899
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	34,6±4,2 35,2±4,3	2109,0	0,315
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Bariyer Yönt. Diğer Yönt.	12,5±2,4 12,4±2,4	2281,5	0,755

Multiparlarda nulliparlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşüktür (F=4,701 p=0,010). Primarparlar ile multiparlar ve nulliparlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Post Hoc Test: Games Howell, sırasıyla; p=0,895 p=0,171). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler ve iştah değişimleri puanları doğum sayısı ile ilişkili bulunurken diğer alt boyutlar ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 26).

GHDÖ toplam puanı ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,061). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları puanı doğum sayısı arttıkça artmaktadır (p=0,003). GHDÖ diğer alt boyutları puanı ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 26).

Tablo 4.26. Doğum Sayısı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	**Doğum Sayısı**	**AO±SS**	**F*/X²**	**p**
PMSÖ - Toplam	Nullipar	130,8±34,3	4,701*	**0,010**
	Primipar	119,6±37,5		
	Multipar	115,6±41,9		

Tablo 4.26. ‘’Devam’’ Doğum Sayısı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

PMSÖ - Depresif Duygulanım	Nullipar	22,4±6,6	10,749	**0,005**
	Primipar	20,3±7,1		
	Multipar	18,7±8,3		
PMSÖ - Anksiyete	Nullipar	15,7±6,3	1,017	0,602
	Primipar	15,3±6,6		
	Multipar	15,2±7,9		
PMSÖ - Yorgunluk	Nullipar	20,3±6,0	16,794	**<0,001**
	Primipar	17,5±5,5		
	Multipar	16,6±6,9		
PMSÖ - Sinirlilik	Nullipar	15,6±5,3	4,696	0,096
	Primipar	14,1±6,1		
	Multipar	14,2±5,9		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Nullipar	18,6±7,0	6,667	**0,036**
	Primipar	16,5±7,5		
	Multipar	16,2±7,9		
PMSÖ - Ağrı	Nullipar	9,0±3,4	0,329	0,848
	Primipar	8,6±3,4		
	Multipar	8,7±3,6		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Nullipar	10,4±3,3	6,784	**0,034**
	Primipar	9,3±3,7		
	Multipar	9,1±3,7		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Nullipar	8,5±3,2	2,677	0,262
	Primipar	8,2±3,4		
	Multipar	7,6±3,5		
PMSÖ - Şişkinlik	Nullipar	10,3±3,5	2,686	**0,261**
	Primipar	9,9±3,6		
	Multipar	9,2±3,8		
GHDÖ - Toplam	Nullipar	95,5±9,3	5,597	0,061
	Primipar	95,4±8,6		
	Multipar	98,8±8,5		

Tablo 4.26. ‘’Devam’’ Doğum Sayısı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Nullipar	48,8±4,8	11,480	**0,003**
	Primipar	49,6±4,6		
	Multipar	51,3±4,6		
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Nullipar	34,8±4,3	3,974	0,137
	Primipar	33,6±4,2		
	Multipar	34,9±4,3		
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Nullipar	12,0±2,8	1,697	0,428
	Primipar	12,3±2,4		
	Multipar	12,7±2,2		

Vajinal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapanların PMSÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (t=0,298 p=0,816). PMSÖ alt boyutlarının hiçbiri ile doğum türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Vajinal doğum yapanlar ile sezaryen doğum yapanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,405). GHDÖ alt boyutlarından adet hijyeni alışkanlıkları puanı sezaryen doğum yapanlarda (AO±SS: 35,2±4,6) vajinal doğum yapanlara (AO±SS: 33,1±3,6) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0,014). GHDÖ diğer alt boyutlarının puanı ile doğum türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

İlk adet yaşı ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=0,458 p=0,633). PMSÖ alt boyutlarının hiçbiri ile ilk adet yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. İlk adet yaşı ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,431). GHDÖ alt boyutlarının hiçbiri ile ilk adet yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Adet döngüsü ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=0,668 p=0,513). PMSÖ alt boyutlarının hiçbiri ile adet döngüsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Adet döngüsü ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamaktadır (p=0,256). GHDÖ alt boyutlarının hiçbiri ile adet döngüsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Günlük ped kullananların günlük ped kullanmayanlara kıyasla PMSÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (t=2,942 p=0,003). PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler ve uyku değişimleri puanları günlük ped kullanımı ile ilişkiliyken ağrı, iştah değişimleri ve şişkinlik ile günlük ped kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 27).

Günlük ped kullanımı ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,962). GHDÖ alt boyutlarının hiçbiri ile günlük ped kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 27).

Tablo 4.27. Günlük Ped Kullanımı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

Ölçekler	Günlük Ped Kullanma	AO±SS	t*/MWU	p
PMSÖ - Toplam	Var	134,3±31,3	2,942*	**0,003**
	Yok	124,3±37,9		
PMSÖ - Depresif Duygulanım	Var	22,9±6,3	17715,0	**0,014**
	Yok	21,1±7,2		
PMSÖ - Anksiyete	Var	17,0±6,2	16078,5	**<0,001**
	Yok	14,7±6,6		
PMSÖ - Yorgunluk	Var	20,5±5,6	18168,5	**0,037**
	Yok	19,1±6,4		
PMSÖ - Sinirlilik	Var	16,3±5,3	17381,5	**0,006**
	Yok	14,7±5,5		
PMSÖ - Depresif Düşünceler	Var	19,4±6,6	17197,5	**0,004**
	Yok	17,4±7,5		
PMSÖ - Ağrı	Var	9,1±3,2	19192,5	0,217
	Yok	8,7±3,5		
PMSÖ - İştah Değişimleri	Var	10,1±3,4	20079,5	0,623
	Yok	10,2±3,5		
PMSÖ - Uyku Değişimleri	Var	8,8±2,9	18232,0	**0,041**
	Yok	8,1±3,5		
PMSÖ - Şişkinlik	Var	10,2±3,4	20156,5	0,670
	Yok	10,1±3,6		

Tablo 4.27. ‘’Devam’’ Günlük Ped Kullanımı ile PMSÖ ve GHDÖ İlişkisi

GHDÖ - Toplam	Var Yok	95,8±9,1 95,9±9,3	20607,0	0,962
GHDÖ - Genital Hijyen Alışkanlıkları	Var Yok	49,1±4,7 49,1±4,9	20611,0	0,965
GHDÖ - Adet Hijyeni Alışkanlıkları	Var Yok	34,8±4,3 34,6±4,2	20013,0	0,586
GHDÖ - Anormal Bulgu Farkındalığı	Var Yok	12,0±2,7 12,2±2,7	19380,0	0,277

İç çamaşırı yıkama yöntemi ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=0,015 p=0,985). PMSÖ alt boyutlarının hiçbiri ile iç çamaşırı yıkama yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. İç çamaşırı yıkama yöntemi ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,323). GHDÖ alt boyutlarından anormal bulgu farkındalığı iç çamaşırını kaynatarak yıkayanlarda (AO±SS: 14,5±1,2), elde yıkayanlara (AO±SS: 12,1±2,7) ve çamaşır makinesi (AO±SS: 12,1±2,7) ile yıkayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0,045). GHDÖ diğer alt boyutlarının puanı ile iç çamaşırı yıkama yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Banyo yapma alışkanlığı ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (F=0,800 p=0,450). PMSÖ alt boyutlarının hiçbiri ile banyo yapma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Banyo yapma alışkanlığı ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,854). GHDÖ alt boyutlarının hiçbiri ile banyo yapma alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Genital bölge için ek temizlik ürünü kullanma ile PMSÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (t=1,452 p=0,147). PMSÖ alt boyutlarından anksiyete, yorgunluk ve uyku değişimleri puanları genital bölge için ek temizlik ürünü kullananlarda kullanmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Sırasıyla; p=0,040 p=0,048 ve p=0,043). PMSÖ diğer alt boyutlarının puanı ile genital bölge için ek temizlik ürünü kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Genital

bölge için ek temizlik ürünü kullanma ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,088). GHDÖ alt boyutlarından genital hijyen alışkanlıkları puanı genital bölge için ek temizlik ürünü kullananlarda (AO±SS: 50,1±5,1), kullanmayanlara (AO±SS: 48,9±4,7) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir (p=0,019). GHDÖ diğer alt boyutlarının puanı ile ek temizlik ürünü kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Premenstrüel sendromu olanların GHDÖ toplam puanı 95,2±9,6 puan iken premenstrüel sendromu olmayanların GHDÖ toplam puanı 96,5±8,8 puandır. Premenstrüel sendromu olanlarla olmayanların GHDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,361).

PMSÖ toplam puanı ile GHDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (r=-0,061 p=0,214). PMSÖ ve GHDÖ toplam puanları ve ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. PMSÖ ve GHDÖ Arasındaki İlişkiler

PMSÖ - GHDÖ	**GHDÖ Toplam**		Genital Hijyen Alışkanlıkları		Adet Hijyeni Alışkanlıkları		Anormal Bulgu Farkındalığı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
PMSÖ Toplam	-0,061	0,214	-0,074	0,130	-0,006	0,909	-0,084	0,087
Depresif Duygulanım	-0,019	0,696	-0,030	0,547	0,003	0,953	-0,066	0,178
Anksiyete	**-0,108**	**0,027**	-0,061	0,214	-0,074	0,134	**-0,143**	**0,003**
Yorgunluk	-0,067	0,172	**-0,105**	**0,033**	0,014	0,774	-0,049	0,320
Sinirlilik	-0,039	0,430	-0,054	0,269	0,012	0,811	-0,084	0,088
Depresif Düşünceler	**-0,104**	**0,034**	**-0,102**	**0,037**	-0,053	0,281	**-0,102**	**0,038**
Ağrı	0,003	0,959	0,013	0,791	0,030	0,544	-0,026	0,602
İştah değişimleri	0,013	0,794	-0,049	0,320	0,059	0,230	0,044	0,366
Uyku değişimleri	0,021	0,673	0,000	0,999	0,035	0,483	-0,001	0,978
Şişkinlik	-0,009	0,861	-0,069	0,159	0,029	0,562	0,027	0,590

5. TARTIŞMA

18-49 yaş arası kadınlarda genital hijyen davranışları ile premenstrüel sendrom ilişkisinin incelendiği çalışmamızda 416 katılımcının PMSÖ toplam puanı 128,2±35,7 olup 9 alt boyutta; depresif duygulanımda 21,9±6,9 puan, anksiyetede 15,6±6,5 puan, yorgunluk boyutunda 19,6±6,1 puan, sinirlilikte 15,3±5,4 puan, depresif düşüncelerde 18,2±7,2 puan, ağrı boyutunda 8,9±3,4 puan, iştah değişimlerinde 10,2±3,4 puan, uyku değişimlerinde 8,4±3,3 puan ve şişkinlik alt boyutunda 10,1±3,6 puan hesaplanmıştır. Çalışmada PMS prevalansı ise %49 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda elde edilen prevalans değeri, Türkiye'de yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Aba ve ark. tarafından 617 kadınla yapılan çalışmada PMSÖ toplam puanı 122,14±32,60 olarak bulunmuş; alt boyutlarda en yüksek puanlar depresif duygulanım (20,42±6,76), depresif düşünceler (17,89±6,89), yorgunluk (17,68±5,50) ve anksiyete (16,51±6,18) boyutlarında saptanmıştır. Katılımcıların %65,2'sinde PMS varlığı belirtilmiştir (45). Benzer şekilde Yaşar'ın hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile yaptığı çalışmada prevalans %70,2, PMSÖ toplamı ise 129,70±32,85 puan bulunmuş; en yüksek puanlar yine depresif duygulanım, depresif düşünceler ve yorgunluk boyutlarında görülmüştür (46). Poyrazoğlu ve Günay'ın Kayseri'de 1019 kadınla yaptığı çalışmada PMS görülme sıklığı %39,8; Ofei ve Altınkaya'nın ebelik öğrencileri ile yürüttüğü çalışmada %51,3; Elvan'ın İzmir'de yaptığı çalışmada ise %58,2 bulunmuştur (59–61). 18-25 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %49,2, PMDB prevalansı ise %48 olarak bulunmuş; PMS tanısı alan kadınların %77,8'inin aynı zamanda PMDB tanısı aldığı bildirilmiştir (62). 650 adolesanı kapsayan başka bir araştırmada, %69,2'sinin orta düzey, %17,7'sinin hafif, %13,1'inin ise şiddetli PMS sınıflamasına sahip olduğu ve ortalama PMS skorunun 130,4±33,9 olduğu belirtilmiştir (63). Türkiye genelinde 18 çalışmayı kapsayan bir meta-analizde ise PMS prevalansı %52,2 olarak hesaplanmıştır (44). Farklı ölçekler kullanılarak yapılan araştırmalarda benzer sonuçlar göze çarpmaktadır. Pınar ve ark. PDF ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %53,5'inin hafif, %34,8'inin orta, %11,7'sinin ise şiddetli derecede PMS semptomları yaşadığını bildirmiştir (64).

Dünya geneli araştırmalarda, Direkvand ve ark.'nın 12 ülkede yapılmış 17 çalışmayı incelediği meta-analizde toplam prevalans %47,8 olarak hesaplanmış; en düşük prevalans %12 ile Fransa'da, en yüksek prevalans %98 ile İran'da görülmüştür (39). Etiyopya'da yapılan bir meta-analizde PMS prevalansı %53 bulunmuşken 2021 yılında Hindistan'da bu oran %43, Çin'de yapılan bir araştırmada ise %21,1'dir (65–67). Nepal'de 285 katılımcı ile yapılan araştırmada kadınların %72,3'ünde orta-şiddetli, %25,9'unda şiddetli PMS semptomları görüldüğü belirtilmiştir (68). Çalışmalardaki farklılıklar örneklemler arasındaki ırk, sosyokültürel farklılıklar ile tanı koymada kullanılan araçların değişkenliğinden kaynaklanabilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesinde kullandığımız GHDÖ toplam puanı olarak 95,9±9,2; genital hijyen alışkanlıkları, adet hijyeni alışkanlıkları ve anormal bulgu farkındalığı olmak üzere 3 alt boyutta ise sırasıyla 49,1±4,8, 34,6±4,3 ve 12,1±2,7 puan hesaplanmıştır. GHDÖ puanı; Altıntaş ve ark.'nın İzmir'de hemşirelik fakültesinde 341 öğrenci ile yaptığı araştırmada 95,50±9,42, Bilgen ve ark.'nın 2023'te yaptığı çalışmada 91.5±12.38, Dağlar ve ark.'nın 18-24 yaş arası 322 kadın ile yaptığı araştırmada ise 71,07±10,4 bulunmuştur (69–71). Literatürde genital hijyen davranışları envanterinin kullanıldığı araştırmalardan Ergün'ün çalışmasında toplam 78,22±10,19 puan, genital hijyen ile vajinitlerin ilişkisini değerlendiren Çalık ve ark. tarafından yapılan araştırmada 70,27±10,05 puan, örneklemi sağlık çalışanları olan Bulut'un araştırmasında ise ebelerde 85,4±10,9 puan, hemşirelerde 83,9±9,0 puan alınmıştır (18,23,35). Çalışmamızda katılımcıların puanı literatür genelinde alınan puanlara göre yüksek bulunmuştur. Örneklemlerin sosyodemografik ve kültürel farklılıkları puan çeşitliliğinin temel sebebi olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda yaş ile PMS ilişkisi incelendiğinde, PMSÖ toplam puanı 36-49 yaş arası 51 katılımcıda diğer yaş gruplarına göre anlamlı daha düşük bulunmuştur. Anksiyete, uyku değişiklikleri ve şişkinlik haricindeki alt boyutlarda da aynı şekilde yaş ile birlikte alınan puanda azalma görülmektedir. Yaş artışı ile birlikte hormonal dalgalanmaların azalması, yaşam tecrübesinin etkisiyle stres yönetiminin güçlenmesi ve semptomların algılanmasında değişiklikler edinilen bu sonucun nedenleri olabilir. Literatürde yaş ile PMS sıklığı arasında anlamlı ilişki gösteren araştırmalar mevcuttur (50,64). Çalışmamıza benzer şekilde Çelik ve Uskun'un Isparta'da 1490

kadınla yaptıkları çalışmada 30 yaş üstü katılımcıların PMSÖ puanı, 30 yaş altı katılımcılara göre anlamlı şekilde daha düşük çıkmıştır (72). 2022 yılında yapılan bir çalışmanın sonucunda 32-40 yaş arası katılımcıların 18-24 ve 25-31 yaş arası olanlardan anlamlı olarak daha düşük PMS puanı aldıkları görülmüştür (73). Mutlu ve Ataman'ın araştırmasında yaş ile PMS arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirtilmiştir (r=-0,102 p=0,016) (74). Masho'nun çalışmasında 18-24 yaş arası kadınlarda PMS görülme riski 35-44 yaş arası kadınlara göre 2.2 kat daha yüksek olarak bulunmuştur (52). PMS ile yaş arasında anlamlı ilişkinin bulunmadığı çalışmalara da rastlanmaktadır (42,44,45,75).

Çalışmamızda genital hijyen davranışları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Fakat alt boyutlardan genital hijyen alışkanlıklarında yaş artışı ile birlikte anlamlı artış olduğu görülmüştür. Arslan ve ark.'nın Pamukkale'de yaptıkları çalışmada da yaş ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (76). Çalık ve ark.'nın araştırması ile Durmuş ve Zengin'in jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarla yaptıkları çalışmada ise yaş ile genital hijyen davranışları arasında negatif korelasyon gösteren bir ilişki görülmüştür (23,77).

Çalışmamızda katılımcıların %70'i (n=291) bekâr kadınlardan oluşmaktadır ve bekârlarda PMSÖ puanı anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ölçeğin anksiyete, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutları dışındaki tüm boyutlarda da aynı anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. Kütahya'da yapılan bir çalışmada benzer bir sonuç olarak evli kadınlarda PMS sıklığı daha az görülmüştür (78). Acil sağlık çalışanları ile araştırmasını tamamlayan Akgün ve Siirt'te hastane başvurusu olan kadınlarla çalışan Gül evli kadınlarda PMSÖ puanını daha düşük bulmuşlardır (73,79). Evli kadınlarda eş desteğinin varlığı semptomlarda azalma sağlayabilir. İran'da yapılan bir çalışmada eşlerin 3 periyottan oluşan bir eğitim alması sonrası müdahale grubundaki kadınların fiziksel ve psikolojik semptomlarında müdahale öncesi ve kontrol gruplarına kıyasla önemli bir azalma meydana gelmiştir (80). Düzenli cinsel yaşam ve gebelik, emzirmenin hormonal salınımdaki neden olduğu değişiklikler PMS semptomlarının daha az görülmesinin nedenleri olabilir; fakat çalışılan örneklemin ve bölgenin özellikleri alınan sonuçta çeşitlilik sağlayacaktır. Medeni durum ile PMS semptomlarının sıklığı arasında ilişki bulmayan pek çok araştırma da mevcuttur (64,72,75).

Yaşanılan yer özelliğine göre aile ile yaşayan katılımcılarda tek veya ev arkadaşı ile yasayanlara göre PMSÖ puanı daha düşük bulunmuştur. Ağrı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda da anlamlı olarak daha düşük puanlar alınmıştır. Aile yanında sorumlulukların paylaşılabilmesi ve stres faktörleri ile baş etmede destek alınabilmesi nedenli bu sonucun elde edildiği düşünülebilir. Yaşar ve Karaca çalışmalarında yaşanılan yer ile PMS arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmiştir (46). Kahvacı ve Amanak'ın ebelik öğrencileri ile olan çalışmasında da herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır (81). Bazı çalışmalarda ise yaşam alanında konforu etkileyen bir faktör sayılabilecek aile tipi sorgulanmış ve PMS ile arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (73,79).

Eğitim durumu üniversite olan katılımcılarda PMSÖ puanı lise ve altı öğrenimi olan ve yüksek lisans ve üstü öğrenimi olan katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu ile PMS arasında anlamlı ilişki bulan araştırmalardan Masho ve ark.'nın çalışmasında ise üniversite altı eğitimi olanlarda semptom görülme riskinin 2 kat arttığı belirtilmiştir (52). Erbil ve Yücesoy'un yaptığı Türkiye'de lise ve üniversite öğrencilerini kapsayan çalışmaları da içeren meta-analizde lise öğrencilerinde prevalans %59, üniversite öğrencilerinde %50,3 hesaplanmıştır (44). Poyrazoğlu ile Günay çalışmalarında eğitim durumu ile PMS sıklığı arasında anlamlı ilişki bulmamıştır (59). Benzer şekilde anlamlı ilişkinin olmadığı başka çalışma örnekleri literatürde karşımıza çıkmaktadır (72,75,78,79). Çalışmamızda PMS sıklığının eğitim düzeyi üniversite olan bireylerde daha yüksek bulunması, çalışmanın bir üniversite hastanesinde yürütülmesi ve katılımcıların çoğunluğunu eğitime devam eden öğrenciler ile üniversite mezunu hastane personelinin oluşturması nedeniyle örneklem dağılımındaki heterojenite olabilir.

Çalışmamızda çalışmayan kadınlarda PMSÖ puanı anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç depresif düşünceler, ağrı ve yorgunluk alt boyutlarında da görülürken gelir düzeyi ile PMS arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat alt boyutlardan ağrı ve yorgunluk puanlarında geliri giderinden fazla olan katılımcılarda daha düşük sonuçlara rastlanmıştır. 600 kadın ile çalışmasını sürdüren Pınar ve Öncel benzer şekilde çalışmayan kadınlarda PMS puanında anlamlı yükseklik saptamışken gelir düzeyi ile anlamlı bir ilişki bulmamıştır (64). Gelir düzeyi ile ilişki değerlendirilmeyen başka çalışmalarla da karşılaşmaktayız

(78,81,82). Tıp fakültesi ve sağlık bilimleri öğrencileriyle çalışan Al-shahrani ve ark. ile Shrestra ve ark.'nın araştırmalarına göre aile gelir düzeyi ile PMS semptomları sıklığı arasında anlamlı bir ilişki yokken Ofei ve ark. ebelik öğrencilerinde geliri giderine eşit olanların PMS riskinin geliri giderinden fazla olanlara göre 6,9 kat arttığını, geliri giderinden az olanlarda ise geliri giderinden fazla olanlara göre 11,7 kat artış görüldüğünü ifade etmişlerdir (41,60,68). Çalışmayan ve maddi yetersizlik yaşayan kadınlarda beslenme, uyku düzeni ve sağlık hizmetine erişim gibi temel ihtiyaçlarda yaşanan aksaklıklar ile sosyal çevre desteğinin sınırlı olması PMS sıklığını artırabilir. Fakat bunun tersi olarak iş yaşamının getirdiği stres, uzun çalışma saatleri ve sevdiklerine yeterince zaman ayıramama gibi faktörler nedeniyle çalışan kadınlarda da PMS riskinin arttığı sonuçlarla karşılaşmaktayız. Adıgüzel ve ark. tarafından Manisa merkezde yapılan çalışmada çalışan kadınlarda PMS semptomlarının daha şiddetli olduğu görülmüştür (83). Gül ile Poyrazoğlu ve Günay'ın çalışmalarında da çalışanlarda PMS sıklığı daha yüksek bulunmuştur (59,73).

Çalışmamızda eğitim durumu ve çalışma durumu ile genital hijyen davranışları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmazken gelir düzeyinde geliri giderinden az olan katılımcıların genital hijyen davranışları daha düşük bulunmuştur. Alt boyutlardan anormal bulgu farkındalığında da anlamlı olarak diğer gruplardan düşük puan alınmıştır. Çalık ve Erkaya ile Durmuş ve Zengin'in çalışmalarında gelir düzeyinde artış ile genital hijyen davranışlarında artış olduğu, çalışma durumu ile istatistiksel bir ilişki olmadığı görülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak iki çalışma da eğitim ile anlamlı ilişki belirtirken okuma yazması olmayanlar ve ilkokul mezunlarında genital hijyen davranışlarının daha düşük olduğunu saptamışlardır (23,77). Bulut'un ebe ve hemşirelerle birlikte yaptığı çalışmasında gelir ile anlamlı ilişki bulunmazken ön lisans eğitimi alanlarda genital hijyen davranışları lise ve üniversite mezunlarına göre daha yüksek görülmüştür (18). Benzer şekilde Arslan ve ark. ile Şolt ve ark. çalışmalarında gelir ile genital hijyen davranışları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulmamıştır (76,84). Çalışmalar arasındaki çeşitlilik örneklemlerin sosyokültürel farklılıkları ile bazı çalışmaların sağlık çalışanları gibi özelleşmiş gruplarla yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda beden kitle indeksi ile PMS arasında tüm alt boyutlarda dahil olmak üzere anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer şekilde BKİ ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunmayan pek çok araştırma görmekteyiz (43,61,64,75). Ataman ve Mutlu iki başlık arasında pozitif yönlü bir ilişki bulmuştur (r=0,098 p=0,022) (74). Çağıran ve Yılmaz hafif şişman/obez adolesanlarda tüm PMSÖ puanlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğunu; PMS sınıflamasına göre BKİ değerinin, şiddetli PMS sınıfında diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu saptamıştır (63). Bertone Johnson ve ark. tarafından Amerika'da yapılan 10 yıl süre ile katılımcıların takibinin sürdüğü vaka-kontrol çalışmasında ise BKİ'nin PMS ile güçlü bir ilişki gösterdiği, indekste her 1 kg/m2 artışın PMS riskinde %3 artışa neden olduğu belirtilmektedir (50). Masho ve ark. çalışmalarında kilolu kadınların zayıf kadınlara göre PMS riskinde 1,8 kat artış olduğunu, BKİ≥30 kg/m2 obez kadınlarda ise bu riskin 2,8 kata çıktığını hesaplamıştır (52). Bizim çalışmamızda anlamlı ilişki bulunmama nedeni olarak katılımcıların çoğunluğunun normal kilo sınıfında (n=244 %58,6) olması düşünülebilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanlarda ve düzenli ilaç kullananlarda PMSÖ puanında anlamlı yükseklik görülmüştür. Ofei ve ark.'nın çalışmasında hem kronik hastalık varlığı hem de ilaç kullanımı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken 2014'te yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan ve kendi sağlık algısına iyi-çok iyi ile orta-kötü seçenekleri arasından orta-kötü seçen katılımcılarda PMS puanının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (60,72). Poyrazoğlu ve ark.'nın çalışmasında da sağlık algısı olarak yapılan sorgulamada orta ve kötü cevabı veren katılımcılarda hem PMSÖ puanında anlamlı yükseklik görülmüş hem de PMS sıklığında artışa rastlanmıştır (59). Adıgüzel ve ark. kronik hastalık ve ilaç kullanımı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulmamışken psikiyatrik hastalık hali ile anlamlı ilişki ortaya konulmuştur. PMS var olarak değerlendirilen katılımcı grubunda mevcut psikiyatrik hastalığı olan, geçmiş tanısı olan, doğum sonrası tanı alan ve 1.derece yakınında psikiyatrik hastalık tanısı olanlar daha fazla çıkmıştır (83). Özeren'in çalışmasında jinekolojik, nörolojik hastalık tanısı, tiroid hastalığı ve anemi açısından anlamlı bir ilişki yokken postpartum depresyon öyküsü olanlarda PMS ve PMDB riskinin arttığını belirtilmiştir (85). Rezende tiroid hastalıkları ile PMS riski arasında

ilişki bulmamışken depresyon varlığında anlamlı sonuç almıştır (43). Bizim çalışmamızda da psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda ağrı alt boyutu harici tüm alt boyutlarla birlikte PMS puanında istatistiksel anlamlı yükseklikle karşılaşılmıştır; fakat jinekolojik hastalığı olanlarla PMS arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. 2022 yılında 250 katılımcı ile yapılan bir çalışma sonucunda da jinekolojik hastalık varlığı ile PMS arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır (75). Kronik hastalıkların vücutta neden olduğu sistemik stres, hastalıkların semptomlarına göre uyku düzeninde bozulmalar, fiziksel aktivitede azalma, beslenmede bozulma ile kullanılan ilaçların içerikleri ve hormonal sistem üzerindeki yan etkileri PMS riskinde artışa neden olabilir. Örneklemlerde görülen kronik hastalıkların çeşitliliği ve vücut üzerindeki etkilerine göre çalışmalarda farklı sonuçlarla karşılaşıldığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda genital hijyen davranışları açısından ise kronik hastalık ve psikiyatrik, jinekolojik alt hastalık grupları ile anlamlı bir ilişki görülmemektedir. Fakat kronik hastalığı olanların anormal bulgu farkındalığı olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. İlaç kullanımı olanların da genital hijyen davranışı anlamlı şekilde daha yüksektir. GHDE kullanılarak yapılan bir çalışmada genital hijyen davranışları ile hem kronik hastalık hem de düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (76). Kronik hastalıklar ile kullanılan ilaçların sistemik etkileri nedenli genital hijyenin sağlanması zorlaşabilmektedir, örneklemlerin sağlık bilinci ve uygulama alışkanlıklarına göre davranış eğiliminin farklılıklar göstereceği tahmin edilmektedir. 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise daha önce genital hastalık geçirmiş katılımcıların hijyen davranışlarının geçirmemiş olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (77). Jinekolojik hastalık tanılı katılımcı sayısının az olması nedeniyle bizim çalışmamızda anlamlı ilişki görülmediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanımı olanlarda tüm alt boyutlarla birlikte PMSÖ puanı anlamlı yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde alkol kullanımı olanlarda da ağrı alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarla birlikte PMSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ülkemizde sigara ile PMS arasında anlamlı ilişki bulan yayınlar mevcuttur (46,59,64). Yabancı yayınlar arasından 2018'de Brezilya'da yapılan bir çalışmada sigara içenlerde PMS prevalansında artış olduğu (sigara içmeyenlerde prevalans %45,7, eski içicilerde %55,6, aktif sigara içenlerde %62,2) ortaya konmuştur. Aynı çalışmada son 1 ay içinde alkol tüketimi olanların (%49,4)

prevalansı tüketmeyenlerden (%40) yüksek görülmüştür (43). Dünya geneli 13 çalışmadan yapılan meta-analizde ise sigaranın PMS riskini arttırdığı, PMDB riskini ise PMS'den daha fazla etkilediği belirtilmiştir (86). Fernandez ve ark. tarafından yapılan 19 çalışmanın ele alındığı meta-analize göre de alkol alımı PMS riskinde orta derecede bir artışla ilişkilidir ancak aşırı alkol alımı riskte daha büyük bir artışa neden olmaktadır (87). Amerika'da yapılan araştırmaya göre 5 yıldan uzun süre sigara kullananlarda PMS riski hiç sigara kullanmayanlardan 3 kat, 5 yıldan az sigara içenlerden ise 1.5 kat fazladır, günlük tüketim miktarı arttıkça risk artmaktadır (52). Erbil ve Karaca üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında PMS olan ve olmayan gruplar arasında yaptıkları değerlendirmede sigara ile sendrom sıklığının arttığını ifade etse de istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulamamıştır (88). Ebeler ile yapılan bir çalışmada ise sigara kullanımı ve günlük içme miktarı ile alkol alımı ve haftalık tüketim sıklığının PMS ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (60). Benzer şekilde sigara ile alkol tüketimi ve PMS arasında bağlantı bulunmayan çalışmalara rastlanmaktadır (81,85). Çelik ve Uskun'un toplum tabanlı çalışmasında da alkol tüketenlerde PMS toplam puanı daha yüksek olmasına rağmen (alkol tüketenlerde PMSÖ:121,7 tüketmeyenlerde PMSÖ:110,6) istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır (72). Sigaranın nikotin etkisi ile hormon dengesinde bozulmaya neden olabilmesi PMS riskinde artışın, vasküler yan etkileri de fiziksel semptomlarda şiddetlenmenin sebeplerinden sayılabilir. Alkol kullanımının ise nörotransmitterlerde değişikliklere neden olarak duygusal semptomların daha yoğun olduğu bir sendrom ihtimalini arttırabileceği düşünülebilir.

Düzenli ve sağlıklı cinsel aktivitenin salgılanan nörokimyasallar ile streste azalma ve ruh halinde iyileşme sağlaması, pelvik kaslarda rahatlama ve fiziksel semptomlarda hafifleme görülmesinde etkisi olması beklenebilir; fakat katılımcıların %52,6 'sının (n=219) cinsel deneyiminin olduğu araştırmamızda cinsel aktivite ile PMS arasında ilişki incelendiğinde alt boyutlarda dahil olmak üzere anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. 2022 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada cinsel olarak aktifliğin başlaması ile semptomlarda değişiklik hali sorgulanmış, değişim tariflemeyen ve azalma belirten grupların PMSÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (89). Literatürde iki başlığın ilişkisinin ters yönlü incelendiği araştırmalar görülmektedir. PMS'nin cinsel arzu üzerine etkilerine dair 2021'de 17-

31 yaş arası genç kadınlarla yapılan çalışmada sırt ağrısı, dismenore, duygu durum değişiklikleri gibi semptomların cinsel istekle arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüşken göğüs hassasiyeti, baş ağrısı, sinirlilik, üzüntü, yalnızlık, şişkinlik, vajinal ağrı, vajinal kurulukla arasında anlamlı bir ilişki belirtilmemektedir (90). Yang ve ark. 949 kişinin dahil olduğu çalışmalarında katılımcıları PMS belirtisi olmayan, PMS riski olan ama PMDB riski taşımayan ve PMDB riski taşıyanlar olarak 3 kategori altında değerlendirmiş; PMS ve PMDB riski olan kadınların PMS olmayan kadınlara göre cinsel dürtüler açısından anlamlı şekilde daha fazla etkilendiğini bulmuşlardır (91).

Çalışmamızda cinsel olarak aktif katılımcılar içerisinde doğum kontrol yöntemi kullananlarda PMSÖ toplam puanı kullanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. Katılımcılar depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve iştah değişimleri alt boyutlarında da anlamlı farklılık göstermek üzere yüksek puan almışlardır. Yöntemler arasında ise bariyer yöntem kullanan katılımcıların PMSÖ puanı diğer yöntemleri kullananlardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda doğum kontrolü ile PMS riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (60,83). Masho korunma yöntemi kullanmayanlarda PMS riskinin 1.5 kat arttığını göstermiştir; fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (52). Sağlık çalışanları ile yapılan başka bir çalışmada ise gebelikten herhangi bir yöntemle korunanlarda, yöntemler arasında da oral kontraseptif ve rahim içi araç ile korunanlarda PMS/PMDB sıklığının azaldığı saptanmıştır (85). Hormonal doğum kontrolünün PMS tedavisinde yer aldığı bilinmektedir. Preparat içerikleri, kişisel metabolizma farklılıkları ve duyarlılıklara göre bu etki değişebilmektedir. Rezende'nin araştırması hormonal kontraseptif kullanımını hiç, 1 preparat ve 2 preparat olarak sorgulamış; gruplar arası istatistiksel anlamlı farklılık elde edilmese de 2 preparat kullanımında hiç kullanmayanlara göre PMS riskinde %22 artış bulunmuştur (43). Çalışmamızda doğum kontrolü kullananların çoğunluğu bariyer yöntem (%73,7 n=115), %13,4'ü (n=21) hormonal yöntemler kullanmaktadır. Bariyer yöntem kullanıcılarında PMS puanındaki yüksekliğin çoğunluğu kapsaması nedenli olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların genital hijyen davranışları puanlarında cinsel olarak aktiflik durumu, doğum kontrolü kullanma ve kullanılan yöntem açısından anlamlı bir

farklılık bulunmamıştır. Yalnızca doğum kontrolü kullananlarda adet hijyeni alışkanlıkları alt boyutunda alınan puan kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek hesaplanmıştır. GHDE'nin kullanıldığı evli kadınlarla yapılan bazı araştırmalarda da korunma yönteminin kullanılması ve kullanılan yöntemler arasında genital hijyen davranışı eğilimi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (23,76,92).

Çalışmamızda doğum yapma yapmama durumu nullipar, primipar ve multipar olarak kategorize edilirken PMSÖ toplam puanlarına göre multiparlar ile nulliparlar arasında anlamlı puan farkı görülmüştür. Multiparların PMS puanı daha düşük saptanmıştır. Doğum yapan katılımcıların doğum yöntemleri arasında ise PMS için anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sağlam ve Basar'ın çalışmasında gebelik sayısı ve PMS arasında anlamlı ilişki saptanmış, hiç gebelik geçirmemiş kadınlarda PMS sıklığı daha fazla bulunmuştur (78). Yeşilçınar ve Yanık araştırmalarına dahil edilen kadınlardan doğum yapanlarda PMS görülme oranın daha düşük olduğunu (doğum yapmayanlarda prevalans %61,4, doğum yapanlarda %43,9), şiddeti ve sendroma bağlı diğer problemleri doğum yapmayan kadınlara göre daha az yaşadıklarını belirtmiştir (93). Gebelik sürecinin menstrüel siklusun hormonal dalgalanmalarında stabilizasyon sağlayarak semptom gelişimini azalttığı, doğumla birlikte salgılanan oksitosin ve prolaktin gibi hormonlarında stres düzeyinde azalma sağladığı bilinmektedir. Bununla birlikte gebelik ve doğum sayısında artış oldukça kadınlarda stresle başa çıkma yetilerinin ve bedensel farkındalıklarının artmasının da PMS sıklığında azalmaya neden olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda doğum sayısına ve doğum yöntemine göre genital hijyen davranışı puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Ancak alt boyutlar incelendiğinde doğum sayısı arttıkça genital hijyen alışkanlıklarında, sezaryen doğum öyküsü olanlarda ise adet hijyeni alışkanlıklarında anlamlı yüksek puan alındığı görülmüştür. Adana'da sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede yapılan çalışmada benzer şekilde gebelik ya da çocuk sayısı ile genital hijyen davranışı arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (92). Durmuş ve Zengin ise çalışmalarında gebelik sayısı ve çocuk sayısı artarken genital hijyen davranışlarının olumsuz etkilendiğini (sırasıyla r=-0.126 p=0.015; r=-0.109 p=0.035) belirtmiştir (77). Trabzon'da yapılan bir çalışmanın sonucuna göre de gebelik sayısı arttıkça, sahip olunan çocuk sayısı arttıkça ve spontan abortus öyküsü varlığında katılımcıların

genital hijyen davranışı envanterinden aldıkları puanlar düşmektedir (23). Doğum ve çocuk sayısı olumlu ve olumsuz iki uçlu etkiye neden olmaktadır. Kadınlarda farkındalığın artması ve daha özen gösterilmesine neden olabilirken kişisel zamanda azalma, doğum eyleminin pelvik kaslarda bazı yan etkileri nedeniyle hijyenin devamlı sağlanmasında zorlayıcı inkontinans gibi ek şikâyetlerin oluşmasına neden olabilmektedir. Gereken özenin gösterilmesi kişinin bilgi düzeyi, sağlık ve bakım kaynaklarına erişim kolaylığına bağlı değişebilmektedir.

Çalışmada menarş yaşı ortalaması 12,9±1,4 bulunup ortalamayı kapsayan 12-13 yaş, 11 yaş ve altı, 14 yaş ve üstü olarak 3 kategori halinde incelenmiştir. Menarş yaşı ile PMSÖ puanı arasında tüm alt boyutlar dahil anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde benzer şekilde anlamlı ilişkinin görülmediği çalışmalar yer almaktadır (41,45,50,60,78,81,88). Geta ve ark. meta-analizlerinde erken menarş yaşına sahip olanlarda PMS riskinin 1.76 kat arttığını ama menarş yaşının PMS ile istatistiksel anlamlı bir ilişkisi olmadığını (p=0,073) belirtmişlerdir (65). Rezende'nin çalışmasında < 12 yaş grubunda PMS prevalansı %51,2 iken ≥13 yaş grubunda prevalans %45,3 hesaplanmıştır fakat Geta'nın çalışmasına benzer şekilde istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,064) (43). Mutlu ve ark. 554 üniversite öğrencisi ile çalışmalarında PMSÖ puanı ile menarş yaşının negatif yönde çok zayıf ilişkili olduğunu (r=-0,114 p=0,007), başka bir çalışma menarş yaşı ≤12 olanlarda PMS riskinin 2 katı arttığını, PMS olan ve PMS olmayan iki grup arasında değişkenlerin değerlendirilmesini yapan başka bir çalışma sendrom olan grupta menarş yaşı ortalaması daha düşük olmak üzere (PMS olan grupta menarş yaşı ortalaması=13,1 PMS olmayan grupta menarş yaş ortalaması=13,6) anlamlı farklılık olduğunu belirtmiştir (52,74,75). İlk mens ile birlikte hormonal değişimlere maruziyetin başlaması, özellikle ergenliğin ilk yıllarında hormonal dengenin oturmasının zaman alması PMS için altyapı sağlamaktadır. Bu nedenle erken menarş ile maruziyetin uzamasının riskin artışında rol oynaması beklenebilir. Ergenliğin başlangıcı ve menarş yaşı ırk, yaşanılan coğrafyaya göre değişebilmektedir, bu değişkenlerin çalışmalar arası sonuç farklılığının sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğunda adet döngüsünün düzenli (n=280 %67,3) ifade edildiği çalışmamızda PMSÖ puanı ile adet düzeni arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızı destekleyen, adet düzeni ve PMS arasında anlamlı ilişki

görülmeyen araştırmalarla karşılaşmaktayız (60,62,65,68,75,83). Kore'de DSM kriterlerine göre hazırlanan Sorun Şiddeti Günlük Kontrol Çizelgesi ile değerlendirme yapılan çalışmada adeti düzenli kadınlar kontrol, fiziksel semptomlar ve kişilerarası ilişkiler kriterleri dışında adeti düzensiz kadınlardan yüksek puanlar almıştır; fakat istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç alınmamıştır (p=0,611) (40). Adet döngüsünün düzensizliği ile PMS arasında anlamlı ilişkinin görüldüğü çalışmalara da rastlanmaktadır (45,74,78). Akgün ve ark. ile Ataman ve Tan araştırmaları sonucunda düzensiz adet döngüsü olanlarda PMSÖ toplam puanında anlamlı yükseklik ortaya koymuştur (79,82). 2023 yılında yapılan bir çalışmada PMS görülen kadınlarda adet düzensizliği ile daha sık karşılaşılmakta olduğunu belirtilmiştir (61). Düzensiz adet döngüsü hormonal değişimlerde tahmin edilmesi zor iniş çıkışların yaşanmasına, bu dengesiz seyir nedeniyle de PMS semptomlarının görülmesine ve şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Çalışmamızda anlamlı ilişki bulunmama nedenleri arasında katılımcıların adet düzenini algılayış biçimlerindeki farklılıklar, örneklem dağılımı ve PMS'in çoklu faktörlerden etkilenmesi düşünülebilir.

Çalışmamızda bazı genital hijyen davranışlar anket içerisinde sorgulanmıştır. Katılımcıların %39,4'lük (n=164) kısmı günlük ped kullanımı olduğunu, %18,5'lik (n=77) kısmı da genital bölge temizliğine ek ürün kullandığını belirtmiştir. Günlük ped kullanımı ile PMSÖ puanı arasında anlamlı ilişki görülmüştür. Kullanımı olanların ortalama puan ile ağrı, şişkinlik, ve iştah değişimi alt boyutları hariç diğer alt boyutlarda anlamlı olarak daha yüksek sonuç aldıkları bulunmuştur. Genital bölge için ek temizlik ürünü kullanımı ile PMS puanı arasında anlamlı ilişki olmasa da anksiyete, yorgunluk, uyku değişimi alt boyutlarında ürün kullanan katılımcıların puanları anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Günlük ped veya ek temizlik ürünü kullanımı olan kadınlarda genital bölge hassasiyeti ve bedensel farkındalığın yüksek olması nedeniyle olası semptomları daha fazla algılamaları mümkün olabilir. Diğer yandan kullanılan ek ürünlerin ve pedlerin içerikleri nedeniyle genital bölgede irritasyon, enfeksiyon gibi riskleri arttırarak, endokrin bozucu içeriği olan ürünlerin hormonal sistemde değişikliklere neden olarak özellikle fiziksel olmak üzere olası semptomlarda artış yaptıkları düşünülebilir. Öne sürülen nedenlerin doğruluk payının değerlendirilebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürde daha önce PMS ile günlük ped veya ek temizlik ürünü kullanımı arasında ilişkiyi

incelemiş çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan tarama sırasında Japonya'da kadınlarda Menstrüel Sıkıntı Ölçeği ile semptom değerlendirmesinin yapıldığı; 40 kadının 3 menstrüel döngü boyunca günlük olarak genitoüriner sistemde kommensal olarak bulunan Lactobacillus paragasseri (OLL2809) içerikli probiyotik tabletleri aldığı, 40 kadının plasebo grubu olarak takip edildiği çift körlü randomize çalışmada OLL2809 grubunun premenstrüel uyarılma puanlarında plasebo grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek değişiklik görülmüştür (p=0,023). Aktivite, enerji patlamaları alt faktöründeki değişiklikler de OLL2809 grubunda plasebo grubuna kıyasla önemli ölçüde daha yüksek saptanmıştır (p=0,042). Ayrıca OLL2809 grubu Görsel Analog Ölçeğinde plasebo grubuna göre önemli ölçüde daha düşük adet öncesi sinirlilik bildirmiştir (p=0,048) (94). Genital florayı destekleyici bir preparatın premenstrüel semptomlar üzerinde iyileştirici etkisinin olması, florayı bozma riski taşıyan ürünlerin de PMS riski artışında rol oynayabileceği ihtimalini akla getirmektedir.

Çalışmada katılımcıların çoğunluğu ayakta duş alarak banyo yapmakta (n=373 %89,7) ve iç çamaşırlarını çamaşır makinesi ile yıkamaktadır (n=396 %95,2). Sorgulanan iki alışkanlığın seçenekleri arasında PMSÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Yapılan literatür taramasında mevcut başlıklar ile PMS arasında herhangi bir ilişkiyi inceleyen çalışmayla karşılaşılmamıştır. Genital bölgenin deri dokusu ince ve hassas bir yapıya sahip olup temas eden iç çamaşırının kumaşı, temizliği önem taşımaktadır. İç çamaşırında deterjan, sabun kalıntılarının iyi durulanmaması, iyi kurutma yapılamaması irritasyon ve enfeksiyon nedeni olarak hassasiyetin artmasına ve premenstrüel semptomlarda belirtilerin şiddetlenmesine neden olabilir. Bu nedenle iç çamaşırlarını yıkama yönteminin risk faktörü olup olmadığına dair araştırma örneklerinin literatüre katkıda bulunması umulmaktadır.

Çalışmamızda anket içerisinde sorgulanan genital hijyen davranışları olarak günlük ped kullanımı, genital temizlik ürünü kullanımı, iç çamaşırı yıkama yöntemi ve banyo yapma yöntemi ile GHDÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fakat genital bölge temizliğine ek ürün kullananlarda kullanmayanlara göre genital hijyen alışkanlıkları alt boyut puanı, iç çamaşırını kaynatarak yıkayanlarda çamaşır makinesi ile ve elde yıkayanlara göre anormal bulgu farkındalığı alt boyut puanı

anlamlı daha yüksek çıkmıştır. Ergün ve ark. çalışmalarında ayakta banyo yapanların taburede oturarak yapanlara göre, iç çamaşırını ütüleyenlerin ve saf pamuklu kumaş tercih edenlerin diğer gruplara göre GHDE puanının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Fakat günlük ped kullanımı ile anlamlı ilişki saptamamışlardır (35). Şolt ve ark. ise günlük ped kullananlarda GHDÖ puanı ve adet hijyeni alışkanlıkları alt boyut puanında anlamlı yükseklik bulmuşlardır. Banyo alışkanlığına göre de oturarak banyo yapanlar ile bazen oturarak bazen ayakta yapanlar (p=0,028) ve oturarak banyo yapanlar ile ayakta yapanların (p=0,001) davranış puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Oturarak banyo yapanların puanları anlamlı daha düşüktür (84). Kadınlarda günlük ped kullanımı genital havalanmayı engellediği ve terlemeyi artırarak enfeksiyona neden olduğu için önerilmemektedir. Kullanımı olan kadınlarda hijyen davranışlarının daha yüksek görülme nedeni için fazla hassasiyet gösteren kişilerin gün içinde çamaşır değiştirme benzeri bir amaçla günlük ped tercih etmesi olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızın asıl amacı genital hijyen davranışı ile premenstrüel sendrom arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Katılımcılar içerisinde premenstrüel sendromu olmayanların GHDÖ puanı (96,5±8,8) olanlardan (95,2±9,6) yüksek bulunmuştur; fakat puanlar arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır (p=0,361). Ölçekler ve alt boyutları arasında çalışılan korelasyon analizinde toplam ölçek puanları arasında ilişki bulunmazken GHDÖ toplam puanı ile PMSÖ anksiyete alt boyutu ve depresif düşünceler alt boyutu puanları arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu görülmüştür (sırasıyla r=-0,061 p=0,214; r=-0,108 p=0,027; r=-0,104 p=0,034). Literatür incelemesinde iki başlık arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışma görülememiştir.

2024 yılında Dağlar ve ark. menstrüel tutum ile genital hijyen davranışlarını incelemiş ve aralarında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmiştir (r=0,263 p=0,001). Hijyen davranışlarındaki artışın menstrüel tutumda olumlu pekiştirme sağlayabildiği söylenmiştir (71). Altıntaş ve ark. aynı başlıklarla 2021 yılında yaptıkları çalışmalarında Menstrüel Tutum Ölçeğinin doğal bir olgu alt boyutu ile GHDÖ ve adet hijyeni alışkanlıkları alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulmuştur (sırasıyla r=0,116 p=0,032; r=0,137 p=0,011) (69). Akmalı sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada PMS'nin, menstruasyonu rahatsızlık verici bir durum

olarak değerlendirenlerde doğal ve fizyolojik bir süreç olarak değerlendirenlere göre 2.3 kat, menstruasyonu yaşamlarını olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak kabul edenlerde menstruasyonun olup olmamasının kendileri için önemsiz olduğunu ifade edenlere göre 3.02 kat daha sık olduğunu saptamıştır (47). Hijyen davranışları ile menstrual tutumun iyileşmesi; adet dönemlerinin doğal ve yönetilebilir bir süreç olarak görülmesini sağlayabilmektedir. Beden algısının iyileşmesiyle premenstrüel dönemdeki stres, depresif duygular, sinirlilik, anksiyete gibi psikolojik semptomların kontrolü kolaylaşabilmektedir. 2022 yılında Majeed ve ark. Hindistan'da adolesanlarda menstrüel hijyen ve ilişkili faktörler üzerine yaptıkları meta-analiz çalışmasında menstrüel hijyen davranışlarının pekiştirilmesinin dismenore, oligomenore ve premenstrüel sendrom gibi bozuklukları önlemek ve tedavi etmek amacıyla önemsenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (95). 2024'te düşük ve orta gelirli ülkelerden 16 çalışmanın incelendiği başka bir analizde 9-25 yaş arası kız öğrencilerde menstrüel hijyen yönetiminin sağlanması ile okul performanslarının ve duygusal sağlıklarının iyileşebileceği belirtilmiştir (96). Adet hijyenini kapsayan genital hijyen davranışlarının da PMS risk faktörleri üzerinde azalma sağlayabileceği ve semptomların yönetimini kolaylaştırabileceği düşünülebilir. Ergenlikle birlikte hijyen eğitiminin verilmesi ve davranışların alışkanlıklara dönüşmesi ile PMS ve premenstrüel semptomlar için önleyici adımların atılması mümkün olabilir. Bu konuda daha çok araştırma yapılarak veri havuzunun genişletilmesi PMS'ye yaklaşıma katkıda bulunacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza 18-49 yaş arası 416 kadın dahil edilmiş ve genital hijyen davranışlarının premenstrüel sendrom üzerine etkisi incelenmiştir. PMS belirtilerini değerlendirirken PMSÖ, genital hijyen davranışlarını değerlendirirken GHDÖ kullanılmıştır. PMS prevalansı Türkiye geneli çalışmalara benzer olarak %49 bulunmuştur.

Katılımcıların PMSÖ toplam puanı ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşam alanı ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Genç, bekâr, çalışmayan, tek veya ev arkadaşı ile yaşayan kadınlarda PMS belirtileri daha şiddetli görülmüştür. BKİ ile PMS arasında bir ilişki yokken kronik hastalığı olanlarda, düzenli ilaç kullananlarda ve sigara, alkol kullanımı olanlarda PMSÖ puanı anlamlı yüksektir.

Doğum yöntemi kullananlarda ve yöntem olarak bariyer yöntem kullananlarda belirti şiddeti daha yüksek bulunurken cinsel olarak aktiflikle anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat 2 ve üstü doğum yapanlarda PMS puanı anlamlı olarak düşük çıkmıştır.

Genital hijyen alışkanlıkları içinde günlük ped kullanımı ile PMSÖ puanı arasında anlamlılık bulunmuştur. İç çamaşırını yıkama yöntemi, banyo yapma alışkanlığı ve genital ek temizlik ürünü kullanımı ile herhangi bir anlamlılığa rastlanmamıştır.

Çalışmanın asıl amacı incelendiğinde PMS olan ve PMS olmayan gruplar arasında GHDÖ puanı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Fakat bildiğimiz kadarıyla literatürde iki başlığın incelendiği yerli veya yabancı başka çalışma olmadığı için yakın başlıklar incelendiğinde menstrüel hijyenin doğru uygulanması ve alışkanlık haline getirilmesi PMS riskinde azalma sağlamaktadır. Bu nedenle hijyen uygulamalarının menstrüel siklusun her gününde doğru uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. PMS ile genital hijyen davranışları arasındaki ilişkinin daha iyi değerlendirilebilmesi için farklı örneklemlerle daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

PMS'in tedavisinde ilk adım olarak yaşam tarzında değişiklik ve iyileştirme sağlanırken genital hijyen uygulamaları sorgulanmalıdır. Doğru davranışların kadının beden algısında iyileşme, stres yönetimine katkı ve sosyal ilişkilerinde konfor

sağlaması beklenmektedir. Kadınların PMS'i tanıması ve yaşadıkları semptomların nedenleri ve tedavi seçenekleri hakkında aydınlatılması gereklidir. Okullarda yapılan bilgilendirme eğitimlerinin içeriği zenginleştirilmelidir. Gerekli destek ergenliğin başında sağlanırsa bedensel ve zihinsel kontrolün daha verimli olacağı düşünülmektedir. Küçük yaşta kazandırılan genital hijyen eğitiminin de alışkanlık edinmeyi kolaylaştırması beklenmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetinde 15-49 yaş izlemlerinin yapılması ile hastalara ulaşılarak sözlü ve broşür eşliğinde bilgilendirmeler yapılmalıdır. Sağlık çalışanları da konu üzerine güncel hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı "Üreme Sağlığına Giriş". Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 2009.s.4-13
2. Balcı O, Çapar M. Vajinal enfeksiyonlar. Türk Jinekoloji Ve Obstet Derneği Derg. 2005;2(5):14-20.
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 19.Baskı. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2024.s.19-639
4. Crann SE, Cunningham S, Albert A, Money DM, O'Doherty KC. Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: a national cross-sectional survey. BMC Womens Health. 23 Mart 2018;18(1):52.
5. Cangöl E, Tokuç B. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon sıklığı ve genital hijyen davranışları. Florence Nightingale Hemşire Derg. 2013;21(2):85-91.
6. Toraman B, Çalım Sİ, Biçici S. Kadın Konukevinde Yaşayan Kadınların Genital Hijyen Davranışları: Manisa İli Örneği. Samsun Sağlık Bilim Derg. 27 Aralık 2021;6(3):625-40.
7. Topuz Ş, Duman NB, Güneş A. Genital Hygiene Practices of Female Students at First Class in the Faculty of Health Sciences. Turk J Clin Lab. 28 Ekim 2015;6(3):85-90.
8. Ege E, Eryılmaz G. Genital Hijyen Davranışları Envanterinin (GHDE) Geliştirilmesi. J Anatolia Nurs Health Sci. 2005;8(3):67-75.
9. Akça D, Türk R. Kadınların Genital Hijyene İlişkin Davranışlarının Belirlenmesi. Kafkas J Med Sci. 01 Nisan 2021;11(1):1-9.
10. Karahan N. Genital Hijyen Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik Güvenirlik Çalışması. İstanbul Med J [İnternet]. 2017 [a.yer 04 Haziran 2025];18(3):157-62 Erişim adresi: https://tr-scales.arabpsychology.com/wp-content/uploads/pdf/genital-hijyen-davranislari-olcegi-toad.pdf
11. Modzelewski S, Oracz A, Żukow X, Iłendo K, Śledzikowka Z, Waszkiewicz N. Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. Front Psychiatry. 2024;15:1363875.

12. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. Klin Psikiyatri. 2011;14(4):241-53.
13. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. Obstet Gynecol. Ekim 2004;104(4):845-59.
14. Gençdoğan B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye'de Psikiyatri. 2006;8(2):81-7.
15. Ardahan M, Bay L. Hemşirelik Yüksek Okulu 1.ve 4. sınıf öğrencilerinin vajinal akıntı ve bireysel hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri. Ege Tıp Derg. 01 Mart 2009;48(1):33-43.
16. Zincir H, Temel AB. Ria'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre Ria Uygulanması, Genital Hijyen Eğitimi Ve Vulvovajinal Enfeksiyonlarının Görülme İlişkisi. Sağlık Bilim Derg. 01 Mart 2010;19(1):60-7.
17. Sevimoğlu MY, Adana F. Mesleki teknik eğitim merkezi öğrencilerinin kişisel hijyen malzemeleri kullanım düzeyleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2019;3(3):171-7.
18. Bulut A. Genital Hygiene Behaviors of Midwives and Nurses Working in Primary Healthcare Services and the Associated Factors. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2020;2(8):35-40.
19. Reid G, Bruce AW. Urogenital infections in women: can probiotics help? Postgrad Med J. 2003;79(934):428-32.
20. Ujházy A, Csaba Á, Máté S, Papp Z, Sziller I. Chlamydia Prevalence and Correlates Among Female Adolescents in Hungary. J Adolesc Health. 01 Kasım 2007;41(5):513-5.
21. Macleod J, Salisbury C, Low N, McCarthy A, Sterne JAC, Holloway A, vd. Coverage and uptake of systematic postal screening for genital Chlamydia trachomatis and prevalence of infection in the United Kingdom general population: cross sectional study. BMJ. 23 Nisan 2005;330(7497):940.
22. Hacialioğlu N, Nazik E, Kiliç M. A descriptive study of douching practices in Turkish women. Int J Nurs Pract. Nisan 2009;15(2):57-64.

23. Çalık KY, Erkaya R, İnce G, Yıldız NK. Genital Hygiene Behaviors Of Women And Their Effect On Vaginal Infections. Clin Exp Health Sci. 29 Eylül 2020;10(3):210-6.
24. Aytaç A. Kadınlarda üreme sağlığı davranışlarının ve geliştirilen vajinal akıntı tanılama formu (VATF) ile konulan tanı sonucunun değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2007.
25. Uslu Yuvacı H, Cevrioğlu S. Kadın üreme sistemi mikrobiyotası. J Biotechnol Strateg Health Res. 2017;1(1):95-103.
26. Kurt B, Yılmaz S. Menapozlu Kadınların Vajinal Enfeksiyon Sıklığı ve Algılanan Stres Düzeyinin Belirlenmesi. J Acad Res Nurs. 01 Aralık 2024;10(3):199-208.
27. Rao VL, Mahmood T. Vaginal discharge. Obstet Gynaecol Reprod Med. 01 Ocak 2020;30(1):11-8.
28. Yağmur Y. Malatya ili fırat sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınların genital hijyen davranışları. TSK Koruyucu Hekim Bül. 2007;6(5):325-30.
29. Cottrell BH. An updated review of of evidence to discourage douching. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010;35(2):102-7.
30. Kısa S. Ankara'da bir AÇS/AP merkezine başvuran 15-49 yaş evli kadınlarda vajinal enfeksiyonların hemşire tarafından tanılanmasında semptom yaklaşımının geçerliliği ve etkinliği. [Doktora Tezi]. [Ankara]: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
31. Kisa S, Taşkin L. Behavioral risk factors that predispose women to vaginal infections in Turkey. Pak J Med Sci [Internet]. 2010 [a.yer 19 Haziran 2025];26(4):800-4. Erişim adresi: https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/90c99305-6994-41bc-939c-3d4db15b9eae/behavioral-risk-factors-that-predispose-women-to-vaginal-infections-in-turkey
32. Pete PMN, Biguioh RM, Izacar AGB, Adogaye SBB, Nguemo C. Genital hygiene behaviors and practices: A cross-sectional descriptive study among antenatal care attendees. J Public Health Afr. 03 Mayıs 2019;10(1):746.
33. Bardin MG, Giraldo PC, Benetti-Pinto CL, Sanches JM, Araujo CC de, Amaral RLG do. Habits of Genital Hygiene and Sexual Activity among Women with

Bacterial Vaginosis and/or Vulvovaginal Candidiasis. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. Şubat 2022;44(2):169-77.

34. Das P, Baker KK, Dutta A, Swain T, Sahoo S, Das BS, vd. Menstrual Hygiene Practices, WASH Access and the Risk of Urogenital Infection in Women from Odisha, India. PLoS ONE. 30 Haziran 2015;10(6):e0130777.
35. Ergün S, Gök G, Karlıdağ E, Güneri SE. Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi. Turk J Fam Med Prim Care. 20 Aralık 2020;14(4):540-7.
36. Zaafrane F, Faleh R, Melki W, Sakouhi M, Gaha L. [An overview of premenstrual syndrome]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Kasım 2007;36(7):642-52.
37. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, vd. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. Am J Psychiatry. Mayıs 2012;169(5):465-75.
38. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. Turk J Clin PSYCHIATRY. 2004;7(60):70-4.
39. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. J Clin Diagn Res JCDR. Şubat 2014;8(2):106-9.
40. Park YJ, Shin H, Jeon S, Cho I, Kim YJ. Menstrual Cycle Patterns and the Prevalence of Premenstrual Syndrome and Polycystic Ovary Syndrome in Korean Young Adult Women. Healthc Basel Switz. 07 Ocak 2021;9(1):56.
41. Al-Shahrani AM, Miskeen E, Shroff F, Elnour S, Algahtani R, Youssry I, vd. Premenstrual Syndrome and Its Impact on the Quality of Life of Female Medical Students at Bisha University, Saudi Arabia. J Multidiscip Healthc. 2021;14:2373-9.
42. Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, Aptalidis D, Pandova M, Stoyanova M, vd. Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. Ann Gen Psychiatry. 2020;19:3.
43. Rezende APR, Alvarenga FR, Ramos M, Franken DL, Dias da Costa JS, Pattussi MP, vd. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors Among

Academics of a University in Midwest Brazil. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. Şubat 2022;44(2):133-41.

44. Erbil N, Yücesoy H. Premenstrual syndrome prevalence in Turkey: a systematic review and meta-analysis. Psychol Health Med. Haziran 2023;28(5):1347-57.
45. Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. J Acad Res Nurs. 2018;4(2):75-82.
46. Yaşar Ö, Karaca PP, Aksu SÇ. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom ve etkileyen değişkenler. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 31 Aralık 2019;8(3):147-52.
47. Akmalı N, Özerdoğan N, Gürsoy E. Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 30 Nisan 2020;13(1):63-74.
48. Toptaş Acar B. Premenstrual Sendrom ve Dismenore Fizyolojisi In Aksu H. (Ed.) Üreme Sağlığı Fizyopatolojisi. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2023.s.115-127
49. Jahanfar S, Lye MS, Krishnarajah IS. The heritability of premenstrual syndrome. Twin Res Hum Genet Off J Int Soc Twin Stud. Ekim 2011;14(5):433-6.
50. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR, Manson JE. Adiposity and the development of premenstrual syndrome. J Womens Health 2002. Kasım 2010;19(11):1955-62.
51. Pearce E, Jolly K, Jones LL, Matthewman G, Zanganeh M, Daley A. Exercise for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BJGP Open. 2020;4(3):bjgpopen20X101032.
52. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. J Psychosom Obstet Gynaecol. Mart 2005;26(1):33-9.
53. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. Arch Fam Med. 1999;8(2):122-8.
54. Dilbaz B, Aksan A. Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. J Turk Ger Gynecol Assoc. 28 Mayıs 2021;22(2):139-48.

55. Premenstrual Syndrome (PMS) [İnternet]. [a.yer 25 Haziran 2025]. Erişim adresi: https://www.acog.org/womens-health/faqs/premenstrual-syndrome
56. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5^{TM}, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xliv, 947 s. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5^{TM}, 5th ed).
57. Malik R, Bhat MDA. The management of Premenstrual syndrome: A review. Bangladesh J Med Sci. 11 Ocak 2018;17(1):16-20.
58. Skovlund CW, Mørch LS, Kessing LV, Lidegaard Ø. Association of Hormonal Contraception With Depression. JAMA Psychiatry. 01 Kasım 2016;73(11):1154-62.
59. Poyrazoğlu S, Günay O. Kayseri İl Merkezinde Premenstrüel Sendrom Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Eskişeh Türk Dünya Uygul Ve Araşt Merk Halk Sağlığı Derg. 29 Ekim 2023;8(3):287-99.
60. Ofeı PA, Altınkaya SÖ. The Prevalence Of Premenstrual Syndrome Among Mıdwıfery Students And Its Relatıonshıp Wıth Lıfestyle. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Üksek Okulu Derg. 16 Ekim 2023;11(3):1697-714.
61. Elvan A. Does premenstrual syndrome affect physical activity and quality of life? A cross-sectional study. J Exerc Ther Rehabil. 30 Ağustos 2023;10(2):115-21.
62. Turan A, Güler Kaya İ, Çakır HB, Topaloğlu S. Prevalence and correlates of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among women aged 18-25 in Turkey. Int J Psychiatry Med. Ocak 2024;59(1):101-11.
63. Yılmaz FÇ, Çağıran D. Adolesan Dönemde Premenstrual Sendromun Obezite İle İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 18 Haziran 2023;12(2):713-8.
64. Pinar A, Öncel S. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). J Clin Obstet Gynecol. 2011;21(4):227-37.
65. Geta TG, Woldeamanuel GG, Dassa TT. Prevalence and associated factors of premenstrual syndrome among women of the reproductive age group in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. PloS One. 2020;15(11):e0241702.

66. Dutta A, Sharma A. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in India: A systematic review and meta-analysis. Health Promot Perspect. 2021;11(2):161-70.
67. Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, vd. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Mayıs 2012;162(1):83-6.
68. Shrestha DB, Shrestha S, Dangol D, Aryal BB, Shrestha S, Sapkota B, vd. Premenstrual Syndrome in Students of a Teaching Hospital. J Nepal Health Res Counc. 04 Ağustos 2019;17(2):253-7.
69. Altıntaş RY, Bakır S, Gül İ, Süer N, Kavlak O. Hemşirelik Öğrencilerinde Menstruasyon Tutumunun Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi. Turk J Fam Med Prim Care. 10 Eylül 2021;15(3):568-75.
70. Bilgen FG, İpekçi NN. Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Dersini Alma Durumlarına Göre Menstrual Sağlık ve Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi: Kilis İli Örneği. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilim Ve Araştırmaları Derg. 25 Nisan 2024;6(1):131-9.
71. Dağlar ÖŞ, Altıntaş E, Kaydırak MM. Genç Yetişkin Kadınlarda Genital Hijyen Davranışlarının Menstrual Tutum Üzerindeki Etkisinin Yapısal Eşitlik Modellemesi ile İncelenmesi. Sağlık Bilim Üniversitesi Hemşire Derg. 03 Ağustos 2024;6(2):157-64.
72. Çelik A, Uskun E. Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. Pamukkale Med J. 01 Ocak 2022;15(1):1-13.
73. Gül S. Examınatıon Of Meanıng And Purpose Of Lıfe In Women Wıth Premenstrual Syndrome. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Mesl Üksek Okulu Derg. 10 Haziran 2023;11(2):1372-83.
74. Mutlu İ, Ataman H. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ile Duygusal Yeme Davranışı Arasındaki İlişki. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 25 Nisan 2025;10(1):1-15.
75. Çelik A, Eroğlu HS, Akbulut A, Demirtaş G. Türk kadınlarında premenstruel sendrom varlığına göre fiziksel aktivite öz değerinin incelenmesi. Curr Perspect Health Sci. 30 Eylül 2023;4(2):46-53.

76. Arslan M, Emre N, Külcü BK, Özşahin A, Edirne T. Kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi. Ege Tıp Derg. 12 Haziran 2023;62(2):240-8.
77. Durmuş MK, Zengin N. Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Profesyonelleri Araşt Derg. 12 Ekim 2020;2(3):113-20.
78. Saglam HY, Basar F. The relationship between premenstrual syndrome and anger. Pak J Med Sci. 2019;35(2):515-20.
79. Akgün T, Aksu S, Özyazıcıoğlu N. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendrom ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Artuklu Int J Health Sci. 22 Aralık 2023;3(3):284-90.
80. Rezaee H, Mahamed F, Amidi Mazaheri M. Does Spousal Support Can Decrease Women's Premenstrual Syndrome Symptoms? Glob J Health Sci. 23 Ağustos 2015;8(5):19-26.
81. Kahvacı R, Amanak K. Premenstrual Sendrom ile Algılanan Stres ve Gece Yeme Sendromu İlişkisi. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 06 Mayıs 2024;2(2):102-12.
82. Ataman H, Tan K. Premenstrual Sendrom İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişki. Izmir Democr Univ Health Sci J. 27 Aralık 2021;4(3):302-15.
83. Adigüzel H, Taşkin EO, Danaci AE. [The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey]. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 2007;18(3):215-22.
84. Şolt A, Hür S, Karaman S, Avcı N, Aka N. Effects of Genital Hygiene Behaviors of Midwifery and Nursing Students on Vaginal and Urinary Tract Infections. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 30 Nisan 2022;(16):202-22.
85. Özeren A, Atila D, Helvacı M. Hastane Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom Ve Depresyon İle İlişkisi. İzmir Tepecik Eğitim Hastan Derg. 2013;23(1):25-33.
86. Choi SH, Hamidovic A. Association Between Smoking and Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis. Front Psychiatry. 2020;11:575526.
87. Fernández MDM, Saulyte J, Inskip HM, Takkouche B. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 16 Nisan 2018;8(3):e019490.

88. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation Of Premenstrual Syndrome And Contributing Factors Among University students*. Turk J Med Sci. 01 Ocak 2010;40(4):565-73.
89. Ayvazoğlu C. 18-49 yaş arası kadınların menstrüel siklusları ile premenstrüel sendrom belirtilerinin değerlendirilmesi ve demir parametreleri ile ilişkisinin araştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2022.
90. Mohammed MJ, Al-Fahham AA, Ogaili SSA. Relationship between sexual desire and premenstrual syndrome in young women in Iraq. Indian J Forensic Med Toxicol. 2021;15(1):1272-7.
91. Yang M, Gricar JA, Maruish ME, Hagan MA, Kornstein SG, Wallenstein GV. Interpreting Premenstrual Symptoms Impact Survey scores using outcomes in health-related quality of life and sexual drive impact. J Reprod Med. 2010;55(1-2):41-8.
92. Gözüyeşil E. Investigation of genital hygiene behavior: An example of slum area. Ortadoğu Tıp Derg. 01 Haziran 2020;12(2):186-93.
93. Yeşilçınar İ, Yanık D. Doğum Yapan ve Yapmayan Kadınlarda Premenstrual Sendrom ve Mental İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşire Çalışmaları Derg. 01 Eylül 2023;6(2):290-8.
94. Sato A, Fukawa-Nagira A, Sashihara T. Lactobacillus paragasseri OLL2809 Improves Premenstrual Psychological Symptoms in Healthy Women: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. Nutrients. 01 Aralık 2023;15(23):4985.
95. Majeed J, Sharma P, Ajmera P, Dalal K. Menstrual hygiene practices and associated factors among Indian adolescent girls: a meta-analysis. Reprod Health. 23 Haziran 2022;19(1):148.
96. Betsu BD, Medhanyie AA, Gebrehiwet TG, Wall LL. Menstrual hygiene management interventions and their effects on schoolgirls' menstrual hygiene experiences in low and middle countries: A systematic review. PLOS ONE. 22 Ağustos 2024;19(8):e030252