

T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

**15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA PREMENSTRUAL
SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI**

Ayfer PINAR

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2007

T.C
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

15-49 YAŞ GRUBU KADINLARDA PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI

Ayfer PINAR

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Yrd.Doç.Dr. Selma ÖNCEL

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

Antalya, 2007

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Antalya Sağlık Y¼ksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Y¼ksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

.../.../...

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Selma ¼NCEL
Akdeniz ¼niversitesi
Antalya Sağlık Y¼ksekokulu

¼ye :

¼ye :

¼ye :

¼ye :

ONAY:

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulunun .../.../... tarih ve .../... Sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nurettin Oğuz
Enstit¼ M¼d¼r¼

ÖZET

Premenstrual Sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazı esnasında ortaya çıkan, duygusal, fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterize, genç ve orta yaş kadınlarda yaygın olarak görülen bir menstrual siklus bozukluğudur.

Araştırma, Antalya il merkezinde bulunan iki sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlardaki PMS görülme sıklığını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Kent merkezinde bulunan 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı ve gecekondu bölgesinde bulunan 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı'na kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlardan toplam 600 kişi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Halbreich ve Endicott (1982) tarafından geliştirilen ve Dereboy (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan, Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Student t testleri, tek yönlü varyans analizleri (ANOVA), Sheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 43.2'sinin hafif ve orta, %48'inin ise şiddetli derecede PMS yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların premenstrual dönemde en fazla şikayet yaşadıkları alt ölçekler sırasıyla, genel fiziksel rahatsızlık, yorgunluk, atipik depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık ve bunaltı alt ölçekleri olarak belirlenmiştir. Kadınların kendini iyi hissetmede artış, otonomik fiziksel değişimler ve histeroid özellikler alt ölçeklerine ait şikayetleri ise minimal düzeyde yaşadıkları saptanmıştır. Gecekondu bölgesinde yaşayan, sigara içen, çalışmayan, ortaokul mezunu olanlarda ve öğrencilerde PDF puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra medeni durum, beden kitle indeksi, en uzun süre yaşanan yer, gebelik ve çocuk sayısı, sürekli ilaç kullanımı, eş eğitimi ve mesleği, aile şeklinin ve gelir düzeyinin PDF puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, 15-49 yaş grubu kadınlara PMS yaşama durumunu etkileyen faktörlerle baş edebilmelerini sağlamaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: premenstrual dönem, premenstrual sendrom, kadın sağlığı, hemşire

ABSTRACT

Premenstrual Syndrome (PMS) is a menstrual cycle disorder characterized by emotional, physical and behavioural symptoms occur during luteal phase of menstrual cycle, the disorder is commonly observed in young and middle aged women.

The study was conducted in a descriptive way in order to determine the occurrence frequency of PMS in women in between 15-49 years who were registered in two Primary Health Care Center in city centre of Antalya province. Totally 600 individuals consisted of women aged between 15 years to 49 years registered to either number 25 İsmet Yüce Primary Health Care Center in city centre or number 6, 70th Year Cumhuriyet Primary Health Care Center in the slum area formed study sample. In gathering data, retrospective Premenstrual Assessment Form (PAF) was used which was developed by Halbreich and Endicott (1982) and adapted to Turkish by Dereboy (1994). In data analysis, Student's t test, one-way variance analysis (ANOVA) and Scheffe test were used.

It was determined that 43.2 % and 4.8 % of participant women experienced mild-intermediate and serious PMS, respectively. Subscales of which women most frequently complain were general physical discomfort, fatigue, atypical depressive signs, hostility/anger and anxiety. It was found that women rarely experience subscales related to increase in good self-feelings, autonomic physical changes and hysteroid features. Average PAF scores found to be high in shanty town residents, smokers, unemployed and graduates of secondary school as well as students. Additionally, it was determined that marital status, body mass index, most commonly resided location, pregnancy and number of children, continuous medication, education and profession of husband, type of family and income status does not have statistically significant effect on average PAF scores.

In accordance with obtained results, it was advised to manage the factors affecting PMS living conditions for the women 15-49 age group.

Key Words: premenstrual period, premenstrual syndrome, women health, nurse

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Tez çalışmam sırasında bana her zaman yol gösteren danışman hocam, Sayın Yrd.Doç.Dr. Selma ÖNCEL'e,

İstatistiksel analizlerde yardımcı olan Sayın Yrd.Doç.Dr. Can Deniz KÖKSAL'a,

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne,

Antalya Merkez 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı ve 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı çalışanlarına ve araştırmaya katkıda bulunan tüm kadınlara,

Eğitimim süresince bana destek olan tüm iş arkadaşlarıma,

Çalışmalarım sırasında her zaman yanımda olan arkadaşım Ayşegül ERMİŞ'e

Her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyip hep yanımda olan aileme, özellikle ablam Melahat ve eşi Mustafa BULGUR'a,

Çalışmalarımda bana güç verip beni yalnız bırakmayarak her zaman desteğini hissettiren Tuğrul PEKER'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	SAYFA
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tanım	3
2.2. PMS'nin Tarihçesi	5
2.3. PMS Epidemiyolojisi	6
2.4. PMS Etiyoloji ve Patofizyolojisi	6
2.5. PMS'nin Etkileri	11
2.6. Risk Faktörleri	13
2.7. PMS Belirtileri	14
2.8. Ayırıcı Tanı	16
2.9. PMS Tedavisi	17
2.9.1. Farmakolojik Olmayan Tedaviler	17
2.9.2. Hormonal Olmayan Tedaviler	21
2.9.3. Hormonal Tedaviler	22
2.9.4. Cerrahi Tedavi	23
2.10. PMS'de Hemşirenin Rolü	23
2.10.1. PMS'de Hemşirelik Tanıları	26

GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	34
3.4. Verilerin Toplanması	35
3.4.1. Ön Uygulama	36
3.4.2. Soru Formunun Uygulanması	36
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	38
BULGULAR	39
4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	39
4.2. Premenstrual Değerlendirme Formuna Ait Veriler	43
4.3. PDF Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması	49
TARTIŞMA	54
SONUÇLAR	63
ÖNERİLER	65
KAYNAKLAR	67
ÖZGEÇMİŞ	75
EKLER	
Ek 1: Araştırmanın Yapılmasına İlişkin İzin Belgesi	
Ek 2: Araştırmacının Kendini Tanıtması ve Kadınlardan Onay Alınmasına Yönelik Form	
Ek 3: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerini Belirlemeye Yönelik Soru Formu	
Ek 4: Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığını Belirlemeye Yönelik Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)	

KISALTMALAR DİZİNİ

PDF	: Premenstrual Değerlendirme Formu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PMS	: Premenstrual Sendrom
PMDD	: Premenstrual Disforic Disorder
GNRH	: Gonodotropin Releasing Hormon
SSRI	: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors
LLPDD	: Late Luteal Phase Dysphoric Disorder
PRL	: Prolaktin
EPO	: Evening Primrose Oil
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	: Luteinize Edici Hormon
PMM	: Premenstrual Magnifikans
AÖS	: Adet Öncesi Sendrom
EOP	: Endojen Opiat Peptid
PG	: Prostaglandin
TRH	: Tiroid Releasing Hormon
GH	: Growth Hormon
BKI	: Beden Kitle İndeksi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO	SAYFA
3.1. PDF Alt Ölçeklerine Giren Sorular ve Alt Ölçek Puanlarının Hesaplanması	36
4.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri	39
4.1.2. Kadınların Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı	41
4.1.3. Kadınların Gebelik ve Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	42
4.2.1. Kadınların PDF Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Verilerinin Dağılımı	43
4.2.2. PDF Kümeleri Eşik Değerleri	44
4.2.3. Kadınların PDF Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Kümelere Göre Dağılımları	45
4.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların PDF Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları	46
4.2.5. Kümelerin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Premenstrual Semptom Şiddetine Göre Dağılımı	47
4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
4.3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Sağlık Özellikleri ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik ve Çocuk Sayıları ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Premenstrual Sendrom (PMS), kadınlarda menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp, menstruasyonun başlamasıyla hızla düzelen, üreme çağı boyunca oldukça yaygın görülen, somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur (1, 2, 3). Cinsel olgunluk çağındaki kadınların büyük çoğunluğunda görülmesi nedeni ile bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (4).

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80'nin, menstrual siklusun premenstrual fazına bağlı bazı değişiklikler yaşadığı bildirilmektedir (5). DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ise kadınların psikolojik fonksiyonlarında, hafif premenstrual değişikliklerin prevalansını yaklaşık %75, PMS belirtilerini ise %20-30 olarak belirtmiştir (6).

PMS, sadece kişiyi değil, ailesini ve içinde bulunduğu prupları da etkiler (7). Kadının ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini bozar, işteki verimini aksatır, rollerini yerine getirmesini güçleştirir. Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmaları da, bu dönemin daha şiddetli ve sıkıntılı geçmesine neden olur (4). PMS' li kadınların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir (7). Bu dönemdeki kadınlarda fabrikalara hastalık nedeni ile işe gelmeme oranında, hastalık ya da psikolojik nedenlerle hastane acillerine başvuranlarda, davranış bozukluklarında, intihar girişimlerinde ve çocuklara uygulanan baskılarda artma olduğu görülmüştür (8). Artan kaza/hata oranları, kadınların erkeklerden %43 daha fazla görev başında bulunmaması ve kadınların %30-40'ının kişisel ve profesyonel yaşamında geçici, tekrarlayan bozulmalar PMS'ye atfedilmektedir (9). Ancak kadınlar bu durumun kadın olmanın kaçınılmaz bir parçası olduğunu düşündükleri için PMS semptomlarını doğal bir durum olarak algılamaktadır (10).

PMS'nin azaltılması ya da önlenmesi, bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi açısından önemlidir. Aynı zamanda mesleki yönden hemşirelerin, koruyucu, bakım verici, eğitici, danışman, işbirlikçi ve savunucu rollerinden birden fazlasını uygulayabileceği bir konudur (11). Topluma hizmet veren hemşireler, PMS şikayetlerini deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında bütüncül bir yaklaşımla rol alabilecek ve soruna fazlasıyla çözüm getirebilecek bir konumdadır. PMS'yi tanılama süreci hemşireye, kadın ve ailesinin PMS hakkındaki bilgilerini, yanlış inanç ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için fırsat verir (12, 13).

Hemşireler kadını ve ailesini, PMS semptomlarını azaltmaya yönelik uygulamalar ile ilgili cesaretlendirerek, kadının sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli önerilerde bulunmalıdır. Hemşireler, kadının yaşam şeklinde değişiklik yaratacak eğitimler yapma yoluyla bunu sağlamalıdır (14). Aynı zamanda, kadın sağlığını korumak ve sürdürebilmek için konu ile ilgili yapacakları eğitimlerin sürekliliğini sağlayarak toplum sağlığına da korumaya katkıda bulunmalıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda Premenstrual Sendrom görölme sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

Menstruasyon olan kadınlarda, menstrual siklus boyunca dolaşımdaki hormonların miktarındaki değişimlere bağlı olarak bazı fiziksel, psikolojik yakınmalar görülmektedir. Bu yakınmalar içinde kadının günlük hayatını etkileyen en önemli sorunlar premenstrual dönemdeki şikayetler ile dismenoreidir. Ancak premenstrual dönemle, menstruasyon süreci boyunca saptanan şikayetlerin birbirinden farklı olduğu bildirilmektedir (4)

Menstruasyon kadın hayatında 30-35 yıl devam eden ve birçok kadında 25-35 gün aralıklarla meydana gelen fizyolojik bir olaydır. Hipotalamo-hipofizer, ovarial ve endometrial siklus değişiklikleri ile karakterizedir. Ovarian katılım foliküler ve luteal olmak üzere iki faza ayrılır. PMS'nin semptom ve işaretlerinin, menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıktığına dair fikir birliği vardır (15, 16).

Luteal fazdaki "premenstrual tension" diye adlandırılan ve premenstrual gerginlik sendromu, premenstrual disfori, geç luteal faz disforik bozukluk gibi isimlerle tanınan PMS, genç ve orta yaş kadınların sağlığını yakından ilgilendiren bir durumdur. PMS, menstruasyonun luteal fazı boyunca ortaya çıkan, yeme bozukluğundan, intihara kadar çeşitli fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden ve kişilerarası ilişkileri etkileyen yaygın, sıklık bir bozukluktur (15, 17-20). Kadınların premenstrual değişikliklerle ilgili psikolojik algıları ve deneyimleri uzun süredir önemli bir konu olmuştur. Kadınların bu dönemde yaşadığı değişikliklere yönelik müdahaleler geliştirmek için premenstrual semptomatolojiye eşlik eden değişiklikleri anlamak gerekir (6).

PMS ile eş anlamlı olarak kullanılan "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder = LLPDD) kriterleri 1987'de yayınlanan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"ın üçüncü baskısının DSM-III-R ekinde yer almıştır. Ardından yeniden gözden geçirilip 1994'de yayınlanan dördüncü baskısında (DSM-IV) da yer almıştır. Ancak bazı otoriteler LLPDD'nin sadece luteal fazın geç dönemindeki semptomları göz önüne alıp tüm luteal faz boyunca yakınmaları olan kadınları göz ardı ettiği gerekçesiyle, PMS ile LLPDD'nin aynı anlamda kullanılmaması gerektiğini savunmaktadırlar (7, 21).

DSM IV’de yer alan “Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk” tanı kriterleri şunlardır (7, 22, 23):

A- B’de yer alan semptomlar geçen yıl boyunca birçok menstrüal siklusta, luteal fazın son haftası içinde görülüp, foliküler fazın başlamasıyla birkaç gün içinde düzelmelidir. Adet gören kadınlarda bu fazlar, adetın başlamasından bir hafta öncesi ve birkaç gün sonrasına karşılık gelmektedir. Histerektomi ameliyatı geçirip adet görmeyen kadınlarda luteal ve foliküler fazların zamanlaması için üreme hormonlarının ölçümü gerekmektedir.

B- Aşağıdaki semptomlardan en az beşi, geç luteal fazların çoğunda görülmelidir (1-2-3 veya 4’den en az birer semptom):

- 1- Belirgin duygusal labilite. Örneğin; kendini aniden hüzünlü hissetmek, her an ağlayacakmış gibi olmak, kolay uyarılabilir veya sinirli olmak.
- 2- Kalıcı ve belirgin öfke veya kolay uyarılabilirlik.
- 3- Belirgin anksiyete, gerginlik, heyecanlı ya da sinirli olmak.
- 4- Duygu-durumun belirgin ölçüde depresif olması, kendini umutsuz hissetmek veya kendi kendine inkar edilen düşünceler.
- 5- Günlük aktivitelere (örneğin; iş, arkadaşlar, hobileri) ilginin azalması.
- 6- Kolay yorulma veya belirgin enerji kaybı.
- 7- Konsantrasyon güçlüğü hissetmek.
- 8- Belirgin bir iştah artışı, aşırı yeme veya bazı yiyeceklere karşı aşırı istek duymak.
- 9- Çok uyumak ya da uykusuzluk.
- 10- Diğer fiziksel semptomlar: Memede gerginlik veya şişme, baş ağrısı, eklem veya kas ağrısı, şişkinlik hissi, kilo artışı.

C- İş, sosyal aktiviteler ve diğer kişilerle ilişkileri olumsuz yönde ciddi ölçüde etkileyen hastalıklar.

D- Bu rahatsızlıklar; majör depresyon, panik bozukluk, distimi (en az iki yıl süren bir depresyon türü) gibi diğer bozukluk semptomlarının ya da kişilik bozukluklarının şiddetlenmesine bağlı olmamalıdır.

E- A,B,C,D kriterleri kadının kendi kendine uygulayacağı günlük çizelgelerle en az iki siklus boyunca prospektif olarak doğrulanmalıdır .

PMS, DSM IV’de, “Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk” başlığı altında “Premenstrual Disforik Bozukluk” adıyla yer almıştır. Bu tanıma göre; geçen yıl boyunca, menstrual siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak bir takım semptomlar (örneğin; belirgin depresif bir duygu-durum, belirgin anksiyete, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma) ortaya çıkması, bu semptomların menstruasyonların başlangıcından sonraki birkaç gün içinde ortadan kalkmış olması ve bu semptomların iş yaşamında, okul yaşamında ya da olağan etkinliklerde bozukluklara yol açacak kadar ağır düzeyde olması ve menstruasyonlardan sonra en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gerekmektedir (24).

Kadınlarda premenstrual dönemde meydana gelen değişiklikler, hafif, rahatsızlık yaratmayan, birden fazla semptomun aynı anda yaşanması şeklinde olabilir. Göğüslerde hassasiyet ve ödem gibi semptomlar kadınların bir çoğunda menstruasyona yakın dönemde meydana gelir ve genellikle kadınların tedavi olma gereksinimi duymayacakları derecede hafiftir. Buna “Premenstrual Molimina” denir (25, 26). Psikiyatrik sorunu olan bazı hastalarda, semptomların premenstruel dönemde artış göstermesine de “Premenstrual Magnifikans” (PMM) denir. Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90’ında Premenstrual Molimina görülürken, kadınların %3-5 kadarında ise semptomlardan biri veya daha fazlası hastayı ileri derecede distrese sokacak düzeydedir (27).

2.2. Premenstrual Sendromun Tarihçesi

Menstrual bozukluklara ilişkin en eski bilgilere M.Ö. 460-377 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat’ın yazılarında rastlanabilmektedir. Bu yazılarda “Histeri” terimi, siklik menstrual disfonksiyonu tanımlamak amacıyla kullanılmış ve bu soruna uterusun, vücut içinde dolaşıp bir yere yerleşmesinin neden olduğu düşünülmüştür (18, 21).

Menstruasyonla ilgili efsaneler, erkeklerin adet gören kadınlara ve adetli kadınların erkeklere karşı tavırlarından kaynaklanmaktadır. Anaerkil klan döneminde, hem adet gören hem de kanaması olması nedeniyle doğum yapmış kadından uzak durma geleneği bulunmaktaydı. Burada kadına duyulan saygı, kadının ve bebeğin korunması gereği ön plandadır. Ardından ataerkil dönemde kadının toplumdaki konumunun değişmesiyle, adet gören bir kadına kötü gözle bakıldığı görülmektedir. Hemen hemen dünyanın her yerinde, adetli bir kadına şeytan ruhunun hükmettiği düşüncesi bulunmaktaydı. Aristo, adetli bir kadının aynayı bakışıyla matlaştırabileceğini ve daha sonra bakan kişinin büyülenebileceğini söylemiştir (7).

Genelde tarihin erken dönemlerinden beri, yaygın bir şekilde kandan korkma sözkonusudur. Bu içgüdüsel korku, kan ve onunla temas eden her şeyle ilgili tabulara neden olmuştur. Bu tür bir düşünce, kadınların kendi adet dönemlerine karşı tepkilerini belirlemiş, politik olarak eşit konumda olmamalarına, annelerin kızlarına adeti utanç verici bir şey olarak öğretmelerine yol açmıştır (7).

Yıllarca premenstrual döneme ait birçok semptom tarif edilmişse de, klinisyenlerin çoğu yaşanan bu değişiklikleri, önemsiz psikosomatik bir durum olarak algılamışlardır (25). Karadağ’ın belirttiğine göre, Hipokrat’tan beri yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuştur. Trotula De Salerno daha 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları, çocuk bakımı ve eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi sendrom (AÖS) ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. 16. yüzyılda ise Padova’lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir. Icard, piromani (yangın çıkarma hastalığı), dipsomani (aşırı miktarlarda alkollü içki içmek için duyulan bir zorlanma hissi), homisidal ve suisidal mani, erotomani (çılgınca bağlanma bozukluğu), nimfomani (cinsel ilişki için aşırı istek duyma), morbid kıskançlık, melankoli ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840’da bazı kadınların adet döneminde “histerik, nöraljik ve kaprisli” olduklarını yazmıştır (23).

Anson'un belirttiğine göre, PMS ile ilgili ilk tanımlayıcı araştırma, 1931 yılında Frank tarafından yapılmıştır. O dönemde premenstrual gerilimin hormonal nedenleri tanımlanmış ve PMS'nin nedeni luteal fazdaki aşırı östrojen artışına bağlanmıştır. PMS terimi ise ilk kez 1953 yılında Dalton ve Green tarafından kullanılmıştır (24). 1953'ten sonra premenstrual sendrom, premenstrual tension sendrom ve premenstrual tension gibi terimler benzer anlamlarda kullanılmıştır. 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da PMS, hastalık sınıflandırma sistemine dahil edilmiştir. 1987'de ise PMS, DSM'nin üçüncü baskısında tanı kategorisine dahil edilmiştir (15, 17, 19). PMS yüzyıllardan beri bilinmesine rağmen ancak son 50 yılda bir sendrom olarak kabul edilip tedavisi için çalışılmaktadır. Bugün bile patogenezi, semptomatolojisi ve tanısı değişkendir (28).

2.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalar üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80'nin, menstrual siklusun premenstrual fazına bağlı bazı değişiklikler yaşadığını göstermektedir (5). DSM- IV ise kadınların psikolojik fonksiyonlarında, minör premenstrual değişikliklerin prevalansını yaklaşık %75, PMS belirtilerini ise %20-30 olarak belirtmiştir (6).

PMS semptom ve işaretlerinin, yaş ve PMS arasındaki ilişkinin uyumsuzluğuna karşın, 25-35 yaş arası kadınlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ancak bu dönemdeki kadınlar tedavi için başvurduklarında yaklaşık 10 yıldır bu belirtilere sahip olduklarını bildirmektedir. PMS ergenlik döneminde başlamakta belirtiler giderek şiddetlenmekte ve daha sonra kadın menopoza yaklaştıkça belirtiler azalmaktadır. Çok net bulgular olmasa da pek çok kadın belirtilerin gebelik sayısı ve yaşla doğru orantılı olarak arttığını belirtmektedir (29). Kariyer ve ailevi nedenlere bağlı olarak yaşanan strese bağlı da PMS semptomlarında yaşla birlikte artış görülmektedir (15). Bununla birlikte medeni durum, ırk, kültür ve eğitim seviyesi ile PMS arasında pozitif bir bağlantı görülmemiştir (17, 18).

PMS'de kalıtımın sorumlu olup olmadığı tam olarak bilinmemesine karşın, bazı çalışmalar genetik faktörlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda monozygotik ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca anneler ve adolesan yaşta kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir. PMS'ye psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda daha sık rastlanıp rastlanmadığı konusunda tartışmalar vardır. PMS'li hastalarda, kontrol grubuna göre, yalnızca luteal fazda daha sık depresyon görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca PMS ve endojen depresyon olguları, psikolojik profiller ve kortikal sekresyon dinamiği açısından karşılaştırıldığında, endojen depresyonda görülen, depresif ataklar PMS'de farklı bulunmuştur (25, 27).

2.4. Etiyoloji ve Patofizyoloji

Premenstrual sendromun etyolojisi ve patofizyolojisi hala tam olarak bilinmemektedir (3, 24, 30). PMS'nin etyolojisini açıklayan hipotezler, psikolojik, sosyal ve biyolojik esaslara dayanır (28). Bilinen psikolojik bir neden olmamasına

karşın bulguları ve semptomları maksimum düzeye çıkaran depresyon, iritabilite ve anksiyete gibi psikososyal bileşenler vardır. PMS, duygusal, biyokimyasal ya da hormonal, nörotransmitterlerdeki değişikliklere bağlıdır (15). PMS hakkındaki psikolojik teorilere göre premenstrual ve menstrual şikayetler kadın cinsiyeti ile ilgili sorunlardan kaynaklanır. Daha önce majör depresyon geçiren kadınlarda PMS'nin daha sık görüldüğü, psikolojik bozuklukları arttırabileceği açıklanmaktadır (28).

Sosyal teorilere göre; premenstrual fazda olduğunu bilen kadınlar, bilmeyenlere göre daha fazla semptom yaşar (28). Menstruel ve premenstruel durum ve davranışlar kültürel inançlar, sosyal faktörler ve yaşam stresinden de etkilenir. Sosyal çevre değişikliklerinin semptomlarda azalma ya da artmaya neden olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (27). Deuster ve arkadaşlarının (1999) PMS'nin biyolojik, sosyal ve davranışsal faktörlerle ilişkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, PMS'li kadınların PMS'si olmayanlara göre 2,9 kez daha fazla fiziksel yönden aktif olduğu bildirilmektedir (31).

Biyolojik teorilerden biri endokrin bozukluklardır (28). Bu teoriye göre; östrojen/progesteron oranının değişmesi, yetersiz ya da fazla progesteron salgılanması ve aldosteronizm PMS oluşmasında rol oynar (28, 30). PMS'nin ovaryan steroid hormonlar, endojen opioidpeptidler, santral nörotransmitterler, prostaglandinler ve periferik otonomik ve endokrin sistemler arasında kompleks olan ve az bilinen bir etkileşimin sonucu ortaya çıktığı sanılmaktadır (13, 25).

Kafeinin, çay, kahve, kola, çikolata şeklinde alımının ve tütün kullanımının PMS bulgularıyla ilişkisi olabileceği düşünülmektedir (15). Masho ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ise şişman kadınlarda, şişman olmayanlara göre PMS'nin daha fazla görüldüğü, genç ve sigara içenlerde PMS prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (32). PMS patofizyolojisinde rol oynayan etmenler şunlardır:

a) Endojen Opiat Peptidlerde (EOP) Azalma: Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler, biyolojik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek, davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve barsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir (27). Beta endorfin düzeyindeki azalmalar, anksiyete, hiperirritabilite, yeme isteğinde artma ve fiziksel rahatsızlık gibi önemli premenstrual semptomlara neden olmaktadır (33). Normal menstruel siklusta beta endorfin luteal fazda artmakta, foliküler fazda azalmaktadır. Luteal fazda arttığı zaman yemek yeme isteğini stimüle eder, noradrenerjik baskıya neden olarak iritabilite, anksiyete, gerginlik ve saldırgan davranışlar ortaya çıkabilir. Ayrıca EOP'ler barsaklardan prostaglandinleri inhibe ederek, barsak faaliyetlerinin azalmasına, konstipasyon ve karında şişliğe neden olabilir (25, 28).

b) Serotonin Eksikliği: Depresyonda santral sinir sisteminde serotonin eksikliği olduğu, PMS hastalarının eritrositlerinde ve plateletlerinde serotonin düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (33). PMS'de kanda ve trombositlerde serotoninin azaldığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda serotonerjik ilaç uygulanan PMS

vakalarında anksiyete, konsantrasyon bozuklukları, şişkinlik ve meme hassasiyetinde düzelme meydana geldiği ileri sürülmüştür (27, 28).

c) Prostaglandinler (PG): PMS’de PG yetmezliği öne sürülmüştür. PG eksikliği açısından foliküler faz ile luteal faz arasında bir fark görülmemiştir. Esansiyel yağ asitlerini kullanarak artan PG sentezinin inhibisyonunun PMS semptomlarını hafiflettiği bilinmektedir. Esansiyel yağ asidi desteğine dayanan bu teori tam olarak bilinmemektedir. Görülebilir bir endokrin anomalinin yokluğu, PMS’nin ovarian siklusun endokrin değişikliklerine farklı şekilde duyarlılık göstermesi ile açıklanmaktadır. İn vitro çalışmalarda polyunsaturated esansiyel yağ asitleri ile östrojen ve progesteron aktivitesi arasında hücrel ve reseptörel düzeyde etkileşim olduğunu göstermektedir (33). Bazı çalışmalarda PG inhibitörünün verilmesiyle PMS’nin bazı semptomlarının düzeldiği görülmüştür. PG’lerin betaendorfinleri de etkilediği düşünülmektedir. PG inhibitörlerinin ödemi azaltıcı etkisi olduğu bildirilmektedir (3).

d) Steroid Hormon Dengesizliği: Speroff ve arkadaşlarının belirttiğine göre, ilk kez 1931 yılında Frank, kanda steroid hormonlarının normalden yüksek olmasının santral sinir sistemindeki nörotransmitterleri etkilediğini ve PMS’ye neden olduğunu ileri sürmüştür. Fakat kesin bir sonuç alınamamıştır. 1950 yılının ortalarında Dalton, luteal fazda progesteron yetmezliğinden bahsetmiş ve bu fikri benimsetmiştir. PMS tedavisinde uzun yıllar progesteron kullanılmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Daha sonra plasebo grubu kullanılarak progesteronla (vaginal suppozituar) yapılan çalışmalarda başarı elde edilememiştir. Tek bilinen özellik overlerin fonksiyonlarının engellenmesi ile PMS’nin ortadan kalktığıdır (34). Ismail ve arkadaşlarının belirttiğine göre, PMS patofizyolojisinde ovarian steroidlerin özellikle de progesteronun rolü olduğu açıklanmaktadır. Son 20 yılda PMS ile ilgili yapılan çalışmalarda elde edilen veriler, progesteron fazlalığı, östrojen/progesteron dengesizliği ve progesteron eksikliğinin bu teoriyi desteklediğini göstermiştir. Bununla birlikte serum ovarian steroid konsantrasyonları üzerinde çalışılan kadınlarda normal düzeyde bulunmuştur (30).

e) Tiroid Fonksiyon Bozukluğu: Hipotiroidinin, PMS’li hastaların %94’ünde subklinik olarak görüldüğü bununla birlikte tiroid hormonu verildiğinde semptomların düzeldiği bildirilmiştir. PMS’li hastaların Tiroid Releasing Hormon (TRH) stimülasyon testine anormal yanıt verdiğine dair literatür bilgileri de vardır. İki ayrı çalışmada PMS gruplarında kontrol gruplarına göre daha fazla subklinik hipotroidi saptanmıştır. Ancak foliküler ve luteal faz arasında bir farklılık bulunmamıştır. Araştırmacılar subklinik hipotroidiyi PMS nedeni olarak kabul etmemekte, ancak birlikte görülebileceğini vurgulamaktadırlar (25, 27).

f) Çinko Eksikliği: Çinkonun, kadında emosyonel ve mental olaylarla ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini gösteren bazı mekanizmalar vardır. İleri sürülen mekanizmalar şunlardır (27):

- Çinkonun opiyatların kendi reseptörlerine bağlanabilirliğini sağladığı gösterilmiştir.
- Santral sinir sistemindeki nörotransmitterlerin değişiminde rol oynayabilirler.
- İn vitro olarak prolaktin, GH ve LH'nın hem sentezini hem de sekresyonunu değiştirebilir.
- PGE sentezinde önemlidir. Lipid ester kaynağından dihomogamalinoleik asidin sekresyonunu sağlar.
- Endometriyumun progesteronu bağlamasında rol oynar.

PMS'li hastalar karbonhidrat ve şekeri çok tükettikleri için bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği düşünülmüştür. Çinkonun emosyonel ve mental olaylarla ilişkisi olduğu düşünüldüğünden bu mineralin eksikliği araştırılmıştır (25).

g) Magnezyum (Mg) Eksikliği: İlk kez 1983 yılında Abraham, PMS etiopatogenezinde Mg yetmezliğini öne sürmüştür. Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği iştahsızlık, bulantı, apati, kişilik değişimleri, yaygın adale spazmları ve tremor yapmaktadır (35).

PMS'si olan kadınlarda Mg oranında düşüklük tespit edilmiş ve bunun nedeni olarak azalan gastro intestinal sistem aktivitesi veya hızlanan renal atılım olduğu belirtilmiştir (35). Başka bir düşünceye göre ise PMS, Mg azalmasına yol açmaktadır. PMS'de görülen subklinik hipotiroidi nedeninin Mg eksikliği olabileceği düşünülmektedir (27).

h) Pridoksin (Vit B6) Eksikliği: Vit B6 bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktördür ve vücutta Mg düzeyini ayarlar. Dopamin ve serotonin biyosentezinin son basamağında bir koenzim rolü oynadığından beyinde Vit B6 azalması PMS'nin bazı semptomlarını ortaya çıkarabilir. Ancak PMS'de Vit B6'nın ne kesin ne de rölatif olarak eksikliğini destekleyen objektif bir bulgu yoktur. PMS'nin siklik doğasını destekleyecek ovarian hormonlar ile Vit B6 düzeyleri arasında bağlantı kurulamamıştır (25, 27).

İ) Prolaktin (PRL): Prolaktin, sodyum, potasyum ve su tutulumunu sağlayan, meme dokusunu uyaran stres hormonu olarak bilinir (33). PRL'nin böbrekler üzerine direkt olarak etkisi ile su, sodyum ve potasyum retansiyonu oluşmakta ve bunun sonucunda mastodini ve ödem meydana gelmektedir (36). Bazı PMS'li hastalarda luteal fazda PRL'nin arttığı saptanmıştır. Bu yükselmenin artan stresle meydana gelebileceği bildirilirken, semptomlara sebep olabileceği ile ilgili bir kanıt bulunamamıştır (28). Ancak yapılan araştırmalarda, PMS hastalarında prolaktin düzeyi normal bulunmuş, hiperprolaktinemisi olan kadınlarda da PMS bulgularına rastlanmamıştır (30, 33).

i) Alerji: Progesterona karşı allerjik reaksiyonun PMS'ye yol açabileceği ileri sürülmüştür. Ancak premenstruel ürtiker çok nadir olarak görülmektedir. Kendi

hormonlarına karşı antikor oluşturma tezi ortaya atılmışsa da bu antikorların varlığı saptanamamıştır (25).

j) Hipoglisemi: 1950 yıllarında hipoglisemi semptomlarının PMS'nin bazı semptomlarına benzemesinden dolayı etiyolojide rol oynayıp oynamadığı düşünülmüştür. Hem oral, hem de intravenöz glukoz tolerans testi, menstruel siklusun değişik fazlarında uygulanarak insulin, glikoz ve glukagon düzeylerine bakılmış olup bunlarla kontrol grubu arasında farklılık saptanamamıştır. Ancak yapılan son çalışmalar menstruel siklusun luteal fazında insüline hassasiyetin azaldığını göstermiştir (27). Bazı veriler ise hipogliseminin baş ağrısı, yeme isteğinde artma ve ruhsal değişikliklere neden olduğunu göstermektedir (26). Ancak PMS'nin tedavisinde hipoglisemi için diyet verilmesinin rolü tam olarak bilinmemektedir (27).

k) Sıvı Retansiyonu: PMS'de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetlerinin olması PMS semptomlarının potansiyel bir nedeni olarak mineralokortikoid değişiklikleri olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca mineralokortikoidler ruh hali üzerine santral bir etkiye sahiptir. Normal menstruel siklusa serum aldosteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar ve foliküler fazdaki düzeylerin iki katına ulaşır. Estrojen, aldosteron sentezini artırarak su ve tuz tutulumunu artırır. Progesteron ise başlangıçta natriüretiktir. Ama bu etkisini sekonder olarak renin-angiotensin-aldosteron sistemini aktive ederek gösterir. Aldosteron düzeyi menstruasyon öncesi düşer. Mineralokortikoidler ile PMS arasında bir ilişkiden bahsediliyorsa da çalışmalar PMS'si olan kadınlarla kontrol grupları arasında aldosteron düzeyleri açısından belirgin bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Sodyum veya su retansiyonu olmaksızın bir sıvı değişimi olduğu ileri sürülmüştür. PMS'de kadınlar genelde premenstruel kilo alımından bahsedirse de yapılan kontrollü çalışmalarda foliküler faz ile luteal faz arasında kilo alımı açısından bir farklılık bulunamamıştır. Siklusun luteal fazı boyunca intestinal geçişte gecikme olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu durum karında şişkinlik yaratarak kadında kilo aldığı duygusuna neden olduğunu düşündürmektedir (30, 33).

l) PMS'nin Psikososyal Faktörleri ve Kültürel Yönü: Multivaryans analizler premenstrual semptomların değişkenliği ile sosyal ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi açığa çıkarmaktadır. PMS tanısı alan kadınların iç çatışmalardan doğan stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Adaptif davranışlar ve mevcut sosyal çevre, kişilerin durumlarını nasıl algılayacaklarını ve nasıl davranacaklarını etkilemektedir. Stres verici bir çevredeki birey semptomlarını muhtemelen daha olumsuz bir şekilde algılayacaktır. Bektaş'ın belirttiğine göre yapılan bir çalışma sonucunda olumsuz yaşam olaylarının premenstrual ve menstruel negatif etki, menstruel su tutulumu ve menstruel performansta azalma gibi semptomların artışı ile bağlantılı olduğu görülmüştür. PMS ile ilgili diğer bir varsayıma göre premenstrual yakınmaları olan kadınların nörotisizm veya diğer benzeri kişilik uyumsuzluğu gibi belirgin kişilik özellikleri olduğudur. Bununla beraber bireyin menstruasyonu algılayışı ve kadınlık rolüne sosyalle olması (kadınlığı kabullenememe) sendromda bir etkidir (8). Kadınlığın algılanması ve kadın kimliğine ait güçlüklerden PMS'nin psikolojik boyutları ile ilgili tartışmalarda

bahsedilmektedir. PMS semptomları kadın olmakla ilgili öfke duygusuyla bağdaştırılmış, gebelik ve cinsel tercih karmaşası ile teorize edilmiştir. Bazı çalışmalar bu problemlerin anne-kız ilişkisi ve menarşe hazırlıkta annenin kötü deneyimlerinin varlığı yoluyla kızında da PMS görülmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kızların menstruasyonla ilgili edindikleri bilgiler ve menstruasyonla ilişkili değişikliklere ait davranışlar, kendisini kadın olarak kabul etme ve belirtilere yanıtlarını da etkileyebilir (37).

Menstrual siklusun sosyal temelli bir fenomen olduğu düşünülmektedir. Kadınlık rolünün algılanması ve menstruasyon, menstrual distressin algılanmasında önemli rol oynamaktadır. Sosyokültürel konular menarş ve menstruasyona yönelik inanç ve tutumları büyük derecede etkilemektedir. Menstruasyona yönelik tutumlar ve menstruasyonla ilişkili deneyimlerin en önemli belirleyicilerinin din-kültür etkisi olduğu belirtilmektedir. Menstruasyon olan kadınlar eski dönemlerde kirli, Allaha saygısız olarak düşünülmekteydi. Yücel ve arkadaşlarının belirttiğine göre Katolik kadınlar menstrual sıklusa ilişkin şikayetleri daha hafif yaşarken, Protestan kadınlar, menstrual sıklusa ait yaşanan değişikliklere daha negatif yanıtlar vermektedirler. Müslüman toplumların sayısı dini ve sosyal etkilenmeyi yansıtmaya açısından sınırlı kalmaktadır. Dini kurallar Türkiye’de modern ve geleneksel gruplar arasında değişiklik göstermektedir. Bu gerçeğe paralel olarak kadınlar yaşamlarını islama ve uygulamalarına göre organize etmişler, cumhuriyetin kurulmasından sonra ise bazı değişiklikler ortaya koymuşlardır. Bu değişiklikler kadınların kendilerine, menstruasyona ve menstruasyonla ilgili deneyimlerine yönelik algılarını etkilemiştir (37).

2.5. PMS’nin Etkileri

PMS’nin etkilerini her kadın farklı boyutta yaşamaktadır. Kadınların çoğu bu semptomları hayatın sadece bir parçası ve “katlanmak zorunda” oldukları bir durum olarak algılamaktadırlar. PMS farklı bireylerde farklı belirtilerle ortaya çıkmakta ve bireylerin beklentilerine göre belirtiler çeşitlilik göstermektedir (20). Genel olarak premenstrual şikayetleri için doktorlara ya da psikologlara müracaat edenlerin dışında, pek çok kadın bu tip yakınmalarına çözüm aramayı akıllarına bile getirmeden hayatını sürdürmekte ve bunun sonucunda da sosyal, mesleki ve ailevi sorunlara maruz kalmaktadır (8).

İnançlar ve menstruasyona yönelik tutumlar, çoğunlukla anneler ve diğer akrabalarından köklerini almaktadır. Bireyin baş etme mekanizmaları ise aileden öğrenilenler yoluyla bilinç altına etkilemektedir. Bireyin yetiştirilme şekli, hayatla baş edebilme gücünü ve baş etme mekanizmalarını doğrudan etkilemektedir. Eğer PMS’ye yönelik tutumlar bireye negatif yollarla aktarılmışsa bireyin bakış açısı da aynı şekilde etkilenecektir (38).

Bazı kadınlar için PMS’de yaşanan semptomlar doğaldır. Böyle düşünen kadınlar genelde diyet, hayat tarzını değiştirme gibi kendi kendine yardım yollarını denemektedirler. Bazı semptomları oldukça basit tedavi yöntemleriyle çoğunlukla giderebilmekte ve bu yüzden de kadın başka kaynaklardan yardım aramamaktadır.

Bununla birlikte bazı kadınlar PMS semptomlarını kişisel, ailesel ve iş yaşantılarını olumsuz etkileyecek derecede şiddetli yaşarlar. Bu kadınlar genellikle profesyonel bir yardıma gereksinim duyarlar (38). Premenstruel belirtiler için tedaviye başvuran kadınların, başvurmayanlara göre depresif bozukluk, panik bozukluğu, özkıyım girişimleri ve madde bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında oldukları bilinmektedir. Majör depresif bozukluk tanısı alan kadın hastaların bir grubunda, uygun sağaltıma karşın, adet döngüsünün luteal döneminde depresif belirtilerde şiddetlenme, yinleme ya da başka belirtilerin yanı sıra sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi, özkıyım düşünce ve girişimleri de görülmektedir. Genç kızlarda premenstruel belirtiler ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye bakan çalışmalarda premenstruel sendrom skoru ile sürekli kaygı ve depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ve premenstruel belirtileri olan kızların olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla emosyonel sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca premenstruel belirti gösteren kolej öğrencilerinin dört yıllık izlemi sonucunda %18'inin affektif bozukluk geliştirdikleri belirtilmiştir (39).

Kızlardaki döngüsel adet öncesi duygudurum dalgalanmaları “mutlu bir öğrencinin akademik çalışma ve davranışı bozulan tembel, kötü huylu, bencil bir kişiye dönüşmesi” olarak tanımlanmıştır. Genç kızın yaşadığı adet öncesi belirtiler şiddetli olduğunda ve bu sorunlarla baş edemediğinde, benlik saygısında azalma, beden algısında değişiklik, akran ilişkilerinde sorunlar ve eğitimdeki hedeflerini gerçekleştirme konusunda yaşadığı zorluklar nedeniyle toplumsal ve mesleki işlevleri gerileyip bozulabilmektedir. Dismenore ve adet öncesi belirtilerin, okul başarısı ve okula devamı etkileyen, psikososyal boyutu olan önemli bir sorun olduğu, buna karşın genç kızların büyük bir çoğunluğunun (%57) bu yakınmaları için tedaviye yönelik hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (39).

PMS kadınlarda ilk olarak çocuk sahibi oldukları dönemde ortaya çıkar. Bu süreç kadınlar için stres dolu bir dönemdir. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ya da gebelikten sonraki dönemlerde PMS'nin başladığı görülür. Postnatal depresyon yaşayan kadınlar daha fazla PMS hedefi olurlar. PMS kadınların yaşantılarındaki sorunlu ve stresli dönemlerde diğer zamanlara göre daha fazla yaşanır. PMS kadınlarda otuzlu yaşların başlarında ve perimenopozal dönemde ortaya çıkar. Semptomlar genelde ilerleyici bir şekilde şiddetlenir. Perimenopozal dönemdeki kadınlar fiziksel ve psikolojik semptomların tümünü yaşayabilirler. Bu durum ağır yaşanan PMS ile menopoz başlangıcı arasında ayırım yapmayı güçleştirir (38).

Kadınların çoğu fiziksel semptomlarla baş edebilirken, psikolojik semptomları yönetmekte güçlük çekerler. Özellikle bu semptomlar evde, işte ve özel yaşantılarında yetersiz baş etmeleri olup problem yaşadıkları dönemlerde hayatlarını daha olumsuz etkiler. PMS, “nevrotik kadın” şikayetidir denilmesine rağmen, PMS'nin kadınların kişilik yapılarıyla ilişkisi yoktur. Bununla birlikte genel psikolojik sağlıkla PMS arasında bir bağ olduğu görülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan kadınlar PMS'yi daha sık yaşarlar ve semptomlar psikolojisi iyi olan kadınlara göre daha ciddidir (38).

2.5.1. Seksüalite

Duygu durumumuz ve genel sağlığımız seksüel yaşantımızla oldukça yakından bağlantılıdır. PMS seksüel yaşantımızla ilgili duygularımızdan etkilenebilir. Kadınların çoğu hormon değerlerindeki doğal değişimler nedeniyle premenstrual dönemde seksüel aktivite ile daha az ilgilenmektedirler. Eğer kadın yorgunluk, göğüslerde hassasiyet ve duygu değişimleri gibi semptomları daha yoğun yaşıyorsa, seksüel yaşantısı daha fazla etkilenecektir. Bu durum kadının sosyal ilişkilerinde de gerginliğe yol açar. Kadın ve partneri çevrelerinde bulunan insanlara bu durumun yaygın ama normal olduğunu açıklama gereği duyarlar (38).

Özellikle göğüs hassasiyeti endişe yaratan en önemli semptomlardandır. Ancak kimi zaman alta yatan köklü psikososyal problemler kendilerini bu şekilde fiziksel ya da duygusal semptomlar şeklinde gösterebilirler. Kadınlar her zaman bu durumun bilincinde olamayabilirler. Kadınlar, yaşadıkları endişe verici durumların gerçek nedenleriyle yüzleşmek yerine, PMS belirtilerini doktor ya da hemşireye danışmayı daha kolay bulurlar. Kadının bu korkuları giderilmeli ve problemleri açığa çıkarmak için dikkatli ve deneyimli bir danışmanlık hizmeti verilmelidir (38).

2.6. Risk Faktörleri

a) Yaş: PMS’de yaştan etkisi tam olarak açıklanamamıştır. Kadınlar çoğunlukla, 30 yaşından sonra premenstrual yakınmalarının başladığını ya da arttığını belirtse de bu kanıtlanamamıştır. PMS’nin 20’li yaşlarda başlayıp, yaşla birlikte arttığı söylenmektedir. Anovulatuvar sikluslar, adolesanlarda yaşla birlikte azalırken, premenopozal kadınlarda giderek artmaktadır. Hormonal dalgalanmalar anovulatuvar sikluslarda azaldığı için, bu semptomların yaşla birlikte artmasını açıklayabilir. Ayrıca hem yaştan hem paritenin menstrual krampların daha az görülmesiyle ilişkili olduğu, multivaryans analizlerde, yaştan menstrual krampların az olmasıyla ilişkisinin pariteden daha fazla olduğu bulunmuştur (7).

b) Parite: Yapılan çalışmalarda çok çocuğu olan kadınlarda menstrual semptomların daha az, premenstrual semptomların ise daha çok olduğu bildirilmektedir. Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstrual siklusların daha az yaşanmasına bağlı PMS daha az görülmektedir (40).

c) Medeni Durum: Kadının yaşamında bir partnerinin olması doğrudan ya da dolaylı olarak PMS semptomlarını azaltabilmektedir. Evli kadınlarda bekar, ayrı ya da boşanmış kadınlara göre daha az menstrual ağrı olduğu saptanmıştır (7). Eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş olan kadınlarda premenstrual gerginlik, evli olanlara göre daha şiddetlidir (40).

d) Sosyo-ekonomik Durum: Yapılan araştırmaların bir kısmında, eğitilmiş ve yüksek gelirli kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite, duygulanım değişikliği, menstrual kramp, kilo artışı, depresyon gibi premenstrual semptomların daha az görüldüğü bildirilmektedir (7, 40). Ogur’un (2004) yapmış olduğu çalışmada PMS görülme oranının lisans mezunlarında ilköğretim mezunlarına göre yüksek olduğu görülmüştür.

(40). Sosyoekonomik durumla perimenstrual semptomlar arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır (7, 40).

2.7. PMS Belirtileri

Tüm kadınlar PMS'yi aynı şekilde yaşamaz. PMS belirtileri hafif belirtilerden, kişiyi yetersiz bırakacak dereceye kadar değişiklik gösterir (26). Semptomların şiddeti kişiden kişiye değişiklik gösterdiği gibi, aynı kişinin farklı sikluslarında da farklı olabilir. Bütün sikluslarda PMS'ye ait tüm semptomlar görülmeyeceği gibi tüm premenstrual değişiklikler de PMS olarak adlandırılmaz (7).

PMS'nin 150'den fazla semptomu olduğu belirtilmiştir. Pozitif değişikliklerin de varlığı bilinmesine karşın araştırmalar öncelikli olarak negatif değişikliklere odaklanmaktadır (19,41,42). Kadınların %40-50'sinde birden fazla semptom görülebilmektedir. Genellikle 25-35 yaşları arasında görülmekte, 35 yaşından sonra yaşla beraber semptomların çeşitliliği ve şiddeti artmaktadır (41, 42). PMS menstrual siklusun ikinci yarısında, bir sonraki menstruasyonun başlangıcından yaklaşık 7 gün önce ortaya çıkmaktadır (36,43,44). Belirtilerin çoğu menstruasyonun başlaması ile kaybolmaktadır (17, 44).

Premenstrual yakınmaların disiplinlerarası bir alan oluşturması, sebebine yönelik farklı bakış açılarından yaklaşımların söz konusu olmasına yol açmıştır. Konuya psikolojik ve psikiyatrik açıdan yaklaşan çalışmalar, PMS'nin duygusal ve davranışsal belirtilerin ön planda olduğu bir alt tipini tanımlamaya yönelmişlerdir (42). Ancak PMS belirtileri çeşitlilik göstermektedir. PMS'nin belirtileri, psikolojik, fiziksel ve davranışsal belirtiler, ağrı, ödem, iştah ve cilde ait semptomlar olarak gruplandırılabilir (15, 20, 26, 30, 33, 36, 45-48).

a) PMS'nin Psikolojik Semptomları

- | | |
|---------------------------|------------------------------|
| - Depresyon | - Unutkanlık |
| - İrritabilite | - Konsantrasyon bozukluğu |
| - Labil ruh hali | - Uyku değişiklikleri |
| - Anksiyete | - Ağlamaya meyil |
| - Kızgınlık, öfke, hiddet | - Huzursuzluk |
| - Letarji ve yorgunluk | - Suçluluk |
| - Kendini küçük görme | - Negatif tutum |
| - Kararsızlık | - Toplumdan kaçma, yalnızlık |
| - İntihara eğilim | - İşten kaçma |
| - Paranoya | |

b) PMS'nin Fiziksel Semptomları

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| - Sıcak basmaları | - Saçların kuruması |
| - Oligüri | - Kalp çarpıntısı |
| - Konstipasyon veya diyare | - Hirsutismus |
| - Kas spazmı, kramplar | - Rinitis |
| - Tremorlar | - Terleme |

c) Ağrıya Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar

- Baş ağrısı/migren
- Abdominal kramplar
- Memelerde hassasiyet/ağrı
- Genel vücut ağrısı
- Bel ağrısı

d) Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar

- Kiloda artma
- Karında şişkinlik
- Ekstremitelerde ödem (özellikle kol ve bacaklarda)
- Genel vücut ödemi
- Memelerde şişkinlik

e) İştaha Ait Semptomlar

- İştahta artma
- Yeme isteği
- Mide bulantısı

f) Cilde Ait Semptomlar

- Akne
- Herpes
- Sivilcelenme
- Ciltte bozulma

g) Davranışsal Semptomlar

- Yorgunluk, bitkinlik
- Cinsel istekte değişiklikler
- Baş dönmesi
- Etkinlikte azalma
- Normal günlük aktivitelere ilgide azalma
- Uyku / uykusuzluk
- Enerjide azalma
- Kazalara eğilim
- Umutsuzluk hissi

Dereboy ve arkadaşlarının (1994) üniversite öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılanların yaklaşık %10'unun şiddetli premenstrual değişiklikler yaşarken, %27'sinin orta şiddette premenstrual belirtiler yaşadığı saptanmıştır (42). Karavuş ve arkadaşlarının (1994) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada ise PMS görülme oranı %17.2 olarak belirlenmiş ve şikayetlerin sağlık kuruluşuna başvurmayı anlamlı düzeyde etkileyecek kadar şiddetli olduğu açıklanmıştır (46). Coşkun ve Kızılkaya'nın doğurgan yaştaki kadınların yaş grupları ile perimenstrual şikayet durumunu belirlemeye yönelik yapmış oldukları çalışmada (1995), 15-24 yaş grubunda şikayetlerin daha çok menstrual, 40-49 yaş grubunda ise premenstrual olduğu, ayrıca 35-39 yaş aralığında kadınlarda bu şikayetlerin daha az görüldüğü belirtilmiştir (49). Oğur'un (2004) çalışan (hemşire ve öğretmenler) ve çalışmayan kadınlarda PMS görülme şiddetini araştırmak üzere yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %55.6'sı, öğretmenlerin %62'si ve ev hanımlarının da %38.1'inde PMS saptanmış, çalışan kadınlarda PMS görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır (40).

2.8. Ayırıcı Tanı

PMS ayırıcı tanısında, semptomları PMS'ye benzeyen diğer fiziksel ve psikolojik bozukluklar dikkate alınmalıdır. Aşağıda PMS ile karıştırılabilecek durumlar görülmektedir(7).

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| - Nörolojik bozukluklar | - Obesite |
| - Psikiyatrik bozukluklar | - İdiyopatik ödem |
| - Diüretik kullanımı | - Siklik olmayan mastalji |
| - Migren | - Anemi |
| - Menopoz | - Tiroid hastalıkları |
| - Endometriyozis | - Siklik mastalji |
| - Pelvik Enflamatuvar Hastalık | - Meme kanseri |
| - Dismenore | - Over kisti |

PMS'de görülen birçok semptom fizyolojik, organik ya da psikolojik hastalıklarda da görülebilir. Fizyolojik ve organik bozuklukların nedenini ortaya çıkarmak için bazı laboratuvar tetkikleri yapmak gerekmektedir (25, 27). Bunun yanında bazı kadınlar, psikolojik sorunlarına gerekçe bulmak için PMS tanısının ardına gizlenmekte, başka bir deyişle PMS adını bir etiket gibi kullanmaktadırlar. Bipolar affektif bozukluk veya nevroz gibi hastalıklar PMS ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Migren, inkoordinasyon, baş ağrısı gibi semptomların nörolojik bozukluklara bağlı olmadığı kanıtlanmalıdır (7).

Tiroid hastalıklarında da halsizlik ve irritabilite olabilir; bunun için T3, T4 ve TSH bakılır. PMS'li hastalar, TRH stimülasyon testine bazen artmış, bazen de azalmış yanıt verebilmektedir. PMS'de hafif tiroid bozuklukları olabilir, ancak nedensel bir ilişki yoktur (25).

Halsizlik primer yakınma ise anemi olup olmadığını anlamak için tam kan sayımı yapılır. Kronik böbrek ve karaciğer hastalığı riskini ortadan kaldırmak için gerekli biyokimyasal testler istenir. Hasta perimenapozal devrede ise PMS olup olmadığını anlamak için, kan FSH düzeyine bakılır. Kadında galaktore mevcutsa kanda prolaktin tayini yapılır ve hiperprolaktinemi nedeni araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanır. Bu faktörler ortadan kaldırıldıktan sonra PMS tanısı koyabilmek için bazı özelliklerin aranması gerekir. Bu özellikler ise şunlardır (9, 13, 14, 15, 27, 36).

1. Organik bir neden olmamalıdır.
2. Semptomlar siklik olmalı ve siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır ancak; her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir.
3. Siklusun ilk yarısında en az yedi gün semptomsuz dönem olmalıdır.
4. Semptomlar birbirini izleyen en az üç siklusta mevcut olmalıdır.
5. Menstruasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir.
6. PMS siklik ovarian aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenapozal ve gebelik dönemlerinde görülmez.

7. Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş, histerektomi olmuş kadınlarda da görülebilir.

8. Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeydedir ve tedavi gerektirir.

Bugün, PMS taraması için geçerli özgün bir laboratuvar testi yoktur. Hastanın semptomlarına göre, laboratuvar testi istenebilir (7). Perimenstrual dönemde ortaya çıkan siklik değişiklikleri belirleyebilmek için objektif bir tanılama aracı kullanılmalıdır. PMS'yi tanılayanın en iyi yolu her siklusta belirtilerin bir menstruel takvime işlenmesidir (13, 50). Ayrıca günlük kilo izlemi, bazal vücut ısısı da alınmalıdır. Böyle bir tanılama aracını nasıl ve kaç siklik periyot boyunca doldurması gerektiği konusunda kadına eğitim verilmelidir. Bu sırada semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendisini değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Böylece hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha sık görüldüğü belirlenir (9).

2.9. PMS Tedavisi

PMS tedavisinde, etyolojisinin tam olarak aydınlatılamamış olması nedeniyle, tedavide uzun yıllar başarı elde edilememiştir. Bu durum bugüne kadar semptomatik ve nonspesifik değişik tedaviler uygulanmasına neden olmuştur (36). Çok sayıda semptomla giden, karmaşık bir bozukluk olduğu için her hasta için farklı bir tedavi yaklaşımı belirlenmelidir (7). Tedavide önerilen teröpatik yöntemler oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu tedaviler farmakolojik olmayan, cerrahi, hormonal olmayan ve hormonal tedavi olmak üzere dört şekilde sıralanmıştır (33).

2.9.1. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

a) Uyku ve Dinlenme: PMS'de kısalmış REM ve delta uykusunda azalma olması sebebiyle hastalarda uyku kalitesinde bozulma söz konusudur (51). Uyku düzenini yeniden sağlamak için düzenli program yapılır ve buna bağlı kalınması sağlanır. Yatmadan önce, uyuyabilmek için yüksek triptofan olduğu bilinen bir bardak süt içilmesi önerilir ve rahatlatıcı aktiviteler yaptırılır. Düzenli egzersiz programı (sabah, öğle ve akşam) uygulanır (14).

b) Egzersiz: Egzersizin hastalıklar üzerindeki yararlı etkisi, genel olarak immün sistemle ilişkili olan biyokimyasal değişikliklerde ya da strese karşı davranışsal semptomlarda psikolojik algılamalarda bir düzenleme ile oluşabileceği öngörülmektedir. Egzersizin stres azaltıcı ve duygulanımı olumlu yönde etkileme özelliği ile dismenorede yararlı olabileceği literatürde yer almaktadır (52). Egzersiz alışkanlığının dismenore semptomlarının şiddetini hormonal fizyolojiyi değiştirerek azaltabileceği ileri sürülmektedir. Egzersizin glukoz toleransında düzenleme yaptığı ve katekolamin düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Azalan glukoz toleransı semptomları, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştah artması gibi PMS semptomlarına benzer semptomlardır (9). Egzersizin beta-endorfin düzeyini artırarak duygu değişimleri ile depresyon belirtilerini dengelediği düşünülmektedir (53). Egzersiz yapan kadınlarda kızgınlık ve depresyonda azalma olmaktadır. Tedavide egzersizin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (27, 28, 45). 1800 kadın

üzerinde yapılan bir çalışmada egzersizin kadınların yarısından fazlasında PMS semptomlarını hafiflettiği açıklanmıştır (52). Genel olarak egzersizin PMS semptomlarını hafifletmeye %80 oranında yardımcı olduğu ve düzenli egzersiz yapanlarda PMS'nin ciddi semptomlarının daha az görüldüğü bildirilmektedir (52, 54). Düzenli egzersiz ile negatif etkiler, davranışsal değişiklikler, ağrı ve premenstrual depresyonda azalma olurken, konsantrasyonda artma olduğu belirtilmektedir (52). Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve stresin azaldığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla bu azalma, harcanan fiziksel enerji ile bağlantılı bulunmuştur (26, 36).

c) Beslenme: Karbonhidratlara olan isteğin artması PMS'de sık görülen bir semptomdur ve luteal faz boyunca serotonin düzeyindeki azalmaya yanıt olarak oluştuğu düşünülmektedir (1). PMS'li kadınların tipik olarak rafine edilmiş şeker ve yüksek sodyum içeren gıdalar ile mandıra ürünlerini PMS olmayanlara göre daha fazla tükettiği bildirilmektedir. Klinisyenler şiddetli semptomları olan kadınların bu tür gıdaların kullanımını azaltmasını veya yememelerini önermektedir. Ayrıca kafein alımının sınırlandırılması önerilmektedir. Bazı kadınlarda PMS ile yüksek östrojen seviyesi arasında bir ilişki olduğuna inanılmaktadır. Çünkü yağdan zengin diyetlerin tersine östrojen seviyesinde yükselmeye neden olduğuna inanılmaktadır. Bunun sebebi de yüksek lifli diyetlerin intestinal flora üzerine etki ederek östrojen seviyesini düşürmesidir. Dolayısıyla yağ oranı düşük ve yüksek lifli diyetler önerilmelidir (52).

Yetersiz beslenme ise PMS nedeni değildir. PMS'li kadınların premenstrual dönemde tuzdan kısıtlı, karbonhidrattan zengin diyet yapılması yararlıdır (55). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda premenstrual devrede hücresel düzeyde glikoz-uptake'inin bozulmuş olduğunun gösterilmesi ve karbonhidratların serotoninini artırarak PMS semptomlarını düzeltereği düşünülerek karbonhidrattan zengin, proteinden fakir bir diyet önerilmektedir (36). PMS'de karbonhidrat alımı, hafızayı güçlendirerek, duygu durum değişikliklerini düzeltmekte etkilidir (1). Şekerli ve yağlı yiyecekleri kısa aralıklarla, tüm öğünlere bölerek tüketmek PMS'de yardımcı olabilir. Günde en az 8 bardak su içilmesi idrar şikayetlerini de azaltır. Tütün ve alkol bu dönemde kesinlikle kullanılmamalıdır. Premenstrual dönemde özellikle yeşil sebzeler tüketilmeli, kafein içeren çikolata gibi yiyeceklerle, çay, kahve gibi içeceklerden uzak durulmalıdır (15). Buna ilaveten diyetle kalsiyum, magnezyum, vitamin E içeren yiyecekler bulunmalıdır (2).

d) Evening Primrose Oil (EPO) (Çuhaçiçeği Yağı): PMS'de en çok önerilen, evening primrose (*Oenothera biennis* L) bitkisinin tohumlarından elde edilen yağdır. Tohumlar %65 oranında linoleik asit, %8-10 oranında gamma-linoleik asit içermektedir. EPO PMS'li hastalarda çeşitli inflamasyon bozukluklarını tedavi etme amacıyla kullanılır (52). PMS'li kadınlarda anormal yağ asidi profili olduğu (esansiyel yağ asitleri yüksek, araşidonik ve linoleik asit metabolitleri düşük) ve EPO ile bu yağ asitlerinin normale döndürülebildiği bildirilmiştir. Aynı zamanda gamma-linoleik asit seviyeleri de düşük bulunmuş, bu durum linoleik asitin gamma-linoleik asite dönüşümündeki defekte bağlanmıştır (56). EPO'nun PMS'de göğüse ait mastalji gibi semptomları minimal yan etki ile azalttığı bilinmektedir (53). Mastaljili hastalarda önerilen günlük doz 2-4 g EPO'dur. EPO, aynı zamanda PMS ile

bağılantılı diğer semptomlar (örneğin irritabl kolon sendromu) için de kullanılmaktadır. Ancak henüz uzun süreli kullanıma ait yeterli bilimsel veri bulunmamaktadır (56).

e) Rahatlama Teknikleri: PMS’de rahatlama tekniklerinin etkileri ile ilgili kanıtlar yetersizdir. Relaksasyon teknikleri ile ilgili çalışmaların çoğunda, bu teknikler diğer tedavilere ek olarak kullanılmıştır (30, 33). Yapılan çalışmalarda kontrol grupları ile kıyaslandığında masaj yapılan PMS’li kadınlarda, ağrı, ruhsal depresyon ve anksiyetede azalma olduğu belirtilmiştir. Vücudun el, ayak ve kulak gibi organlarındaki refleks noktalarına elle basınç uygulandığı zaman semptomlarda rahatlama olmaktadır. Ayrıca yoga yapan kadınlarda da yapmayanlara göre PMS şikayetleri daha az görülmektedir (52).

f) Chasteberry (Hayıt Meyvesi): Hippocrates ve Discorides tarafından kadınların üreme fonksiyonlarını artırmada kullanılmıştır. Aktivitesi tam olarak bilinmeyen vitex’in modern analiz yöntemleri ile flavonoidler, esansiyel yağ asitleri ve progesteron, testosteron, androstenedion gibi birkaç hormon içerdiği tesbit edilmiştir. Ayrıca ön hipofizde dopaminerjik reseptörlere bağlanarak TRH ve prolaktin salınımını azalttığı gösterilmiştir. Prolaktinde azalmayla beraber menstrüel siklusta progesteronun artışı, PMS semptomlarını azaltmaktadır (56). Chasteberry’nin FSH salınımını azaltıp, LH salınımını artırma yoluyla östrojeni azaltıp, progesteron ve prolaktin seviyelerini artırdığı bildirilmektedir. Ancak 480 mg/gün gibi yüksek dozlarda prolaktin seviyesini azalttığı görülmüştür. Chasteberry ekstreleri yüksek dozda kullanıldığında dopamin reseptörlerine agonistik bir etki yapmaktadır (52).

g) Black Cohosh (Karayılan Otu): İlaç olarak ilk defa Amerika’lı yerliler tarafından kullanılmıştır. 19. yy sonlarında Almanya’ya tanıtılan ve 1950 yılı sonlarından beri menopoz tedavisinde alternatif olarak Almanya’da kullanılmaktadır. Black Cohosh’a ilişkin en önemli çalışmalar menopozal semptomların tedavisine yönelik yapılmıştır. Bazı klinik çalışmalar Black Cohosh’un LH sekresyonunu baskıladığını düşündürürken, diğer çalışmalar LH ve FSH düzeylerinde değişiklik olmadığını göstermiştir. Black Cohosh’un menopozal semptomları (sıcak basması, aşırı terleme ve uyku bozukluğu ve depresif ruh hali) rahatlatıldığı bildirilmektedir. Bu semptomlar sıklıkla PMS’li kadınlarda da bulunduğundan birçok klinisyen bu popülasyonda Black Cohosh kullanımını tavsiye etmektedir (52).

h) Ginkgo Biloba (Mabet Ağacı): Ginkgo yaprakları dünyada yaşayan en eski ağaç türlerinden gelmektedir. Primer olarak hafızayı iyileştirmede kullanılan bir bitki olarak bilinir. Yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda iki siklus boyunca Ginkgo Biloba verilen hastalarda tüm semptomlarda özellikle meme duyarlılığı ve sıvı retansiyonunda istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görülmüştür. Ginkgo yaprak ekstreleri flavanoidler ve terpenoidler içeren birçok aktif eleman içermektedir. Ginkgo yaprak flavanoidleri antioksidan ve serbest radikal yok edici özelliğe sahiptir. Aynı zamanda trombosit aktive eden faktörü inhibe eder ve antienflamatuvar etkiye sahiptir. Bazı elemanlar aynı zamanda damar düz kaslarını gevşetirler. Klinik çalışmalarda PMS için kullanılan doz siklusun 16. gününden

başlanarak izleyen menstruasyonun 5. gününe kadar günde iki kez 80 mg'dır (52, 56).

ı) Stres Yönetimi: Pozitif stres yönetimi PMS'nin tedavisinde yararlı olabilir. Özellikle aktif egzersiz programı ve kafein kısıtlılığı kombine edildiği zaman etkisi artmaktadır (41, 55). PMS'nin semptomsuz dönemi boyunca, semptomların akut olduğu zamanlar için stresli durumlardan sakınma planları yapılabilir ve günlük yaşam üzerindeki PMS'nin etkileri konusunda bilgi verilebilir. Stresten sakınmak için masaj, sıcak banyo, bilişsel rahatlama teknikleri uygulanabilir (14, 45).

i) Homeopatikler: Benzeri benzerle tedavi etmek anlamındadır. Kişide aynı semptomları oluşturan hayvansal, bitkisel ve mineral kaynaklı ilaçların verilmesi ile semptomların ortadan kaldırılması esasına dayalı bir tedavi yöntemidir. Homeopatikler dünyada 28 farklı ülkede kullanılmakta olup 1997'de Amerika'da yoğun bakım doktorlarının %49'u bu alanda eğitilmiştir. PMS'de önerilen homeopatikler *Sepia officinalis*, *Lachesis mutus*, *Natrum muriaticum*, *Chamomilla*, *Colocynth*, *Sabina*, *Ignatia amara*'dır. Dozaj, etki ve yan etkiler konusunda yeterli bilimsel veriler yoktur (56).

j) Işık Tedavisi: Kadın hayatı süresince üreme hormonlarındaki değişiklikler nörotransmitter, nöroendokrin ve sirkadiyen sistemlerin ters etkileri olarak görülmüştür. PMS'de görülen negatif ruhsal semptomların semptomatik luteal faz veya kişinin sirkadiyen saatinin kesintiye uğramasından kaynaklandığını ileri süren hipotezler vardır. Bu tespitlerin sonucu olarak PMS'de ışık tedavisinin etkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışmalar aktif parlak beyaz ışık uygulamasının premenstrual gerginlik ve depresyon şikayetlerini anlamlı derecede azalttığını, kırmızı ışık uygulamasında ise aynı etkinin görülmediğini bildirmektedir (52).

k) Kognitif Davranışsal Terapi ve Grup Terapisi: Yapılan bir çok çalışmada kognitif terapinin, PMS'li kadınlarda negatif semptomlar üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Blake ve arkadaşlarının (1998) 12 haftayı aşan sürede günlük semptomlar tutularak seçilmiş kognitif terapiye gönderilen kadın grupları ile terapi almayan kadınlar karşılaştırılmıştır. Sonuçlar, kognitif davranışsal terapi alanları kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında psikolojik ve somatik semptomlarda anlamlı bir iyileşme olduğunu göstermiştir (57). Ayrıca grup terapileri ve gevşeme egzersizlerinin PMS ile ilişkili depresyon, iritabilite ve agresyon gibi şikayetleri azalttığını göstermiştir (52). Blake ve arkadaşlarının (1998) PMS'de kognitif terapinin etkinliğini değerlendirmek üzere yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, kognitif davranışsal tedavinin PMS'de özellikle iritabilite, ağlama hali ile göğüslerde hassasiyet ve ödem gibi somatik semptomlarda önemli oranda azalma sağladığı saptanmıştır (57).

2.9.2. Hormonal Olmayan Tedaviler

a) Diüretikler: Etkisi tartışmalı olmakla beraber geniş kullanım alanı vardır. Tiazid grubu tercih edilmektedir. Genelde su retansiyonun ağırlıklı olduğu olgularda adet kanamasından önceki 10-14 günlük dönemde kullanılır (36). Diüretiklerin, karında şişlik ve ekstremitelerdeki ödem nedeniyle tedaviye girdiği, ancak karında şişlik dışında diğer semptomlarda değişme yaratmaması nedeniyle kullanımlarının terk edildiği belirtilmektedir. Potasyum kaybını önleyen spiranolakron önerilmişse de çalışmalarda başarılı sonuçlar alınamamıştır (27).

b) Vitamin B6: Vitamin B6 nörotransmitter sentezinde, özellikle serotonin, dopamin ve triptofan sentezinin son aşamasında bir kofaktördür (26, 30, 52). Günde 50 mg'dan 100 mg'a kadar Vitamin B6, semptomların başlaması ile birlikte kullanılmaya başlanır ve menstruasyona kadar devam edilir. Günlük dozun 100 mg'ı geçmemesine dikkat edilmelidir (52). B6 vitamininin yüksek dozda alındığı durumlarda en yaygın görülen etkisi nörotoksisitedir. Nörotoksite de periferik nöropatiye neden olmaktadır (58). Yapılan çalışmalar, ek Vitamin B6 alımının PMS semptomlarını azalttığını göstermektedir (30). Vitamin B6, özellikle yorgunluk, iritabilite ve depresyonu azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (58). Uygulamada hastaların çoğu, doktorları reçete etmeden önce Vitamin B6'yı kendi kendilerine almaktadırlar. Son metaanalizler yayınlanmış çalışmaların yetersizliğine dikkat çekmektedir (30, 33).

c) Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRI): PMS hastalarında serotonerjik fonksiyonların değişmiş olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda serotonin eksikliği ciddi PMS semptomlarına yol açmaktadır. SSRI ile sinaptik serotonin düzeyinde artma sağlanarak PMS semptomlarında azalma sağlanmaktadır. SSRI kullanımı davranışsal semptomların yanı sıra fiziksel şikayetleri de tedavi etmekte endikedir. Yaygın olan yan etkileri baş ağrısı, sinirlilik, insomnia, yorgunluk ve gastrointestinal yakınmalardır (30).

d) Anksiyolitikler ve Antidepresanlar: Alprozolam, anksiyolitik olup luteal fazda 0.25-4 mg kullanıldığında anksiyetede azalma ve depresyonda düzelme olduğu belirtilmiştir. Plasebo grubu ile karşılaştırıldığında iyi sonuçlar alınmıştır. Sedasyon yapması ve alışkanlığa yol açabilmesi nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Buspirone, serotonin agonistidir. PMS'de başarılı sonuçları bildirilmiştir (25, 27).

e) Kalsiyum ve Magnezyum: Ovarian hormonlar kalsiyum, magnezyum ve Vitamin D metabolizmasını etkilemektedir. Östrojen kalsiyum metabolizmasını ve intestinal absorpsiyonunu düzenlemektedir. Birçok klinik çalışma, kalsiyum desteğinin PMS'de yeme isteği, ağrı, somatik ve ruhsal semptomları azalttığını belirtmektedir (26, 52, 54). Günlük 1200 mg kalsiyum karbonat desteğinin semptomları rahatlatmada etkili olduğu bildirilmektedir (54). Kalsiyum desteğinin SSRI olarak bilinen antidepresanlar kadar etkili olduğu saptanmıştır (59). Derman ve arkadaşlarının (2004) adolesanlarla yaptıkları çalışmada kalsiyum tüketimi ile PMS semptomları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sütü daha fazla tüketen adölesanların iştah artması, bazı yiyeceklere karşı yeme isteğinde artma ve abdominal şikayetleri daha az yaşadıkları bildirilmiştir (60).

Magnezyum etkisini prostoglandin F2 α 'yı inhibe ederek, kaslarda gevşeme ve vazodilatasyona neden olarak gösterir. Yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda magnezyumun PMS ile birlikte olan ağrılarda plasebodan daha etkili olduğu bildirilmektedir (52). Magnezyum alımı duygu değişimleri, sıvı retansiyonu ve yeme isteği gibi şikayetleri düzeltmektedir. En iyi formu aminoasit bağlayan formu olup, sadece semptomatik periyotlarda alınmalıdır (7). Walker ve arkadaşlarının (1998) magnezyum desteğinin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, magnezyum verilen kadınlarda, plasebo verilenlere göre ikinci ayda semptomlarda azalma görüldüğü, günlük 200 mg magnezyum desteğinin premenstrual semptomları hafiflettiği bildirilmiştir (61). Literatürde plasebo kontrollü başka bir araştırmada da Mg desteğinin premenstrual semptomlardan özellikle duygu değişimleri ile ilişkili semptomlarda etkili olduğu ve tedavi amaçlı kullanılabileceği bildirilmiştir (35).

2.9.3. Hormonal Tedaviler

a) Progesteron: Baysal'ın belirttiğine göre, PMS'de ilk kez Dalton progesteron tedavisini önermiş ve özellikle doğal progesteronun kullanılması gerektiğini vurgulamıştır. Sentetik progesteron aldosteron agonisti olup Mg kaybına yol açarken, doğal progesteron aldosteron antagonisti olup Mg atılımını önlemektedir. Spironolakton kullanımı ile PMS'de düzelme olması da bu yolla açıklanmaktadır (27). Menstrual siklusun son 10-14 gününde 400mg/gün progesteron ampul veya vajinal supozituarlar ile iyi sonuçlar alındığı ileri sürülmektedir. Benzer etki oral yolla 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat ile de sağlanabilir (36). Ancak progesteronun etkinliğini destekleyen kanıtlar yetersizdir. Sistemik çalışmalar, progesteron verilen gruplarla plasebo verilenler karşılaştırıldığında premenstrual semptomlar üzerinde bir gelişme olmadığını göstermektedir (30).

b) Oral Kontraseptifler : Oral kontraseptiflerin PMS üzerindeki etkileri ile ilgili bilgiler tartışmalı ve sınırlıdır. Bazı kadınlar oral kontraseptif kullanmaya başladıkları ilk zamanlarda PMS'ye benzer semptomlar yaşamaktadırlar. Çünkü PMS yaşayan birçok kadın kontrasepsiyon da istemektedir (33). Oral kontraseptiflerin ovulasyonu baskılayarak PMS semptomlarını hafiflettiği düşünülmektedir (1). Psikiyatristlerin Tıfazik oral kontraseptif kullanarak yaptıkları çalışmada, plasebo grubu ile karşılaştırıldığında premenstruel dönemde emosyonel durumun iyileştiği ancak postmenstruel dönemde libidonun azaldığı ifade edilmiştir (25). Leather ve arkadaşlarının (1999) PMS'de estrogen terapi ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, goserelin ve estrogen verilen kadınlarla plasebo verilenler arasında önemli farklılıklar olduğu, östrojen, siklik progesteron, depo GnRH analoglarının PMS'nin klinik belirtilerini azalttığı belirtilmiştir (44).

c) Danazol: Bir androjen derivesi olan Danazol'ün östrojen ve progesteron düzeyini düşürüp, ovarian siklusu baskılayarak PMS'yi tedavi ettiği gösterilmiştir (28, 33). Bununla birlikte uzun süreli kullanım ile ilgili önemli yan etkileri vardır. Kilo alımı,

ses değişiklikleri, hırşutismus gibi maskülinizasyon belirtileri yan etkilerinin en önemlileridir. Luteal fazda PMS’de irritabilite, anksiyete, laterji, abdominal şişkinlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiğı belirtilmektedir (27, 30, 33). Menstruasyonun 20 ile 28. günleri arasında günde 200 mg kullanılan Danazol’ün PMS semptomlarını azalttığı bildirilmektedir. Plasebo kontrollü, çift körlemeli 14 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada 14 hastanın 11’inde plasebo alanlara kıyasla Danazol alanlarda, semptomların ciddi derecede azaldığı bildirilmektedir (62).

d) GnRH Analogları: Siklustaki endokrin dalgaları ortadan kaldırmak amacıyla steroid yerine kullanılan GnRH analogları kısa sürede yapılan uygulamalarla iyi sonuçlar vermiştir (36). GnRH analogları fiziksel ve davranışsal semptomları azaltmada oldukça etkilidir. Ancak kullanımı ile ilgili sınırlılıklar vardır (30). Devamlı kullanımı medikal menopoza neden olmaktadır. Menopoza giren kadınlarda, bilateral salpingoofektomi yapılanlarda PMS ortadan kaybolurken yalnız histerektomi yapılanlarda devam etmesi, overin baskılanması ile bu sendromun geçebileceğini göstermektedir. Günümüzde PMS’de GnRH, perimenopozal çağda menopoz semptomlarından ayırmak ve çok ağır olgularda oofektomiye karar vermeden önce test amacı ile kullanılmaktadır (27, 33).

e) Bromokriptin: Bromokriptin meme başta olmak üzere, PMS’nin diğer semptomlarının birçoğunda kullanılan bir ilaçtır. Luteal faz boyunca günde 5 mg semptomları hafifletmede yeterlidir (62). Özellikle mastaljinin majör semptom olduğu kadınlarda etkilidir. Kanda prolaktin yüksekliği veya galaktore durumlarında da endikedir (25).

2.9.4. Cerrahi Tedavi

Bilateral oofektomi ile birlikte histerektomi tedavi edicidir ancak nadiren tercih edilir. Jinekolojik bir problem olduğu durumlarda tedavi amacıyla yapılabilir. Cerrahi tedavinin ardından östrojen replasmanı gereklidir. Yalnızca histerektomi, semptomlarda kısa süreli azalma sağlar. Kontrolü sağlama açısından her ikisinin birlikte olduğu vakalar sınırlıdır. Majör cerrahinin potansiyel riskleri arasında infertilite ve cerrahi menopoz yer almaktadır (30, 33). Cronje ve arkadaşlarının (2004), yaşları ortalama 42 olan 47 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise cerrahi operasyon ile birlikte postoperatif Hormon Replasman tedavisinin PMS’de son derece etkili ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu bulunmuştur (63).

2.10. PMS’de Hemşirenin Rolü

PMS kadınlara özgü bir bozukluk olup, kadınların sıklıkla şikayetlerini diğer kadınlarla tartışmayı tercih ettikleri, paylaştıkları bir durumdur. Bu durum başta kadın saplığı ve halk sağlığı hemşireleri olmak üzere tüm hemşirelerin PMS yönetiminde, potansiyel olarak odak nokta olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca kadınlar benzer konularda utanç duyabilecekleri için bu konuyu hemşire ya da ebe ile paylaşmak daha rahatlatıcı olacaktır (38).

Perimenstrual şikayetlerden etkilenen kadın sayısı, bu problemle ilişkili ortaya çıkan kişisel, ailevi ve profesyonel sorunlar, hemşirelerin bilgi ve girişim

kapsamlarının genişlemesini zorunlu kılmaktadır (9). Hemşirelik bir bütün olarak insana bakım veren bir sağlık disiplini ve sağlık ekibi içinde hemşireler bir çok rol ve işlevler üstlenmektedir (64). PMS hemşirelerin, koruyucu, bakım verici, eğitici, danışman, işbirlikçi ve savunucu rollerinden birden fazlasını uygulamalarına fırsat veren bir kadın sağlığı sorunudur (65).

PMS'nin yönetimi, doğru tanılama ile semptomları hafifletmede hastanın ilgisi ve hasta ile sağlık personeli arası işbirlikçi bir ilişkinin kurulmasına dayanmalıdır. Sağlık bakım çalışanları hemşire, jinekolog, diyetisyen ve gerekli görüldüğü durumlarda endokrinologdan oluşmalıdır. Başarılı bir tedavi, davranış ve yaşam tarzı değişiklikleri ile sonuçlanmalıdır. PMS'nin azaltılması ya da önlenmesi, bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi açısından da önemlidir. Öz bakım modeline dayalı destekleyici, eğitici rollerini kullanan hemşireler PMS tanı ve tedavisinde hastalarla oldukça yakın şekilde çalışmaktadırlar. Farmakolojik tedaviler hekimler tarafından reçete edilebilirken, hemşireler çoğunlukla PMS tedavisinde nonfarmakolojik yaklaşımı yönetirler (12, 64, 66).

Perimenstrual distres ile başa çıkma yolları, doğru tanı ve gerçek patolojinin açığa çıkmasına bağlıdır. PMS'nin fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığından ve dismenore ile karışabilecek fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörler bulunabileceğinden bu şikayetlerin tanınması, önlenmesi, azaltılması ya da başarılı bir şekilde tedavisi için çok boyutlu bir biyopsikososyal yaklaşım en uygun olanıdır (13). Böyle çok boyutlu bir yaklaşımda (9);

1. Kadın ve ailesinin eğitimi
2. Menstrual siklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi,
3. Yaşam biçimi, iş ve aile ilişkilerinde değişiklikler
4. Beslenme alışkanlıklarında değişiklikler
5. Stresle başa çıkma yollarında değişiklikler önemli yer tutmaktadır.

Hemşireler bu şikayetleri deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında biopsikososyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve soruna fazlasıyla çözüm getirebilecek bir konumdadır. Tanılama aşamasında doğum ve kadın sağlığı hastalıkları hemşiresi, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekiple beraber çalışılmalıdır (9, 13).

Kadınların çoğu kendilerinde PMS olduğunu anlamazlar ya da menstrual sikluslarıyla ilişkili sorunları tanımlayamazlar. Bu yüzden iyi bir değerlendirme yapmak gereklidir. Rutin kontroller hemşirelerin, kadınların menstrual sikluslarıyla ilgili deneyimledikleri sorunlar hakkında bilgi alma fırsatı yaratır (38). Değerlendirmenin ilk aşamasında iyi bir menstrual, obstetrik ve genel öykü alınmalıdır. Menstrual öykü alınırken yaş, parite, PMS ve dismenore semptomlarının başlangıç ve ilerleyişi, başlatan ve şiddetini arttıran olaylar, semptomların zamanı, fiziksel ve duygusal semptom sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları; aile, iş ve arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konular üzerinde durulmalıdır. Genel sağlık öyküsü de bu duruma karışabilecek ya da katkıda bulunabilecek diğer durumlar

hakkında bilgi verir. Bireyin beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin alımı, kırmızı et, sebze tüketimi, açlık hissi vs.), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve baş etme yolları) öğrenilmelidir (9). Ayrıca hemşirenin yapacağı fiziksel ve pelvik değerlendirme, PMS tanılmasına yardımcı olarak, kadının deneyimlediği diğer olası sorunları ortaya çıkarıp PMS tanılmasını kolaylaştıracaktır. Örneğin tiroid bezi hastalıkları, kardiyak bozukluklar ve pelvik kitleler PMS ile ilişkili olduğu düşünülen semptomların gerçek kaynakları olabilir (67).

Perimenstrual dönemde ortaya çıkan siklik değişiklikleri belirlemek için objektif bir tanılama aracı kullanılmalıdır. Hemşire bu amaçla geliştirilen formlardan klinik alanda uygulaması kolay olan ve prospektif olarak doldurulan bir tanesini seçmelidir. Hemşire kadını böyle bir tanılama aracını nasıl ve kaç siklik periyot boyunca (en az 3 siklus) doldurması gerektiği konusunda eğitmelidir. Bu sırada semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendine değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Ayrıca günlük kilo izlemi ve bazal vücut ısısının da alınması önemlidir. Bazal vücut ısısının yataktan kalkmadan, kahvaltı öncesi ve sigara içmeden önce alınması ve günlük kilo izleminin mesane ve bağırsaklar boşaltıldıktan sonra yapılması gerektiği konusunda kadın ayrıca bilgilendirilmelidir. Böylece hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha çok görüldüğü belirlenir (13).

Hemşireler, PMS'yi tanımlamada ve PMS ile baş etmede yardımcı olabilecek anahtar kişilerdir. Danışmanlık, destek grupları ile veya bireysel danışmanlık şeklinde planlanabilir. Hastaya durumu açıklanmalı, ilerlemeyen ve nedeni bilinmeyen hastalığının olduğu ve kendisinin hiçbir şekilde dengesiz olmadığı anlatılmalıdır (50). Hemşireler kadınları, PMS hakkında literatürdeki bilgiler ışığında empatik ve destekleyici bir tutumla bilinçlendirerek, temel bir destek sağlayabilirler (67). Kadının yaşantısındaki herhangi bir stres, yaşadığı ancak tanımlayamadığı semptomları daha da ağırlaştırabilir. Hemşireler, sözel iletişim yoluyla, kadınların tanımlayamadıkları semptomları algılamalarını sağlayarak yardımcı olabilirler. Teropatik ilişkinin tedavi edici yararları azımsanmayacak kadar fazladır. Genel olarak yaşam stilini değiştirme, diyet, destek ve tamamlayıcı terapiler tavsiye edilir. Bu, hekimin ilaç reçete etmesini gerektirmez. En önemlisi kadınlara yeterli bilgi vererek aydınlanmalarını sağlamaktır. Bu yaklaşımlara ihtiyaç duyulabilir ancak semptomların çok şiddetli olduğu durumlarda hemşire, kadını gerekli tedavisi yapılmak üzere doktora yönlendirmelidir (38). PMS destek grupları ve eğitim sınıfları oluşturulması yoluyla da bu olguların daha kolay tedavi edilerek kendi bakımlarına katılımları ve eğitilmeleri sağlanabilir. Başarılı bir tedavi için iyi aile ilişkileri ve yaşam biçimi değişiklikleri gerektiğinden aile odaklı bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Konuya yönelik hemşirelerin topluma yapacağı sağlık eğitimi son derece önemlidir. Bu eğitim okullarda öğrencilere, halk eğitim merkezi gibi yerlerde kadınlara ve ailelerine PMS hakkında doğru bilgiler kazandırmaya yönelik olarak planlanmalıdır (9).

Hemşirelik bakımının etkinliği hastanın tutum ve davranışlarında istemli değişimler yapmasının gözlemlenmesi yoluyla değerlendirilir. Hemşirelik tanılarını ile

ilgili özel terapiler için hemşire hastadan anamnez almak ya da fiziksel değerlendirme ve gözlem yapmak zorundadır. Örneğin eğitimden bir hafta önceki ve bir hafta sonraki diyet kayıtları beslenme düzeninde yapılan değişiklikleri belirleme konusunda dökümantasyon sağlayabilir. Hastayla menstruasyona ve PMS'ye yönelik tutumlarını ya da tutum değişikliği skalasını tartışmak problemleri olan alanla ilgili veri sağlar. Ayrıca kadının iş ve aile rollerindeki performansı ve strese yönelik algıları terapotik programın etkinliğini gösteren başka bir ölçüttür (66).

2.10.1. PMS'de Hemşirelik Tanıları

PMS'nin tanınması normal pelvik durumu gösteren tanılayıcı testler ve fiziksel değerlendirme yoluyla sağlanır. Kadınlardaki semptomlar premenstrual ve menstrual dönemi izleyen tipik özelliklere sahiptir. PMS'deki hemşirelik tanılarına ilişkin bazı örnekler aşağıda sıralanmıştır (66, 68-70):

- Semptomlarla baş edememeye bağlı anksiyete
- Sıvı retansiyonu
- Ağrı
- Uyku düzeninde bozukluk
- Beslenme örüntülerinde değişiklik
- Sosyal ilişkilerde bozulma
- Bireysel başetmede yetersizlik
- Bilgi eksikliği
- Cinsel fonksiyon bozukluğu

TANI 1: Semptomlarla Başedememeye Bağlı Anksiyete

Tanımlayıcı Majör Özellikler

• Fizyolojik, bilişsel ve duygusal anksiyete belirtilerinin gözlenmesi (huzursuzluk, endişe, kendine güvensizlik, sinirlilik, kötü bir şey olacağını bekleme, öfke patlamaları, başkalarını suçlamaya eğilim).

Sonuç Kriterleri (68)

- Kendi anksiyetesini ve baş etme örüntülerini belirler
- Psikolojik ve fizyolojik rahatlama artma ifade eder.
- Anksiyeteyi yönetmede etkin baş etme mekanizmaları kullandığını kanıtlar.
- Sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz başetme tutumlarını ifade eder.

Planlama ve Girişimler

- Kadının anksiyete düzeyi belirlenmelidir (71).
- Kadının semptomları kontrol altına alabilmesi için, tüm tedavi yöntemleri açıklanmalı, anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanarak geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirip uygun yöntemi kullanması sağlanmalıdır (müzik dinleme, egzersiz vb.). Hemşire PMS'li kadına stresi azaltma

teknikleri ile solunum egzersizlerini öğretmeli, birey merkezli, amaca odaklı bir strateji geliştirmelidir (12).

- Kafein, sinir sistemini stimüle edip anksiyeteyi arttırdığı için, kullanımının azaltılması anlatılmalıdır (55, 68).

- Hemşire stresle baş etme konusunda kadına destek olarak, PMS semptomlarının olmadığı dönemlerde, PMS'nin günlük hayatı üzerindeki etkilerine odaklanıp bir plan yapmasını sağlayarak, masaj, duş yapma, egzersiz gibi pozitif stres yönetimi teknikleri anlatılmalıdır (45, 55).

- Rahatlamak için kadının kendisine zaman ayırmasının (rahatlama teknikleri, yoga, meditasyon, müzik dinleme, kitap okuma vb.) semptomlarla baş etmesine yardımcı olacağı anlatılmalıdır (26).

- B kompleks vitaminleri, özellikler de B₆ desteğinin anksiyete ve depresyonu azaltıcı etkisi anlatılmalıdır (3, 54).

- Ailenin PMS semptomları, nedenleri ile menstruasyonun fizyoloji ve psikolojisi ile ilgili konularda eğitimini sağlamak, aileye etkili iletişim tekniklerini öğretmek bakıma aileyi de dahil ederek (diyet, egzersiz, relaksasyon, dinlenme), aile terapisine yönlendirmek kadının anksiyete düzeyini azaltmaya yardımcı olacak ve kadın ailesi tarafından anlaşılabilirliğini hissedecektir (69).

- Özellikle gergin ve kaygılı kadınlar için günlük hafif egzersizler ve relaksasyon teknikleri önerilmeli, egzersizin PMS şikayetlerinden yorgunluk ve stresi azaltmadaki etkinliği anlatılmalıdır (12, 13, 20, 26, 41, 55,72). Haftada dört kez en az 30 dakika egzersiz yapmak gerektiği açıklanmalıdır (53). Relaksasyon teknikleri ile oluşturulan relaksasyon yanıtı, gözler kapalı, sessizce oturularak, rahatsız edici düşüncelerden pasif olarak ve dikkati sürekli mental aktivite ve dinlenmeye vererek öğretilen fizyolojik bir yanıtıdır. Relaksasyon yanıtının sağladığı fizyolojik değişiklikler, kan basıncında düşme, arteriyel laktat düzeyi, kalp atımı ve solunum sayısında azalmayı içerir (9).

- PMS depresyon düzeyini yükselttiği için bu dönemde depresyonla baş etme yöntemleri, genital organların fizyolojisi ve premenstrual şikayetlerin nedenleri hakkında kadına eğitim yapılmalıdır (16, 40). İleri depresyon ve intihar düşünceleri olan kadınları psikiyatrik değerlendirme için kliniklere yönlendirebilmelidir (11, 65).

- Sağlık profesyonelleri empatik yaklaşarak, PMS'li kadının duygu ve düşüncelerini açıklamasına yardımcı olmalıdır. Bu yaklaşım kadının PMS semptomlarının hayatını nasıl etkilediğini tanımlamasına yardımcı olacaktır (54). Hemşirenin sakinliği ve tehdit edici olmaması kadının da sakinleşmesine neden olacaktır. Düşük ses volümü ve tonunu kullanarak kurulan açık iletişim kadına kendisinin anlaşıldığını hissettirecektir (71).

TANI 2: Sıvı Retansiyonu

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Ödem

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Vücut ağırlığında artma
- Şişkinlik hissi

Sonuç Kriterleri (68, 73)

- Kişi, ödeme neden olan faktörleri ve ödemi önleyici yöntemleri tanımlar.
- Periferik ödeme azalma görülür.
- Vücut ağırlığında azalma olur.
- Sıvı retansiyonun verdiği gerginliği yaşamadan beslenme değişikliklerini benimser

Planlama ve Girişimler

• Sıvı retansiyonu olan kadınlara yemeklerde sodyum alımını azaltmaları ya da kaçınmaları önerilmeli, doğal diüretiklerin kullanımı sağlanmalıdır (çay, yaban mersini ya da greyfurt suyu) (3, 55). Nadiren de olsa diürezi sağlamaya yönelik reçete edilen diüretiklerin kullanımı sağlanmalıdır (73).

• Kadına semptomların başladığı dönemden itibaren kilo kontrolü yapmanın önemi ve sıvı retansiyonunun nedenleri anlatılmalı, aktivite artışı sağlayarak sıvı retansiyonu önlenmelidir (68).

• Günde en az iki litre su alımı (günlük alınan diğer sıvılar hariç) önerilmelidir (45).

TANI 3: Ağrı

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Kadının ağrısı olduğunu ifade etmesi

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Ağrılı yüz ifadesi

Sonuç Kriterleri (68, 69)

- Ağrıyı azaltan yöntemleri tanımlar.
- Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade eder
- Yeterli dinlendiğini, uyuduğunu ve ağrının kontrol altına alındığını bildirir.
- Abdominal ağrı ve altında yatan nedenleri öğrenerek baş etmelerinin güçlendiğini ifade eder.
- Kadın menstrual fizyoloji ve psikolojiyi tanımlar, mitleri ve yanlış bilgileri anlayıp netleştirerek, menstruasyon ve semptomlarının normalliğini kabul eder.
- Günlük aktivitelerinde daha etkili performans gösterdiğini ifade eder.

Planlama ve Girişimler

• Abdominal ağrı olduğu durumlarda kadının genel ve premenstrual döneme ait ağrıya ait algılarını tanımlamasına yardımcı olmak, ağrının aşamalarını kaydetmek (başlangıç –hafifleme –krampolar) gereklidir. Ağrının bulantı, diyare vb. belirtilerle ilgili olmadığından emin olmak, ağrıya neden olan faktörleri tanımlamak, kadının rahatlatma tekniklerini tanımlamasına yardımcı olmak, ağrıyı artıran yaşam stili faktörlerini tanımlamak diğer hemşirelik girişimleridir (69).

• PMS ile ilgili ağrı ve rahatsızlık hissi basit ağrı kesiciler ya da sıcak uygulama ile gerileyebilir. Bununla birlikte krampolar PMS’de dismenoredeki kadar büyük bir problem değildir. Relaksasyon teknikleri oldukça rahatlatıcıdır (66).

• Hastayla alternatif terapiler konusunda konuşulmalıdır. Bitkisel ilaçlar, vitamin preparatları, doğal progesteron kremleri ile ilgili bilgi verilmelidir (72).

TANI 4: Uyku Düzeninde Bozukluk

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Uykuya dalmakta ve uyumada güçlük

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Uyanırken ya da gün boyunca yorgunluk
- Gün boyunca uyuklama
- Ajitasyon
- Ruh halinde değişimler

Sonuç Kriterleri (68, 73)

- Uyumayı inhibe eden ya da engelleyen faktörleri tanımlar.
- Uyku getiren teknikleri tanıır.
- Dinlenme ve aktivite arasında optimal bir denge olduğunu bildirir.
- Uykusuzluk belirtilerinin azaldığını, daha fazla uyuduğunu, dinlenmiş olduğunu ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmek için yeterli enerjiye sahip olduğunu belirtir.

Planlama ve Girişimler

- Uyku düzeni bozulan kadının uyku düzeni ve alışkanlıklarını belirlemek, uyku için düzenli program yapmak ve buna bağlı kalınmasını sağlamak gereklidir. Bireyin alışkanlıkları doğrultusunda uyumasını kolaylaştıran önlemler olarak (ılık süt içme, gevşeme teknikleri), düzenli egzersiz programı (sabah, öğle ve akşam) uygulamak uyku düzenini sağlamada kadına yardımcı olacaktır (68).
- Hemşire kadına özellikle premenstrual dönemde yeterli dinlenmesi ve uyuması gerektiğini anlatmalıdır (12).
- Hemşire, yorgunluk ve insomnia ile baş edebilmesi için uykuyu düzenlemesine yardımcı bir program oluşturmada kadına yardımcı olmalı, kitap okuma, müzik dinleme gibi rahatlatıcı aktiviteler ile egzersizin uykuya yardımcı olacağını anlatmalıdır (45).

TANI 5: Beslenme Örüntülerinde Değişiklik

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- PMS’de sağlıklı beslenme hakkında bilgi eksikliği
- Hipoglisemi belirtilerinin görülmesi

Sonuç Kriterleri (68, 73)

- PMS’de uygun beslenme tekniklerini tanımlar.
- Hipoglisemi durumunda yapması gerekenleri tanımlar.
- Yeni beslenme şeklini benimseyerek, planlanan miktarda sıvı ve diyeti takip ederek, günlük yaşam aktivitelerini yorgunluk hissetmeden yaptığını ifade eder.

Planlama ve Girişimler

- Sağlıklı beslenme PMS semptomlarını azaltıcı etkiye sahiptir (74, 75).
- Hipoglisemiye bağlı baş ağrısı semptomlarına yönelik olarak kadının, basit ve rafine karbonhidratlardan ve tatlılardan kaçınması, kompleks karbonhidratlardan

zengin beslenmesi, öğün sayısını arttırarak öğün atlamaksızın, taze sebze ve meyve tüketmesinin önemi vurgulanmalıdır (69).

- Kompleks karbonhidrattan zengin yiyecek ve içeceklerin tüketilmesinin, kadınlarda yeme isteği ve negatif ruhsal davranışları hafiflettiği anlatılmalıdır (76, 77).

- Kalsiyumdan zengin diyet, duygulanım problemlerini ve konsantrasyon bozukluğunu önleyecektir. Günde en az 800 mg kalsiyum alınmasının yararı anlatılmalıdır. Ayrıca günlük 400 mg magnezyum alımının anksiyete semptomlarını azaltacağı ile ilgili bilgi verilmeli, Vitamin B6 alımının, yorgunluk, depresyon ve gerginliği azaltacağı anlatılmalıdır (13, 26, 78).

- Hemşire diyetini düzenlemede kadına yardımcı olmalı ve bu düzenlemelerin kalıcı olabilmesi için desteklemelidir. Düzenli, sık aralıklarla ve az yemesi önerilmelidir (9).

- Proteinden fakir, karbonhidrattan zengin bir diyet önerilmelidir. Hafif PMS yaşayan kadınlar için nutrisyonel terapi alternatif olarak tercih edilebilir (76).

- Kafein, rafine şeker ve sodyum kullanımının azaltılması önerilmelidir. Ayrıca tütün ve alkol kullanımının sınırlandırılması konusunda bilgi vermelidir (20, 53, 65, 78).

- Kadınlar diyetlerinde tahıl, kabuklu yemiş, meyve ve sebzeler ile bitkisel yağları bulundurma konusunda cesaretlendirilmelidir (53).

TANI 6: Sosyal Etkileşimde Bozulma

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Stabil destekleyici ilişkiler kuramama ya da sürdürmememe

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Sosyal izolasyon
- Yüzeysel ilişkiler
- Kişilerarası problemler için başkalarını suçlama
- Yanlış anlaşılma duygusu
- Reddedilmişlik duyguları

Sonuç Kriterleri (68, 70)

- Sosyalizasyonla ilgili problemleri kabul eder.
- Etkili sosyalizasyon sağlayan yeni davranışları tanımlar.
- Yapıcı bir davranışı kullandığını göstererek aktif sosyal ilişkiler kurar

Planlama ve Girişimler

- Hemşire, PMS'si olan kadına çikolata gibi kafein içeren yiyecek ve içeceklerden uzak durması gerektiğini, Vitamin B6, kalsiyum ve magnezyum alımını artırmasını, relaksasyon tekniklerini öğreterek, stres düzenleyici egzersizler yapmasını sağlamalıdır. Hayat tarzı değişiklikleri ile ilgili danışmanlık yapmak, sınırlar koymak, kendini yönetme uygulamaları yaptırmak kadına PMS ile baş etmesinde yardımcı olacaktır (69).

- Bireyin kendini ifade etmesine izin vererek daha önceki ilişkilerinin farkına vardurmak, çeşitli etkinliklere aktif katılımını sağlamak (68), doğru sosyal davranış özelliklerine sahip olmasını ve pozitif tutum oluşturmada grup terapisi önermek diğer hemşirelik girişimleridir (69).

- Eğitim ve destek aileyi de içerecek şekilde genişletilmelidir. Kadında PMS semptomları görüldüğü zaman, aile üyeleri çoğunlukla kadına karşı kendilerini geri çekerek karşılık vermektedirler. Aile üyeleri duygularını dile getirme konusunda cesaretlendirilmeli bu şekilde de öfke ve dargınlıklarını azaltmaları sağlanmalıdır (41).

TANI 7: Bireysel Başetmede Yetersizlik

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Baş etme yetersizliğinin sözel olarak ifade edilmesi, yardım istemesi
- Savunma mekanizmalarını uygun olmayan şekilde kullanması

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Kronik endişe, anksiyete
- Yaşamdaki stresörlerle ilgili güçlük yaşandığını bildirilmesi
- Kendine ve başkalarına karşı yıkıcı davranışlar
- Assertif olmayan tepki şekli

Sonuç Kriterleri (68)

- Kendi kişisel baş etme şekli ve davranışının yol açtığı sonuçları tanır.
- Kendi güçlerini tanır ve hemşirelik ilişkisi ile verilen desteği kabul eder.
- Emosyonel durumu ile ilişkili duygularını sözel olarak ifade eder.

Planlama ve Girişimler

- Kadının eğitimi özellikle aile ve arkadaş ilişkilerini düzeltmeye yönelik sosyal destek sağlayan eğitimleri içermelidir (73).

- Bireysel baş etmeleri yetersiz olan kadınla beraber, kullandığı olumlu ve olumsuz başetme yöntemlerini tartışmak; PMS'nin semptomsuz zamanı boyunca, semptomların akut olduğu zamanlar için stresli durumlardan sakınmanın planlarını yapmak ve günlük yaşam üzerindeki PMS'nin etkileri konusunda bilgi vermek kişinin baş etmelerini artırmaya yönelik girişimlerdir. Stresten sakınmak için masaj, sıcak banyo ve alternatif tıp tekniklerini (yoga, meditasyon, akupunktur, bitkisel çaylar) uygulamak da kadının baş etmelerini güçlendirmesinde etkili olacaktır (68).

- Kadında PMS tanısı doğrulandıktan sonra hemşireler aileye yardımcı olabilecek yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili eğitim verebilirler. Kadınlar beklenen sıklıkla değişiklikler hakkında eğitimden fayda sağlayacaklardır (45).

- Hemşireler kadınları ve ailelerini, sık görülen PMS semptomları (duygu, durum, davranış değişimleri, sosyal işlevsellikte bozulma, çökkün duygusal durum, atipik depresif özellikler) ile ilgili bilgilendirmelidir (11, 14, 16, 65). Kadınlar semptomları öğrenip tahmin edebildikleri zaman onlara karşı kontrol hissi kazanacak semptomların sıklığı azalacaktır (45).

- Kadına bir takvim kullanması ve her ay hangi tarihlerde, hangi semptomları yaşadığını yazması öğretilmelidir. Semptomları fark edip takvimine işaretlemesi, bir sonraki ay kendini kötü hissedeceği zamanı önceden tahmin ederek semptomlarla baş etmesinde kadına yardımcı olacaktır (15, 50, 76).

- Kadının kontrolünü kaybedip, kendisine ya da çocuklarına zarar verebileceği korkusunu hissettiğinde, kontrolü tekrar kazanabilmesine yardımcı teknikler geliştirmesinde hemşire yol gösterici olmalıdır. Kadın kontrolünü

kaybettiği zaman komşu, arkadaş ya da aile üyelerinden biri soru ya da açıklama olmaksızın acil yardım sağlayacak şekilde belirlenmelidir (14, 45).

TANI 8: Bilgi Eksikliği

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Kişi bilgi eksikliğini sözel olarak ifade eder.

Sonuç Kriterleri (68,70)

- Kişi sahip olduğu yanlış bilgileri tanımlayarak doğru bilgiler edinir.
- Önerilen ilaçların dozlarını, kullanım şekli ve yan etkilerini tanımlar
- PMS fizyoloji ve psikolojisi ile ilgili bilgiler edinir.

Planlama ve Girişimler

• Kadınların bilgi eksiklikleri, PMS'nin fizyolojisi ve psikolojisine ilişkin eğitimler yapma, sosyal ve psikolojik kaynakların neden olduğu mitler ve yanlış uygulamaların tanımlanması yoluyla giderilebilir. Halk eğitimleri yolu ile kadınlara, özellikle okullarda genç kızlara menstrual siklus ve PMS, dismenore gibi problemler konusunda bilgi verilebilir (66).

• Eğitim materyalini oluştururken hemşireler, öncelikle kadınların sahip olduğu bilgileri öğrenerek, öğrenme ihtiyacı ve isteklerini belirlemeli, kadının ve ailesinin kültürel değerleri ve PMS'ye ait bilgilerini gözden geçirmeli ve bu doğrultuda kadına, sürekli pozitif destek sağlamalıdır. Bilgi eksikliği olan alanlar belirlendikten sonra ilgili konularda özel eğitimler planlanmalıdır (70).

• Kadınlara menstrual fizyoloji ve psikolojiyi öğretmek, sosyal ve psikolojik faktörlerle ilgili bilgi sağlamak, mitleri ve yanlış bilgileri sınıflandırmak, menstruasyonun kadına ait normal bir fonksiyon olduğuna yönelik danışmanlık ve eğitim sağlamak da diğer hemşirelik girişimleridir (69).

• PMS saptanan kişilere kendi kendilerine telkinle semptomları hafifletmelerini sağlayacak sağlık eğitimleri yapılmalıdır (15, 46).

• Hemşireler konuya ilişkin bilinenleri grup eğitimi yoluyla yaygınlaştırabilmelidir (41). Bu yolla kadınlar, konuya ilişkin sahip oldukları yanlış bilgileri değiştirebilmelidir (11).

• Özellikle halk sağlığı alanındaki hemşirelerin ve ebelerin kız çocuğunun gelişim dönemleri ile ilgili anneleri eğitmeleri önemlidir (65).

• Hemşire kadına önerilen ilaçların dozları, kullanım şekilleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi vermeli, kadının sorularını yanıtlamalıdır (12, 13, 72).

TANI 9: Cinsel Disfonksiyon

Tanımlayıcı Majör Özellikler

- Cinsel işlevlerle ilgili problemin sözel olarak ifade edilmesi

Tanımlayıcı Minör Özellikler

- Cinsiyet rolünde doyumsuzluk olması
- Cinsellik ve cinsel fonksiyon konularında bilgisiz olma

Sonuç Kriterleri (69).

- Kadın semptomlara yönelik düzenlenen planı kabul ederek, etkili baş etme yöntemleri geliştirme yolu ile aile içi iletişimini artırır ve çift, tatmin edici bir cinsellik yaşadığını, sorunu olmadığını ifade eder.
- Çift premenstrual problemleri çözümleyebilir ve kadın pozitif tutum ve doğru davranış biçimi geliştirir.

Planlama ve Girişimler

- Hemşire cinsel disfonksiyonu olan kadında PMS semptomlarının gerilemesini sağlamalı, seksüel yanıt ve özellikleri ile ilgili eğitim ve danışmanlık sağlayarak, uygun seksüel teknikleri öğretmeli ve daha kompleks cinsel problemlerde, cinsel danışmanlık için hastayı yönlendirmelidir (69).
- İlaçların seksüel fonksiyon ve yanıt üzerine yan etkilerini ve partnerleri cinsel uyarılma ve memnuniyetlerini artırmak için, sahip oldukları davranışsal özellikleri tartışmaya cesaretlendirerek, uygun kontrasepsiyon yöntemlerini ve cinsel birliktelikte alternatif pozisyonları tartışarak en uygun pozisyonlar belirlenmelidir (79)

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda Premenstrual Sendrom görülme sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma; sosyoekonomik ve kültürel özellikleri farklı olan iki bölgede; Antalya Merkez 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı ve 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı bölgesinde ve kadınların evlerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada temel alınan 2005 verilerine göre kentsel bölge özelliklerini temsil eden Antalya Merkez 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı'na bağlı olan bölge nüfusu 34.201 kişidir. 15-49 yaş grubunda 10.453 kadın bulunmaktadır. Bölgedeki nüfus artış hızı binde 4.59'dur. Bölge apartman tipi yapı içermektedir. Bölgedeki ortalama hane halkı büyüklüğü 2.82'dir.

Gecekondu bölge özelliklerini temsil eden Antalya Merkez 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı'na bağlı olan bölge nüfusu 42.618 kişidir. 15-49 yaş grubunda 12.572 kadın bulunmaktadır. Bölgedeki nüfus artış hızı binde 12.95'dir. Bölge hem apartman, hem de gecekondu tipi yapı içermektedir. Bölgedeki ortalama hane halkı büyüklüğü 3.82'dir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya merkezde bulunan 54 sağlık ocağı oluşturmuştur. Örneklem birisi sosyoekonomik düzeyi düşük diğeri sosyoekonomik düzeyi yüksek iki sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş grubu kadınlar alınmıştır. Premenstrual Sendromdaki sosyoekonomik ve kültürel farklılıkları belirleyebilmek için merkezde bulunan 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı ile gecekondu bölgesinde bulunan 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı rastgele seçilmiştir.

Örneklem büyüklüğü MedCalc istatistik paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Evreni temsil edecek örneklem sayısı, $\alpha=0.05$ power=0.90, PMS'nin toplumda görülme sıklığı $p=0.30$ alınarak hesaplanmış, araştırmanın toplam $n = 500$ kadın üzerinde yapılması uygun bulunmuştur (80). Araştırmanın gücünü artırmak amacıyla toplam 600 kadında anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. 600 kadının 300'ü 6 No'lu 70. Yıl Cumhuriyet Sağlık Ocağı bölgesinden, diğer 300'ü ise 25 No'lu İsmet Yüce Sağlık Ocağı bölgesinden seçilmiştir. Araştırmanın örneklemi kayıta dayalı sistematik örnekleme yöntemiyle seçilen 15-49 yaş grubu 600 kadın oluşturmuştur.

Seçim yapılırken Ev Halkı Tespit Form'ları (EIF) kullanılmıştır. Örnekleme çıkan ailelerden, araştırmaya katılabilecek özellikteki kadın sayısının birden fazla olduğu durumlarda ise rastgele olarak birisi seçilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada uygulama yapılacak sağlık ocağı bölgeleri belirlendikten ve il sağlık müdürlüğünden gerekli izinler alındıktan sonra verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir (Ek:1). Belirlenen sağlık ocağı bölgelerine Ekim 2005- Mart 2006 tarihleri arasında gidilmiş ve soru formları uygulanmıştır. alışan ya da okula giden kadınlara çalışma saatleri dışında ulaşılmıştır.

Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; araştırmacı tarafından oluşturulan, kadınların sosyodemografik, doğurganlık özellikleri ve kullandıkları ilaçlar ile ilgili 16 soru bulunmaktadır (Ek:3). İkinci bölümde ise 95 sorudan oluşan, Halbreich ve Endicott (1982) tarafından geliştirilen ve lkemizde Dereboy ve ark. (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan ve geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılan, i tutarlılığı yüksek derecede güvenilir bulunan (Cronbach alfa= 0.97), geriye dönük Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) olarak adlandırılan form kullanılmıştır (Ek: 4).

Premenstrual Değerlendirme Formu'nda yer alan 95 sorunun tamamı düz anahtarlı olup altı grupta toplanan yanıt seçenekleri;

- 1) Her zamankinden farklı değil
- 2) ok az değişim
- 3) Hafif değişim
- 4) Orta şiddette değişim
- 5) şiddetli değişim
- 6) ok şiddetli değişim olarak gruplandırılmıştır.

95 sorudan oluşan ölçek, literatürdeki gibi 18 alt lğe ayrılarak puanlanmış ve ilgili puanları oluşturan alt ölçek bileşenleri Tablo 3.1'de belirtilmiştir.

Tablo 3.1. PDF Alt Ölçeklerine Giren Sorular ve Alt Ölçek Puanlarının Hesaplanması

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Soru Numaraları
1) Çökkün Duygudurum	10	19, 22, 38, 48, 49, 51, 57, 66, 78, 89
2) Endojen Depresif Özl.	5	8, 23, 40, 64, 82
3) Labilite	3	1, 46, 47
4) Atipik Depresif Özl.	6	1, 5, 27, 46, 80, 81
5) Histeroid Özl.	5	25, 37, 41, 47, 86
6) Düşmanlık/Kızgınlık	6	26, 50, 55, 56, 60, 67
7) Sosyal Geri Çekilme	4	23, 72, 74, 78
8) Bunaltı	4	4, 7, 14, 44
9) Kendini İyi Hissetmede Artış	4	30, 35, 68, 85
10) İmpulsivite	4	26, 36, 42, 50
11) Organik Mental Özl.	6	3, 11, 12, 24, 31, 32
12) Su Tutulumu	6	9, 58, 59, 62, 71, 75
13) Genel Fiziksel Rahatsızlık	3	10, 53, 62
14) Otonomik Fiziksel Değ.	7	13, 20, 29, 39, 40, 58, 84
15) Yorgunluk	4	2, 6, 15, 52
16) Sosyal İşlevsellikte Boz.	11	21, 33, 54, 72, 74, 76, 77, 79, 83, 92, 93
17) Çeşitli Duygudurum Değ.	14	16, 17, 28, 34, 43, 45, 61, 63, 64, 69, 73, 87, 88, 90
18) Çeşitli Fiziksel Değ.	6	18, 65, 70, 91, 94, 95
PDF Toplam	108*	

*PDF'deki toplam soru sayısı 95'tir. Fakat bazı maddeler birden fazla alt ölçekte yer aldığı için toplam soru sayısı 108 olarak belirtilmiştir. Bu sorular koyu renkle belirtilmiştir

3.4.1. Ön Uygulama

Hazırlanan soru formunda yer alan soruların anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla farklı yaş, eğitim, sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklere sahip 30 kadın üzerinde form uygulanmış ve ardından gerekli düzenlemeler yapılarak soru formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulamada 30 kadından elde edilen veriler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.4.2. Soru Formunun Uygulanması

Soru formları uygulanmadan önce araştırmacı kendini tanıtmış (adı, soyadı, çalıştığı kurum), katılımcılara araştırmanın amacı ve süresi konusunda bilgi vermiştir. Katılımcıların gönüllü olacağı ve isterlerse çalışmadan ayrılacakları söylenerek soru formuna isimlerini yazma zorunluluğunun olmadığı, bilgilerin güvenli bir şekilde saklanacağı ve yalnızca araştırma amacıyla kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir. Katılımcıların sözlü ve yazılı onayı alındıktan sonra

soru formunun uygulanmasına geçilmiştir. Soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Sorular araştırmacı tarafından sorulmuş ve verilen yanıtlar araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Her bir soru formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin bilgisayara girişi ve istatistiksel analizler, SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçek sorularının güvenirlik analizleri Cronbach alfa değerleri bulunarak gerçekleştirilmiştir. Cronbach alfa değerleri yorumlanırken aşağıda belirtilen kriterlere göre değerlendirme yapılmıştır;

$0.0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (42, 81).

Ölçekte yer alan altı maddeli yanıt seçeneklerinin (her zamankinden farklı değil 1 puan alırken, çok şiddetli değişim 6 puan almıştır) değerlendirilmesini kolaylaştırmak amacıyla; *1 ve 2. maddeler hafif, 3 ve 4. maddeler orta, 5 ve 6. maddeler ise şiddetli* olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanları gruplandırmaya yönelik K-means (K-ortalamlar) küme analizine değişken olarak 95 Premenstrual Değerlendirme Formu maddesi dahil edilmiş ve üçlü küme çözümlemesi benimsenmiştir. Bu çözümlemeler sonucunda her kümenin almış olduğu ortalama puan eşik değeri olarak belirlenmiştir.

Kadınlarda Premenstrual Sendromun varlığının hesaplanmasında, kümelerin ortalama puanları ile maximum değer sınırları arasında kalan değerler bulunmuş ve bunların toplam üzerindeki payları hesaplanmıştır. Ortalama ve üzeri puanlar PMS varlığını belirlemiştir. Premenstrual Değerlendirme Formundan alınan puanın yüksek olması PMS görülme riskini de artırmaktadır.

Bağımsız değişkenlerin PDF puanları yönünden karşılaştırmalarında, ikili gruplarda Student t testleri, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında anlamlılık bulunduğunda, grupların ikili karşılaştırmalarında Scheffe testi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

a) Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Premenstrual semptomların varlığı, Premenstrual Sendromun varlığıdır.

b) Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Yaş, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, eşin mesleği, eşin eğitim durumu, beden kitle indeksi, gebelik sayısı, çocuk sayısı, sigara içme durumu, devamlı kullanılan ilaç, çalışma durumu, toplam aylık gelirdir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Antalya'nın genel özelliklerini temsil edebileceği düşünülen iki farklı bölgede yaşayan kadınlarda PMS yaygınlığı ve bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin araştırıldığı bu çalışma bazı sınırlılıkları da beraberinde getirmiştir. Araştırmaya herhangi hormonal bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan, hamile olmayan, menopoz döneminde olmayan ve menstruasyon olan kadınlar dahil edilmemiştir.

Verilerin toplanması sırasında sorular direk kadınlara yöneltilmiş ve gözlem yapmaya olanak sağlamamıştır. Araştırmaya katılan kadınların premenstrual dönemde olup olmadıkları dikkate alınmadığı için kadınlar geriye dönük olarak yaşadıkları semptomları hatırlamada zorluk yaşamışlardır. Kadınlarda PMS tanısı koyarken geriye dönük olarak en az iki ardışık semptomatik siklusta PMS kriterlerinin olup olmadığını değerlendirememiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin premenstrual dönem öncesi ve sırasında değerlendirilememiş olması her iki dönem arasındaki farkın değerlendirilmesine olanak sağlamamıştır.

BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınlara ait sosyodemografik özellikler incelenmiş ve Tablo 4.1.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (N= 600)

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Yaş		
15-19	104	17.4
20-24	95	15.8
25-29	113	18.8
30-34	108	18.0
35-39	92	15.3
40 ve üzeri	88	14.7
Medeni Durum		
Evli	361	60.2
Bekar	239	39.8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	273	45.5
Çalışmıyor	327	54.5
Meslek		
Ev Hanımı	215	35.8
Öğrenci	100	16.7
İşçi	64	10.7
Memur	176	29.3
Esnaf - Tüccar	45	7.5
Eğitim Durumu		
Okuryazar+Okuryazar değil	15	2.5
İlkokul	148	24.7
Ortaokul	58	9.6
Lise	208	34.7
Üniversite	171	28.5

Tablo 4.1.1'in devamı.....

Özellikler	Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	
	Sayı	%
Eşin Mesleği (n=361)*		
Memur	125	34.6
İşçi	71	19.6
Esnaf – Tüccar	150	41.6
Emekli	15	4.2
Eşin Eğitim Durumu (n=361) *		
Okuryazar+Okuryazar değil	6	1.6
İlkokul	106	29.4
Ortaokul	45	12.5
Lise	85	23.5
Üniversite	119	33.0
Toplam Aylık Gelir		
0 – 400	74	12.5
401 – 800	224	37.3
801 – 1200	111	18.4
1201 – 1600	81	13.4
1601 -2000	61	10.2
2001 ve üzeri	49	8.2
Aile Şekli		
Çekirdek	500	83.3
Geniş	100	16.7
Yaşanan Yer		
Kent	300	50.0
Gecekondu	300	50.0
En Uzun Süre Yaşanan Yer		
Büyükşehir	293	48.9
Şehir	184	30.6
İlçe	77	12.9
Köy	46	7.6

* Evli kadın sayısı toplamı 361'dir

Araştırmada kadınların yaş ortalaması **29.29±8.78** olarak belirlenmiştir. Kadınların %60.2'sinin evli, %45.5'inin çalıştığı görülmektedir. Kadınların %35.8'inin ev hanımı, %29.3'ünün memur olduğu, %24.7'sinin ilkokul ve %28.5'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan evli kadınların eşlerinin %41.6'sının esnaf ve tüccar, %34.6'sının memur olduğu, %29.4'ünün ilkokul mezunu, %33'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların %12.5'i 400 YTL ve altında, %8.2'si ise 2001 YTL ve üzerinde toplam aylık gelire sahiptir. Katılımcıların %83.3'ü çekirdek aile yapısına

sahiptir. Kadınların %50'sinin gecekondü bölgesinde yaşadığı ve %48.9'unun en uzun süre yaşadıkları yerin büyükşehir olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların genel sağlık özellikleri ile bazı alışkanlıkları incelenmiş ve Tablo 4.1.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.2 Kadınların Bazı Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (N=600)

Özellikler	Sağlık Özellikleri	
	Sayı	%
Sigara İçme Durumu		
İçiyor	197	32.8
İçmiyor	403	67.2
Beden Kitle İndeksi*		
Zayıf	75	12.5
Normal	362	60.3
Hafif Şişman	119	19.8
Orta ve Ağır Derecede Şişman	44	7.4
Devamlı İlaç Kullanma Durumu		
Kullanıyor	64	10.7
Kullanmıyor	536	89.3
İlaç Kullanma Nedeni (n=64) **		
Depresyon	17	26.6
Guatr	12	18.9
Hipertansiyon	7	10.8
Migren	5	7.8
Anemi	5	7.8
Diabet	5	7.8
Diğer ***	13	20.3

* Beden Kitle İndeksi hesaplanırken $BKI = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy}^2 \text{ (m)}$ formülü kullanılmıştır.

** Toplam ilaç kullanan kadın sayısı 64 olup yüzdeler 64 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

*** Artrit, astım, dolaşım bozukluğu, kolestereol, myasteni, ritm bozukluğu, romatizma, ülseratif kolit diğer seçeneği altında yer alan diğer hastalıklardır

Araştırmaya katılan kadınlardan %67.2'sinin sigara içmediği saptanmıştır. Kadınların Beden Kitle İndeksleri (BKI) incelendiğinde ise %12.5'inin zayıf, %60.3'ünün normal kiloda olduğu görülmektedir.

Kadınların %10.7'si sürekli olarak bir ilaç kullanmaktadır. En çok kullanılan ilaç (%26.6) antidepresanlardır. Antidepresanları, guatr ilaçları (%18.9), antihipertansifler (%10.8), migren ilaçları (%7.8) ve antianemikler (%7.8) izlemektedir.

Tablo 4.1.3’de araştırmaya katılan kadınların gebelik ve çocuk sayıları görölmektedir.

Tablo 4.1.3. Kadınların Gebelik ve Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı (N=600)

Özellikler	Gebelik ve Çocuk Sayıları	
	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
0	261	43.5
1	105	7.5
2	117	19.5
3 ve üzeri	117	19.5
Çocuk Sayısı		
0	265	44.2
1	139	23.2
2	148	24.6
3 ve üzeri	48	8.0

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayıları incelendiğinde %17.5’inin bir, %19.5’inin üç ve daha fazla gebelik yaşadığı görölmektedir. Kadınların %43.5’i herhangi bir gebelik yaşamamıştır. Ortalama gebelik sayısı 2.35 ± 1.5 ’dir. Kadınların %44.2’sinin hiç çocuğı yokken, %8’inin üç ve daha fazla sayıda çocuğı vardır. Ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 1.78 ± 0.87 ’dir.

4.2. Premenstrual Değerlendirme Formu'na (PDF) Ait Veriler

PDF alt ölçeklerinin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 4.2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.1. Kadınların PDF Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Verilerinin Dağılımı

Alt Ölçekler	Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Verileri			
	Soru Sayısı	$\bar{X}$	ss	Cronbach Alfa
1.Çökkün Duygudurum	10	24.83	10.58	0.85
2. Endojen Depresif Özellikler	5	11.60	4.97	0.59
3. Labilite	3	7.96	3.64	0.61
4. Atipik Depresif Özellikler	6	17.12	6.63	0.70
5.Histeroid Özellikler	5	10.44	4.66	0.57
6. Düşmanlık / Kızgınlık	6	17.03	7.53	0.83
7. Sosyal Geri Çekilme	4	10.72	5.03	0.68
8. Bunaltı	4	11.21	5.03	0.72
9. Kendini İyi Hissetmede Artış	4	7.60	3.71	0.54
10. İmpulsivite	4	10.66	4.90	0.73
11. Organik Mental Özellikler	6	12.70	6.62	0.83
12. Su Tutulumu	6	15.86	5.84	0.63
13. Genel Fiziksel Rahatsızlık	3	10.26	4.10	0.62
14. Otonomik Fiziksel Değişimler	7	13.61	5.43	0.59
15. Yorgunluk	4	12.22	5.05	0.76
16. Sosyal İşlevsellikte Bozulma	11	30.07	11.19	0.81
17. Çeşitli Duygudurum/Davranış Değişimleri	14	29.30	11.54	0.81
18. Çeşitli Fiziksel Değişimler	6	15.21	5.50	0.61
PDF Toplam	108	233.92	78.80	0.97

Tabloda da görüldüğü gibi, bütün olarak PDF'nin iç tutarlılığı oldukça yüksektir. Alt ölçekler arasında güvenirliliği yetersiz görünenler "kendini iyi

hissetmede artış (Cronbach alfa=0.54), histeroid özellikler (Cronbach alfa=0.57), endojen depresif özellikler (Cronbach alfa=0.59), otonomik fiziksel değişimler (Cronbach alfa=0.59)” alt ölçekleridir.

“Çökkün duygudurum (Cronbach alfa=0.85), düşmanlık / kızgınlık (Cronbach alfa=0.83), organik mental özellikler (Cronbach alfa=0.83) ve sosyal işlevsellikte bozulma (Cronbach alfa=0.81),” alt ölçekler arasında Cronbach alfa değeri 80’in üzerinde olup yüksek derecede güvenilir olan alt ölçeklerdir. Ölçekte yer alan 95 madde incelendiğinde ise tüm maddelerin *iç tutarlılığı 0.97’dir*. Gecekondu bölgesindeki grupta iç tutarlılık 0.96 iken, kentsel bölgede 0.97’dir. Bu veriler karşılaştırıldığında iki bölge arasında iç tutarlılık açısından önemli bir farklılık görülmemektedir. Çalışmada **toplam PDF puanı 233.92** olarak belirlenmiştir.

PDF’ye ait küme eşik değerleri ile her bir kümenin minimum ve maximum değerleri Tablo 4.2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.2. PDF Kümeleri Eşik Değerleri

Kümeler	Küme Eşik Değerleri				
	Sayı	%	$\bar{X}$	Min. Değ.	Max.Değ.
Küme 1 (hafif)	321	53.5	1.84	1.00	2.66
Küme 2 (orta)	209	34.8	2.93	2.31	4.01
Küme 3 (şiddetli)	70	11.7	3.94	3.42	5.04
Toplam	600	100	2.46	1.00	5.04

PDF’nin 95 maddesi dahil edilerek yapılan küme analizine göre her bir kümenin ortalama değeri o küme için eşik değer olarak belirlenmiştir. Bu eşik değerlere göre *kadınların %53.5’i (n= 321) hafif düzeyde şikayeti olan birinci kümede, %34.8’i (n=209) orta düzeyde şikayeti olan ikinci kümede ve %11.7’si (n=70) PDF toplam puanı en yüksek olan üçüncü kümede yer almaktadır.*

Tablo 4.2.2’de her bir kümenin aldığı ortalama puanlar ile maksimum değer sınırları arasında kalan değerler hesaplanmış ve PMS varlığını belirlemiştir. Buna göre çalışmada, kadınların *%43’ü hafif ve orta, %4.7’si ise şiddetli derecede PMS yaşamaktadır.*

PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık incelenmiş ve Tablo 4.2.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.3. Kadınların PDF Alt Gruplarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Kümelere Göre Dağılımları

Alt Ölçekler	Küme 1 (hafif) (n: 321)		Küme 2 (orta) (n: 209)		Küme 3 (şiddetli) (n: 70)		F*	P**
	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss	$\bar{X}$	ss		
1.Çökkün Duygudurum	17.82	5.967	29.38	5.963	43.41	7.636	579.491	0.000
2. Endojen Depresif Özellikler	8.65	3.106	14.05	4.095	17.79	4.672	248.692	0.000
3. Labilite	5.97	2.589	9.56	3.125	12.30	3.004	194.902	0.000
4. Atipik Depresif Özellikler	12.95	4.320	20.39	4.827	26.50	4.708	337.800	0.000
5. Histeroid Özellikler	7.96	2.925	12.29	4.213	16.31	4.655	192.590	0.000
6. Düşmanlık / Kızgınlık	12.24	4.763	20.87	5.604	27.56	5.388	344.250	0.000
7. Sosyal Geri Çekilme	7.78	3.205	12.61	3.879	18.56	3.614	319.164	0.000
8. Bunaltı	7.90	3.242	14.09	3.663	17.77	3.289	357.509	0.000
9. Kendini İyi Hissetmede Artış	6.02	2.509	8.67	3.622	11.66	4.387	107.592	0.000
10. İmpulsivite	7.72	2.986	12.87	3.929	17.54	4.120	293.309	0.000
11. Organik Mental Özellikler	8.98	3.589	15.03	5.547	22.83	6.514	283.195	0.000
12. Su Tutulumu	12.58	3.974	18.73	5.089	22.36	5.150	197.701	0.000
13. Genel Fiziksel Rahatsızlık	7.84	3.133	12.49	3.162	14.66	2.924	219.528	0.000
14. Otonomik Fiziksel Değişimler	10.84	3.589	15.74	5.066	19.93	5.336	162.119	0.000
15. Yorgunluk	9.07	3.536	14.87	3.685	18.74	3.446	297.938	0.000
16. Sosyal İşlevsellikte Bozulma	22.67	6.696	35.15	6.838	48.77	7.071	514.558	0.000
17. Çeşitli Duygudurum - Davranış Değişimleri	21.39	5.863	35.11	7.598	48.26	8.014	568.999	0.000
18. Çeşitli Fiziksel Değişimler	11.94	3.682	17.67	4.120	22.87	4.478	283.885	0.000
PDF Toplam	174.37	39.872	278.25	30.708	374.60	34.131	1115.455	0.000

* Bütün F değerleri için serbestlik derecesi 2 ve 597 olarak alınmıştır.

** Ölçek skorları arasında $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar bulunan gruplar belirtilmiştir. Post-Hoc testlerden Scheffe testi sonuçlarına göre kümelerin ikili karşılaştırmaları da 0.05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Premenstrual yakınmaların şiddeti açısından kadınların hafif-orta-şiddetli olarak üç grupta değerlendirebilmek için küme analizinde üçlü çözüm benimsenmiştir (Tablo 4.2.3). Yapılan küme analizinde PDF ölçek puan ortalamaları ile kümeler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p < 0.05$).

Araştırmaya katılan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına göre yaşadıkları değişimler en yüksekte en düşüğe göre sıralanmış ve Tablo 4.2.4’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların PDF Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları (N=600)

Alt Ölçekler	PDF Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları			
	$\bar{X}$	Min. Değer	Max. Değer	ss
1. Genel Fiziksel Rahatsızlık	3.42	1.0	6.0	1.367
2. Yorgunluk	3.06	1.0	6.0	1.262
3. Atipik Depresif Özellikler	2.85	1.0	6.0	1.105
4. Düşmanlık / Kızgınlık	2.84	1.0	6.0	1.256
5. Bunaltı	2.80	1.0	6.0	1.256
6. Sosyal İşlevsellikte Bozulma	2.73	1.0	5.9	1.017
7. Sosyal Geri Çekilme	2.68	1.0	6.0	1.257
8. İmpulsivite	2.67	1.0	6.0	1.223
9. Labilite	2.65	1.0	6.0	1.213
10. Su Tutulumu	2.64	1.0	5.7	0.973
11. Çeşitli Fiziksel Değişimler	2.54	1.0	5.7	0.914
12.Çökkün Duygudurum	2.48	1.0	5.8	1.058
13. Endojen Depresif Özellikler	2.32	1.0	6.0	0.995
14. Organik Mental Özellikler	2.12	1.0	6.0	1.103
15. Çeşitli Duygudurum Davranış Değişimleri	2.09	1.0	5.3	0.824
16. Histeroid Özellikler	2.08	1.0	6.0	0.933
17. Otonomik Fiziksel Değişimler	1.94	1.0	5.1	0.775
18. Kendini İyi Hissetmede Artış	1.90	1.0	5.8	0.928

Alt ölçek puan ortalamalarının yüksek puandan düşük puana doğru sıralanması ve dolayısıyla alt ölçeklerden hangilerinin puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu görebilmek için her bir alt ölçek kendi soru sayısına bölünerek standardize edilmiştir (Tablo 4.2.1 de alt ölçek puan ortalamaları ve soru sayıları belirtilmiştir). Araştırmaya katılan kadınların PDF’nin 18 alt ölçeğine göre aldıkları

puanların ortalamaları Tablo 4.2.4'de verilmiştir. Genel fiziksel rahatsızlık ($\bar{X}=3.42\pm1.367$), yorgunluk ($\bar{X}=3.06\pm1.262$), atipik depresif özellikler ($\bar{X}=2.85\pm1.105$), düşmanlık/kızgınlık ($\bar{X}=2.84\pm1.256$), bunaltı ($\bar{X}=2.80\pm1.256$), sosyal işlevsellikte bozulma ($\bar{X}=2.73\pm1.017$) kadınların en fazla değişim yaşadıkları alt ölçeklerdir.

Kendini iyi hissetmede artış ($\bar{X}=1.90\pm0.928$), otonomik fiziksel değişimler ($\bar{X}=1.94\pm0.775$), histeroid özellikler ($\bar{X}=2.08\pm0.933$), çeşitli duygudurum davranış değişiklikleri ($\bar{X}=2.09\pm0.824$) ve organik mental özellikler ($\bar{X}=2.12\pm1.103$) alt ölçekleri ise kadınların en az değişim yaşadıkları alt ölçeklerdir.

Araştırmaya katılan kadınların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının kümelere göre dağılımı ile her bir kümede yaşadıkları değişimler en yüksekten en düşüğe göre sıralanmış ve Tablo 4.2.5'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2.5 Kümelerin Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Premenstrual Semptom Şiddetine Göre Dağılımı

Alt Ölçekler	Küme 1 (hafif) (n: 321)		Küme 2 (orta) (n: 209)		Küme 3 (şiddetli) (n: 70)	
	$\bar{X}$	Sıra	$\bar{X}$	Sıra	$\bar{X}$	Sıra
1.Çökkün Duygudurum	1.78	12	2.94	11	4.34	9
2. Endojen Depresif Özellikler	1.73	13	2.81	12	3.56	14
3. Labilite	1.99	8	3.19	7	4.10	10
4. Atipik Depresif Özellikler	2.16	3	3.40	5	4.42	7
5. Histeroid Özellikler	1.59	14	2.46	15	3.26	16
6. Düşmanlık / Kızgınlık	2.04	6	3.48	4	4.59	4
7. Sosyal Geri Çekilme	1.94	10	3.15	8	4.64	3
8. Bunaltı	1.97	9	3.52	3	4.44	6
9. Kendini İyi Hissetmede Artış	1.51	17	2.16	18	2.91	17
10. İmpulsivite	1.93	11	2.17	17	4.38	8
11. Organik Mental Özellikler	1.50	18	2.51	13	3.80	12
12. Su Tutulumu	2.10	4	3.12	9	3.73	13
13. Genel Fiziksel Rahatsızlık	2.61	1	4.16	1	4.89	1
14. Otonomik Fiziksel Değişimler	1.55	15	2.25	16	2.85	18
15. Yorgunluk	2.27	2	3.72	2	4.68	2
16. Sosyal İşlevsellikte Bozulma	2.06	5	3.20	6	4.43	5
17. Çeşitli Duygudurum -Davranış Değişimleri	1.53	16	2.50	14	3.45	15
18. Çeşitli Fiziksel Değişimler	1.99	7	2.95	10	3.81	11
PDF Toplam	34.25	-	53.69	-	72.28	-

Alt ölçeklerin her bir kümede aldıkları puanlar incelendiğinde birinci kümede en az puanı alan organik mental özellikler ($\bar{X}=1.50$), kendini iyi hissetmede artış ($\bar{X}=1.51$), çeşitli duygudurum-davranış değişimleri ($\bar{X}=1.53$), otonomik fiziksel değişimler ($\bar{X}=1.55$) ve histeroid özellikler ($\bar{X}=1.59$) alt ölçekleridir. En fazla puan alan ise genel fiziksel rahatsızlık ($\bar{X}=2.61$), yorgunluk ($\bar{X}=2.27$), atipik depresif özellikler ($\bar{X}=2.16$), su tutulumu ($\bar{X}=2.10$), sosyal işlevsellikte bozulma ($\bar{X}=2.06$) alt ölçekleridir.

İkinci kümede kendini iyi hissetmede artış ($\bar{X}=2.16$), impulsivite ($\bar{X}=2.17$), otonomik fiziksel değişimler ($\bar{X}=2.25$), histeroid özellikler ($\bar{X}=2.46$), çeşitli duygudurum-davranış değişimleri ($\bar{X}=2.50$) en az puanı alırken; en yüksek puanı genel fiziksel rahatsızlık ($\bar{X}=4.16$), yorgunluk ($\bar{X}=3.72$), bunaltı ($\bar{X}=3.52$), düşmanlık/kızgınlık ($\bar{X}=3.48$), atipik depresif özellikler ($\bar{X}=3.40$) ve sosyal işlevsellikte bozulma ($\bar{X}=3.20$) alt ölçekleri almıştır.

Üçüncü kümede en az puanı otonomik fiziksel değişimler ($\bar{X}=2.85$), kendini iyi hissetmede artış ($\bar{X}=2.91$), histeroid özellikler ($\bar{X}=3.26$), çeşitli duygudurum-davranış değişimleri ($\bar{X}=3.45$), endojen depresif özellikler ($\bar{X}=3.56$) alt ölçekleri alırken; genel fiziksel rahatsızlık ($\bar{X}=4.89$), yorgunluk ($\bar{X}=4.68$), sosyal geri çekilme ($\bar{X}=4.64$), düşmanlık/kızgınlık ($\bar{X}=4.59$), ve sosyal işlevsellikte bozulma ($\bar{X}=4.43$) alt ölçekleri en yüksek puanı almıştır.

Tüm gruplar incelendiğinde üç grupta da genel fiziksel rahatsızlık, yorgunluk, düşmanlık/kızgınlık, sosyal işlevsellikte bozulma alt ölçeklerinin en yüksek puanları aldığı, kendini iyi hissetmede artış, otonomik fiziksel değişimler, histeroid özellikler, çeşitli duygudurum-davranış değişimleri alt ölçeklerinin en düşük puanları aldıkları görülmüştür.

4.3. PDF Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırılması

Kadınların bazı sosyodemografik özellikleri ile PDF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve Tablo 4.3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	PDF Puan Ortalamaları			
	Sayı	$\bar{X}$	ss	İstatistiksel Analiz
Yaş				
15-19	104	2.70	0.88	F=2.803 p=0.016*
20-24	95	2.53	0.81	
25-29	113	2.32	0.67	
30-34	108	2.40	0.81	
35-39	92	2.44	0.84	
40 ve üzeri	88	2.38	0.93	
Medeni Durum				
Evli	361	2.42	0.80	t=-1.416 p=0.157
Bekar	239	2.52	0.87	
Yerleşim Yeri				
Gecekondu	300	2.55	0.84	t=2.547 p=0.011*
Kent	300	2.38	0.82	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	273	2.35	0.81	t=-2.873 p=0.004*
Çalışmıyor	327	2.55	0.83	
Meslek				
Ev Hanımı	215	2.48	0.80	F=3.267 p=0.012**
Öğrenci	100	2.68	0.88	
İşçi	64	2.48	0.89	
Memur	176	2.32	0.78	
Esnaf – Tüccar	45	2.39	0.82	
Eğitim Durumu				
Okuryazar + İlkokul	163	2.44	0.79	F=4.453 p=0.004***
Ortaokul	58	2.72	0.88	
Lise	208	2.53	0.87	
Üniversite	171	2.30	0.77	
Eşin Mesleği				
Memur	125	2.26	0.81	F=2.734 p=0.028****
İşçi	71	2.43	0.76	
Esnaf – Tüccar	150	2.55	0.73	
Emekli	15	2.32	1.25	
Eşi yok	239	2.52	0.87	

Tablo 4.3.1'in devamı.....

Özellikler	PDF Puan Ortalamaları			
	Sayı	$\bar{X}$	ss	İstatistiksel Analiz
Eşin Eğitim Durumu				
İlkokul	112	2.38	0.78	F=2.012 p=0.091
Ortaokul	45	2.70	0.79	
Lise	85	2.37	0.71	
Üniversite	119	2.38	0.86	
Eşi yok	239	2.51	0.86	
Toplam Aylık Gelir				
0 – 400	74	2.53	0.85	F=2.125 p=0.076
401 – 800	224	2.56	0.85	
801 – 1200	111	2.41	0.72	
1201 – 1600	81	2.30	0.86	
1601 ve üzeri	110	2.39	0.85	
Aile Şekli				
Çekirdek	500	2.45	0.84	t=-0.666 p=0.506
Geniş	100	2.51	0.77	
En Uzun Süre Yaşanan Yer				
Büyükşehir	293	2.46	0.85	F=0.303 p=0.823
Şehir	184	2.44	0.81	
İlçe	77	2.47	0.82	
Köy	46	2.57	0.84	

* Alfa=0.05 yanılma düzeyinde gruplar arasında istatistiksel bir farklılığa işaret etmektedir (p<0.05)

** Alfa: 0.05 yanılma düzeyinde gruplar arasında istatistiksel bir farklılığa işaret etmektedir (p<0.05) İkili alt gruplar Scheffe testi ile incelendiğinde sadece öğrenci grubu ile memur grubu arasında istatistiksel bir fark olduğu gözlemlenmiştir (p<0.05).

*** Alfa: 0.05 yanılma düzeyinde gruplar arasında istatistiksel bir farklılığa işaret etmektedir (p<0.05) İkili alt gruplar Scheffe testi ile incelendiğinde sadece eğitim seviyesi ortaokul olanlarla üniversite olanlar arasında istatistiksel bir fark olduğu gözlemlenmiştir (p<0.05).

**** Tek yönlü varyans analizi hesaplaması sonucunda gruplar arasında istatistiksel bir fark görülmesine rağmen grupların ikili alt karşılaştırmaları Scheffe Testi ile yapılmasında 0.05 yanılma düzeyinde bir farklılık gözlenmemiş ama 0.10 yanılma düzeyinde bakıldığında bazı gruplar arasında farklılık olduğu gözlenmiştir. Fakat çalışmamızın bütünlüğü açısından 0.05 yanılma düzeyi tercih edildiğinden dolayı 0.10 düzeyindeki farklılıklar dikkate alınmamıştır

Yaşa göre PDF puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tabloda belirtilmektedir (Tablo 4.3.1). Grupların bütünü üzerinden bakıldığında ortaya çıkan farklılık ikili alt gruplar düzeyinde incelendiğinde (Scheffe testi), 15-19 yaş grubu ile 25-29 yaş grubu arasında olduğu ve genel farklılığın da bu iki gruptan kaynaklandığı görülmektedir (p<0.05).

Araştırmada kadınların medeni durumlarıyla PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığı zaman her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0.05).

Araştırmaya katılan kadınların yaşadıkları yere göre PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gecekondü bölgesi ile kentsel bölge arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gecekondu bölgesinde PDF puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.3.1).

 alışan kadınlarla çalışmayanların PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Çalışmayan kadınlarda PDF puan ortalaması daha yüksektir .

Kadınlrın mesleklerine göre PDF puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Gruplardan, ev hanımı grubuna çalışmayan ve emekliler de dahil edilmiştir. Yapılan analizlerde kadınların meslekleri ile PDF puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur. Yapılan ikili analizlerde bu farklılığın  ğrenci ile memur gruplarından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları ile PDF puan ortalamaları incelendiğinde de eğitim durumu ile PDF puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamli olduğu görülmektedir. İkili analizlerde bu farkın ortaokul ile  niversite mezunları arasında olduğu saptanmaştır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin meslekleri ve eğitim durumları ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Eşin mesleğinin ve eğitim durumunun PDF puan ortalamasını etkilemediği g r lm ştir.

Araştırmaya katılan kadınların toplam aylık gelirleri ile PDF puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ayrıca aile tipi ve en uzun süre yaşanan yerin de PDF puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamli bir farklılığa neden olmadığı saptanmaştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1).

Araştırmaya katılan kadınların bazı sağlık özellikleri ile PDF puan ortalamaları karşılaştırılmış ve Tablo 4.3.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.2 Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Sağlık Özellikleri ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	PDF Puan Ortalamaları			
	Sayı	$\bar{X}$	ss	İstatistiksel Analiz
Sigara İçme Durumu				
İçiyor	197	2.58	0.85	t=2.423
İçmiyor	403	2.40	0.82	p=0.016*
Beden Kitle İndeksi				
Zayıf ve normal (24’den küçük)	401	2.50	0.83	F=1.117
Hafif Şişman (24-29 arası)	155	2.38	0.83	p=0.328
Şişman (30 ve üzeri)	44	2.45	0.85	
Devamlı İlaç Kullanma				
Kullanıyor	64	2.62	0.91	t=1.666
Kullanmıyor	536	2.44	0.81	p=0.096

* Alfa: 0.05 yanılma düzeyinden iki grup arasında istatistiksel bir fark olduğuna işaret etmektedir (p<0.05).

Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumları ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında, her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0.05). Sigara içenlerde PDF puan ortalaması daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların BKİ ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığı zaman üç grup arasında PDF puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı değildir (p>0.05). Araştırmaya katılanların sürekli ilaç kullanma durumları ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananlarla kullanmayanlar arasında PDF puanı açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Araştırmaya katılan kadınların gebelik ve çocuk sayıları ile PDF puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve Tablo 4.3.3’de gösterilmiştir.

Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik ve Çocuk Sayıları ile PDF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	PDF Puan Ortalamaları			
	Sayı	$\bar{X}$	ss	İstatistiksel Analiz
Gebelik Sayısı				
0	261	2.51	0.83	F=1 365 p=0 253
1	105	2.37	0.75	
2	117	2.53	0.83	
3 ve üzeri	117	2.53	0.90	
Çocuk Sayısı				
0	265	2.51	0.83	F=0 884 p=0.449
1	139	2.41	0.78	
2	148	2.40	0.86	
3 ve üzeri	48	2.53	0.89	

Katılımcıların gebelik ve çocuk sayılarına göre PDF puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Toplumda oldukça yaygın olan PMS'nin kadınların yakın aile ilişkilerini, sosyal yaşantılarını, performanslarını, iş ilişkilerini, üreticiliklerini ve yaşam kalitelerini etkilediği bilinmektedir. PMS, kadınlar üzerindeki bu ağır yükü sebebiyle, majör efektif bozukluklar içerisinde yer almaktadır (74). Yıllardır PMS'nin, batı kültürüne özgü bir hastalık olduğu düşünülmeye karşın son zamanlarda PMS ırk, kültür ve sosyoekonomik durum gözönüne alınarak araştırılmaktadır (17, 18, 25)

Çalışmada kadınların %43'ünün hafif ve orta, %4.7'sinin ise şiddetli derecede PMS yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Yapılan araştırmaların bir kısmında PMS'nin farklı ırk, kültür ve sosyoekonomik gruplarda yaygın olarak yaşandığı ve kadınların %75-95'inin bazı premenstrual değişiklikler, %20-50'sinin ise PMS yaşadıkları buna karşın %20-40'ının tıbbi yardım aradıkları bildirilmektedir (38, 67).

PMS prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar, değişik yaş grubunda yer alan kadınlar üzerinde yapılarak farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan birinde ciddi PMS sıklığı %4.9 ile %16.2 arasında iken (75), 21-35 yaş aralığındaki kadınlarda yapılan bir başka çalışmada kadınların %8'inin ciddi, %14'ünün ise orta şiddette PMS yaşadığı bildirilmektedir (77). Aynı yaş grubunda yapılan diğer çalışmalarda ise PMS görülme sıklığı %32.7 (4) ve %26.8 (82) olarak saptanmıştır. Bu bulgular çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda sırasıyla PMS prevalansı %58.2 (83), %17.2 (46) olarak saptanmış ve yaşanan şikayetlerin sağlık kuruluşuna başvurmayı anlamlı düzeyde etkileyecek kadar şiddetli olduğu belirtilmiştir. Aynı yaş grubunda yapılan bir başka çalışmada ise öğrencilerin %10'unun şiddetli, %27'sinin ise orta şiddette premenstrual değişiklikler yaşadığı saptanmıştır (42). Çalışmada ve literatürde yapılan araştırmalarda PMS prevalansına ait veriler arasındaki farklılıkların, araştırmaların farklı sosyokültürel yapılarda ve yaş gruplarında yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların %53.5'inde hafif, %34.8'inde orta ve %11.7'sinde şiddetli derecede premenstrual semptom varlığı saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Çeşitli araştırmalarda premenstrual semptomların görülme sıklıkları arasında büyük değişiklikler görülmektedir. Üreme çağındaki kadınların %70-90'ında menstruasyonla bağlantılı bazı semptomlar bulunmaktadır (7). Bu oran %50-80

arasında değişiklik gösterebilmektedir (75). Farklı yaşı gruplarında yapılan çalışmalardaki bulgular ise şu şekildedir;

15-49 yaş grubu kadınlarda yapılmış çalışmalarda, premenstrual dönemde az veya çok semptomu olan kadınların oranı sırasıyla %91.6, %96.9 olarak saptanmıştır (7, 8). Premenopozal dönemdeki kadınlarda PMDD prevalansı ile ilgili Cohen ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2002), 513 kadının 219'unda (% 42.7) en az bir ya da daha fazla sayıda PMDD semptomu saptanmıştır (84). Görüldüğü gibi PMS prevalansı ve semptomlarını araştırmaya yönelik yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu farklılıklar yapılan araştırmalarda farklı ölçeklerin kullanılması ile ilgili olabileceği gibi, araştırma grupları arasındaki farklılıklardan da (yaşı grubu, ırk vb.) kaynaklanabilmektedir.

Kadınların yaşadıkları premenstrual şikayetlerin önlenmesi, azaltılması ya da başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşım gereklidir. Kadın ve ailesinin bu doğrultuda özellikle stres azaltma yöntemleri ve beslenme alışkanlıkları açısından eğitilmesi son derece önemli olup, bu konuda eğitim yapmanın da hemşirenin görevi olduğunu belirtmek gerekir (13). PMS görülme oranının yapılan çalışmalarda yüksek olması konunun önemini bir daha ortaya koyması açısından oldukça önemli bir bulgudur.

5.1. PDF Alt Ölçeklerine Ait Veriler

Çalışmada toplam PDF puanı 233.92, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97'dir (Tablo 4.2.1). Dereboy ve arkadaşlarının (1994) yapmış oldukları çalışmada toplam PDF puanı 209.4, Cronbach alfa değeri 0.97'dir. Erci ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları çalışmada ise toplam PDF puanı 205.6'dır. Çalışmanın sonuçları diğer iki çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada PDF alt ölçekleri incelendiği zaman genel fiziksel rahatsızlık alt ölçeğinin en fazla değişim yaşanan alt ölçek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.4). PMS fiziksel, psikolojik ve davranışa ait semptomların bir araya gelmesi ile karakterizedir (51). Bununla beraber PMS'si olan kadınlarda çoğunlukla fiziksel semptomlar ön plandadır (2). Premenstrual deneyimler özellikle de fiziksel semptomlar önemli ölçüde menstrual sosyalizasyonla ilişkilidir. Ayrıca akran grup sosyalizasyonu ile fiziksel semptomların ilişkili olduğu bildirilirken, pozitif deneyimlerin menstrual sosyalizasyonla ilişkisi saptanamamıştır (24). Çalışmada fiziksel değişim alt ölçeğini yorgunluk, atipik depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık, bulantı ve sosyal işlevsellikte bozulma alt ölçekleri izlemektedir (Tablo 4.2.4). Bu bulgu Dereboy ve arkadaşlarının (1994) öğrenciler üzerinde yapmış oldukları çalışmada yorgunluk, bulantı, genel fiziksel rahatsızlık, sosyal geri çekilme ve atipik depresif özellikler alt ölçek puanlarının yüksek olması sonucu ile uyumludur. Kızılkaya'nın hemşirelik öğrencileri üzerinde yapmış olduğu çalışmada da (1994) benzer şekilde menstrual dönemde karın ağrısı, yorgunluk ve bel ağrısı, premenstrual dönemde yorgunluk, karın ağrısı, baş ağrısı, intermenstrual dönemde ise yorgunluk ve baş ağrısı şikayetleri saptanmıştır (13). Kadınlar üzerinde yapılan çalışmaların birinde en fazla görülen semptomun yorgunluk olduğu bildirilirken (82),

bir diğ er çalışmada en sık görülen semptomun gerginlik (%56.4), memede gerginlik (%55), ödem (%51) ve duygusallık (%44.6) olduğu saptanmıştır (7).

Çalışmada sosyal işlevsellikte bozulma yüksek puan alan alt leklerdendir (Tablo 4.2.4). PMS kadın sağlığını yakından ilgilendiren, fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden, sosyal ve aile içi ilişkileri etkileyen bir durumdur. Bu belirtiler kadın ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini bozar, işteki verimini aksatır, rollerini yerine getirmesini güçleştirir (40). Yapılan bir araştırmada PMS yaşayan Amerikalı kadınların %30'unun partnerleri, çocukları, arkadaşları ile ilişkilerinde ve ev yaşantılarında ciddi problemler yaşadıkları, %17'sinin sosyal, %14'ünün iş yaşantılarının kesintiye uğradığı bildirilmiştir (77). Üniversite ğrencilerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %35.2'sinin PMS belirtilerinin yaşam aktivitelerini etkilediği, % 33.9'u ise zaman zaman etkilediği (85), ortaokul öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, menstruasyon öncesi hissedilen değişikliklerin sistemik belirti ve ağrı üzerinde yoğunlaştığı, bu değişikliklerin, öğrencilerin yaklaşık yarısına yakınının günlük yaşam faaliyetlerini etkilediği ve bu değişimler için nlem almayı düşünmeyen öğrencilerin yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (65). Bu bulgular çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Sosyal işlevsellikte bozulmanın PMS'li kadınların yaşantıları üzerinde ne denli olumsuz etki yarattığı görülmektedir. Elde edilen veriler, kadınların bu dönemde karşı karşıya kaldıkları sorunlarla baş etmelerinde, yardıma gereksinim duymaları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada en düşük puanı alan alt ölçekler kendini iyi hissetmede artış, otonomik fiziksel değişimler ve histeroid özellikler alt ölçekleridir (Tablo 4.2.4). Erci ve arkadaşlarının (1999) yapmış oldukları çalışmada da kendini iyi hissetmede artış en düşük puanı alan alt ölçektir (16). Kendini iyi hissetmede artış alt leğinin en düşük puanı alması, PMS'nin kadının yaşantısını ne derece olumsuz etkilediğini gösteren önemli bir bulgudur.

5.2. PDF Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik zelliklerin Karşılaştırılması

Çalışmada yaşın PMS'nin görülmesinde önemli olduğu saptanmıştır. Özellikle ikili karşılaştırmalarda bu farkın 15-19 ile 25-29 yaş grubundan kaynaklandığı ve en yüksek puanı 15-19 yaş grubunun aldığı görülmektedir ve bu bulgu literatürle uyumludur (Tablo 4.3.1). 18-44 yaş grubu kadınlarda yapılan bir çalışmada genç, zenci ve menstruasyonu uzun süren kadınlarda PMS oranının daha yüksek olduğu saptanırken (31), doğurgan yaştaki kadınların yaş grupları ile perimenstrual şikayet durumunu belirlemek üzere yapılan bir başka çalışmada da perimenstrual şikayetlerin 15-24 yaş aralığında, 30 yaş ve üzeri yaş gruplarına göre daha fazla artış gösterdiği, 40-49 yaş grubunda azalan şikayetlerin yeniden arttığı belirtilmiştir (49). Adölesanlarda yapılan çalışmalarda PMS sıklığı sırasıyla %21, %42.7, %61.4 bulunmuştur (17, 60, 86).

Yapılan diğ er çalışmalarda yaş ile PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (4, 16). Yaş, premenstrual şikayetlerin oluşumunda yer alan risk faktörlerinden biridir (87). 15-49 yaş grubu kadınlarda PMS görülme sıklığını ve bunu etkileyen sosyodemografik faktörleri tanımlamaya yönelik yapılan bu

çalışmada toplam 600 kadının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, araştırma evrenindeki yaş grubu ile uyumlu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1). PMS'nin herhangi bir yaşta ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (88). Ancak premenstrual değişiklikler yaygın olarak menarşla başlamakta, ciddi semptomlara adölesan ve orta yaş grubunda benzer oranlarda rastlanmaktadır. Buna karşılık PMS'nin değerlendirilmesi ve tedavisi 30 yaş ve sonrası dönemde başladığı için semptomların yaşla birlikte arttığından söz edilir (88, 89). PMS'nin 30'lu yaşlarda ön plana çıktığı düşüncesi oldukça yaygın olmasına karşın, son yıllarda yapılan çalışmalarla premenstrual yakınmaların önemli bir bölümünün ergenlikte başladığı ve genç yaşlarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (7, 16, 49, 67, 87). Bunun sebebi olarak, pubertal durumun, pubertal zamanlamanın, yaş ve hormonlardaki değişimlerin genç kızları olumsuz yaşam olaylarına ve bu olaylarla baş etme konusunda duyarlı hale getirdiği gösterilmektedir (21). Ergenlerin menarş ve menstruasyona ilişkin bilgileri onların bu olaya gösterdikleri tepkileri belirlemektedir. Bu konudaki geniş bilimsel bilginin, menstruasyon ve cinsellikle ilgili çok sayıda öğretici materyalin olmasına karşın genç kızların üreme fizyolojisine ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir (86, 90). Menstruasyonun ergenlerin yaşantılarına olan etkilerini daha iyi değerlendirebilmek için, 14 yaş ve üzeri adölesanlarda bildirilen ciddi premenstrual semptomlara önem verilmelidir (75, 91). Premenstrual şikayetler adölesan genç kızın kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve derslere devamını olumsuz etkilemesi nedeniyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur. Erken dönemde müdahale, üreme çağı boyunca ortaya çıkacak psikolojik ve ekonomik kayıpları azaltacaktır.

Araştırma kapsamındaki kadınların %50'si gecekondü bölgesinde yaşamaktadır. En uzun süre yaşadıkları yere göre dağılımları incelendiğinde yaklaşık olarak yarısının (%48.9) en uzun süre yaşadıkları yerin büyükşehir olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1). Bu durum kalan yarısının çeşitli nedenlerle merkeze göç ettiğini göstermektedir. Çalışmada PDF puan ortalaması ile yaşanan yer arasındaki ilişki incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülürken ($p < 0.05$) en uzun süre yaşanan yer ile PDF puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Çalışmada gecekondü bölgesinde yaşayan kadınların PDF puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. PMS'de psikososyal faktörleri değerlendirmek oldukça önemlidir. PMS psikososyal strese verilen psikolojik bir yanıt olarak bilinmektedir (12). Toplumun göçebe veya yerleşik olması ile köyde ve kentte yaşıyor olması bireyin davranış biçimi için önemli belirleyicilerdir. Çok hızlı bir iç göçle büyük kent mahallelerine eklenen taşra insanının derin ruhsal sıkıntılarının dışa vurumu, özünde toplumsal olan sorunları sıklıkla gündeme taşımaktadır. Kişi göç etmiş olduğu yerle içine yeni girdiği ortama uyum gösterememekte, çaresizlik hissetmekte, çoğu zaman mutsuz olmaktadır. Psikososyal ve ekonomik sıkıntılar bireyin bocalamasına neden olmaktadır (92). PMS fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerin kompleks birleşiminin bir dışa yansımasıdır ve stres PMS'de artışa neden olmaktadır (12, 89). Yapılan çalışmalarda yaşanan yoğun stresin PMS üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir (7, 83). Bektaş'ın (1995) yaptığı çalışmada ise çalışmanın bulgularının aksine PMS ile ikamet edilen yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar; sosyoekonomik ve

kültürel düzeyi düşük olan gruplarda olumsuz hayat koşulları ile bağlantılı olarak, PMS görülme sıklığında da artış olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %60.2'si evlidir (Tablo 4.1.1). Türkiye'de evlilik yaşı 24-25 yaş grubundaki kadınlar için ortalama 20'dir. Son yirmi yıl içinde ilk evlenme yaşında 2 yıllık bir artış ve çok genç yaşlarda evlenme davranışında da önemli bir değişim görülmektedir (93). Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğunun evlilik yaşında olması, evli olan kadın sayısının daha fazla olmasını açıklayabilir. Kariyer ve aile yaşantısı yaşam stresini artırma yoluyla PMS üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Literatürde medeni durum, ırk, kültüre bağlı olarak PMS düzeyinde değişiklikler yaşandığı ve evliliğin PMS üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir (15). Çalışmada medeni durum ile PDF puan ortalaması karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.3.1). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da medeni durum ile PMS arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösterir bulgular, bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir (4, 8, 16, 40, 82). Bununla beraber Kıran'ın (1998) 15-49 yaş grubu kadınlarda yapmış olduğu araştırmada, evli kadınlarda bekarlara göre PMS'nin daha fazla görüldüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmektedir (7). Cohen ve arkadaşlarının (2002) premenopozal dönemdeki kadınlarda, PMS'nin daha ağır şekli olan PMDD prevalansını belirlemek üzere yapıları çalışmada da benzer şekilde evli olan kadınlarda PMDD prevalansı daha yüksek bulunmuştur (84). Çalışmada elde edilen sonuçlar PMS'nin medeni durumu gözetmeksizin tüm kadınlarda görülebileceğini dolayısıyla yapılacak eğitimlerin tüm kadınları kapsaması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların meslekleri ile PDF puanı karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.1). Yapılan ikili analizlerde aradaki farkın özellikle öğrenci ile memur grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. En yüksek puanı alan grup öğrenciler iken en düşük puanı alan memur grubudur. Antai ve arkadaşlarının (2004) Nijerya'da 200 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada da benzer şekilde PMS sıklığı yüksek bulunmuş, öğrencilerin %85'inin düzenli olarak PMS semptomu yaşadıkları tespit edilmiştir (88). Yapılan bir araştırmada öğrencilerin stres düzeyinin oldukça yüksek olduğu bunun sebepleri arasında da en yüksekten düşüğe doğru, öğrenim ve ders sorunları, kişiler arası ilişkiler, ailevi sorunlar, hastalık, ekonomik durum ve iş bulma endişesi olduğu bildirilmektedir (94). Çalışmada öğrencilerin PDF puanının yüksek olması, onların bulundukları yaş aralığına bağlı olarak yaşadıkları yüksek stres düzeyi ile açıklanabilir. Memur grubunda PDF puan ortalamasının düşük olması çalışma yaşamının güçlüklerine karşın, çalışmanın insanların psikolojik sağlıklarını ve gönenclerini olumlu yönde etkilemesi ile ilişkili olabilir. Çünkü çalışmak kişinin, bir işe yaradığı, toplumda statüsünün olduğu, emeğini değerlendirdiği duygusunu yaşamasına olanak sağlamaktadır (95). Ancak çalışmanın sonuçlarının aksine Oğur'un (2004) çalışan (hemşire ve öğretmenler) ve çalışmayan kadınlarda PMS görülme şiddetini araştırmak üzere yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %55.6'sı, öğretmenlerin %62'si ve ev hanımlarının da % 38.1'inde PMS saptanmış, çalışan kadınlarda PMS görülme sıklığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (40).

Bu çalışmada çalışan kadın oranı %45.5'dir. Kişinin ruhsal, fiziksel durumu ve içinde bulunduğu ortam ile menstrual durumun niteliğinin değişiklik gösterdiği ve PMS'de artışa neden olduğu bilinmektedir (83). Dolayısıyla kişinin yaşam koşulları PMS sıklığını etkilemektedir. Literatürde PMS ile ev dışında çalışma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (15, 40). Ancak çalışan ve işinden memnun olmayan kadınlarda PMS şiddeti daha fazla bulunmuştur. İşi olan ancak bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınların yakınmalarının daha fazla olduğu; öte yandan ev kadınlığı kendi seçimleri olan çocuklu kadınlarda ise psikolojik yakınmaların daha az olduğu saptanmıştır (40). PMS'li kadınların iş yerlerindeki üretkenliklerinin daha az olduğu ve sağlık kuruluşlarına gitme sebebiyle daha fazla izin kullandıkları belirtilmiştir (91, 96).

Çalışma durumu ile PDF puanı karşılaştırıldığı zaman iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.05$) ve çalışmayan kadınlarda PDF puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Toplumda, bireyin çalışma istek ve yeteneğinde olup da işsiz kalması, bir başka ifadeyle çalışma olanağı bulamaması, yaşamı üzerinde derin ekonomik, sosyal ve moral etkiler bırakan bir olaydır (95). Bunun sebebi işsizlik sürecinde kaygı, depresyon, umutsuzluk gibi bir dizi psiko-sosyal sorunun meydana gelmesindendir. İşsizlik sürecinde yaşanan kaygı, depresyon ve umutsuzluk gibi psiko-sosyal sonuçların işsizliğin yapısından kaynaklanan iki temel faktöre bağlı olduğu belirtilmektedir. Birincisi, işsizlerin yaşam standartlarındaki ani düşmeden dolayı; üzüntü duymaları, yeni istihdam olanaklarının bulunmaması durumunda aşırı finansal güçlükler ve yoksullukla karşı karşıya kalmalarıdır. İkincisi, işsizlerin çalışma alışkanlıkları ve işe bağlı sosyal ilişkilerin bozulması ve engellenmesidir (95). Yapılan bazı araştırmalarda ise çalışma durumunun PMS puanı üzerinde etkili olduğu ve çalışan grupta PMS sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (40, 82). Yapılan bazı araştırmalarda ise çalışan kadınlarla çalışmayan kadınlar arasında PMS prevalansı bakımından anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir (4, 40). Bu sonuçlar araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Çalışmada sosyoekonomik kültürel düzeyi düşük olan bölgede PDF puan ortalaması daha yüksektir. Bu bölge aynı zamanda çalışmayan kadınların da daha fazla olduğu bölgedir. Elde edilen bulgulara göre çalışmayan kadınlar genel olarak sosyoekonomik kültürel düzeyi düşük kadınlardır ve kötü yaşam koşulları hayatlarını olumsuz etkilemektedir. Bu durumun PMS görülme sıklığını da doğru orantılı bir şekilde arttırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada öğrenim durumunun PDF puanı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1). PDF puanı ortaokul mezunu olanlarda en yüksek, üniversite mezunu olanlarda ise en düşük değerdedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin semptomlarla baş etmelerinin de artması, üniversite mezunlarında puanın daha düşük olmasını açıklayabilir. PMS genç ve eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda daha ciddi semptomlarla yaşanmaktadır (33). 15-45 yaş grubu kadınlarda yapılan diğer çalışmalarda öğrenim durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (4, 7, 16). Tomruk'un yapmış olduğu araştırmada (1991) ise eğitim düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre daha fazla semptom bildirimi saptanmıştır (97). Bu bulgu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu sonuç üzerinde çalışılan grubun 15-49 yaş aralığında olması, öğrenci grubunun fazla olması

ve lisede okuyan öğrencilerin de öğrenim durumlarını belirtirken (mezun olunan okul) ortaokul seçeneğini işaretlemeleri sebebiyle açıklanabilir. Yaş gruplarına bakıldığı zaman 15-19 yaş grubu ile PDF puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması sonucunun, doğru orantılı bir şekilde öğrenim durumu ortaokul olanları da etkilediği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınların BKİ incelendiğinde %60.3'ünün normal kilolu, %7.4'ünün orta ve ağır derecede şişman olduğu görülmektedir. Kadınların BKİ ile PDF puanları karşılaştırıldığında kilolu olmanın PDF puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.2). İnce'nin (2001) lise öğrencilerinde yapmış olduğu çalışmada da, PMS sıklığı ile BKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (86). Bu çalışmanın sonuçları İnce'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Masho ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise obez (BKİ 30 ve üzerinde olanlar) kadınların, obez olmayanlara göre üç kat daha fazla PMS riski taşıdığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların yarıdan fazlasının normal kiloda olması ve obez olan gruptaki katılımcı sayısının az olması sebebiyle BKİ ile PDF puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı düşünülebilir.

Sigaranın PMS şiddetini artırıcı bir etkisi olduğu bildirilmektedir (8,40). Yapılan bu çalışmada da, sigara içenlerde içmeyenlere göre PDF puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Bu sonuç sigara içenlerde PMS sıklığının daha fazla olduğunu göstermektedir. Erci ve arkadaşları (1999) yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımı ile PMS arasında istatistiksel olarak ilişki olduğunu, sigara içmenin PMS görülme oranını etkilediğini saptamışlardır. Oğur'un (2004) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bektaş'ın 15-49 yaş grubu kadınlarda yaptığı araştırmada ise sigara ya da alkol kullanma ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Günümüzde erişkinlerin yaklaşık üçte birinin sigara içtiği ve kadın nüfusunda sigara içme oranının arttığı bilinmektedir (98). Kadınların sağlıklarının korunmasında ve yükseltilmesinde ve onlara olumlu davranış değişiklikleri kazandırmada ise hemşirelerin anahtar rol oynadıkları belirtilmektedir (99, 100).

Gebelik ve çocuk sayısı ile PDF puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.3.3). Geçmişten bu yana PMS'nin geleneksel olarak 30-40 yaş arası, orta sınıf, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade edebilen multipar kadınların hastalığı olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceye göre PMS çocuk sahibi olduktan sonra başlayıp çoğunlukla postnatal depresyonla devam etmektedir (33). PMS'nin gebelikten sonra başlayacağı veya biteceği hakkında ise güvenilir bilgiler yoktur. PMS'si olan kadının gebe kalınca rahatladığı bilinmekte fakat postpartum devrede yenidoğanın yükü ve ailenin büyümesinin etkileri ile yeniden kötüleştiği tahmin edilmektedir (25, 27). Ayrıca PMS ile doğum sonrası depresyon, doğum kontrol hapı kullanımı ve hormon replasman tedavisi sırasında ortaya çıkan ruhsal bozukluklar ve kadınların yaşam döngüsündeki bazı dönemler arasında istatistiksel bir ilişki olduğu bildirilmektedir (29). Kadınlarının doğurganlık hızının yüksek olduğu ve bebeklerini daha uzun süre emzirdiği bilinen ülkelerde menstruasyon sikluslar daha az yaşandığı için PMS'nin

daha az görüldüğü öne sürülmüştür (17, 25). Literatürdeki diğer bilgilere göre ise kesin olmamakla beraber gebelik ve doğum sayısı ile yakınmalarda artış olabileceği bildirilmektedir (87, 89). Literatürle benzer şekilde Bekar'ın (1994) yapmış olduğu çalışmada ise çocuk sayısı arttıkça PMS görülme sıklığında artış olduğu görülmüştür. Danacı ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmada ise çalışmanın sonuçlarını destekler şekilde gebelik ve çocuk sayısı ile PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmada aile şekillerine göre dağılım incelendiğinde ailelerin büyük çoğunluğunun (%83.3) çekirdek aile olduğu görülmektedir. Çalışmada 15-49 yaş grubu kadınların aile şekillerinin PDF puanı üzerinde de etkisi olabileceği düşünülerek araştırmaya katılan kadınların aile tipleri sorgulanmıştır. Kadınların aile şekillerinin PDF puanı üzerinde bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Katılımcıların büyük çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olması ve geniş aile yapısında olan aile sayısının az olması sebebiyle aile şekli ile PDF puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı düşünülebilir.

Katılımcıların eşlerinin meslek durumları incelendiğinde yarıdan fazlasının (%60.7) memur, %19.8'inin üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.1). Çalışmada PDF puanları ile kadınların eşlerinin eğitim düzeyi ve meslekleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.3.1). Bekar'ın (1995) yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde (1995), PMS ile eş eğitimi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Bu çalışmada PDF puanı ile toplam aylık gelir arasındaki ilişki incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 4.3.1). Toplam aylık gelire göre dağılım incelendiğinde de Türkiye'de Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'nın 2005 yılında 5.008 dolar olduğu dikkate alınacak olursa çalışmaya katılan kadınların büyük bir kısmının bu değere ulaşamadığı görülmektedir (101). Ailenin eğitim düzeyine bakılarak sosyoekonomik durumla premenstrual şikayetlerin ilişkisi incelendiğinde bazı çalışmalarda pozitif bir ilişki saptanırken, diğerlerinde saptanamamıştır (7,17,102). Güneş ve arkadaşlarının (1997) yapmış oldukları çalışmada kadınların ekonomik durumları ile PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel bir ilişki saptanamamıştır. Kıran'ın (1998) 15-49 yaş grubu kadınlarda yapmış olduğu çalışmada sosyoekonomik durum ölçütleri olarak kabul edilebilecek olan kişi başına düşen yıllık gelir, sosyal güvence varlığı ve oturulan evin tipi ele alındığında; kişi başı yıllık gelir ile PMS varlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Erci ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışma da benzer şekilde aylık gelir ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Görüldüğü gibi, sosyoekonomik durumla premenstrual şikayetler arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik literatürdeki araştırmalar, çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bunun yanı sıra sosyoekonomik durumla PMS arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Khella'nın çalışmasında (1992) yüksek gelir grubunda olan kadınlarda PMS'ye ait semptomların daha az yaşandığı bildirilmektedir (103). Bu sonuçlar, PMS'nin gelir düzeyi farklı olan gruplarda benzer şekilde yaşandığı dolayısıyla yapılacak eğitimlerde yüksek gelir grubundaki kadınların da gözardı edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada elde edilen verilerin bir kısmı literatürü destekler nitelikte iken bir kısmı literatürle benzerlik göstermemektedir. Bu farklılıklar PMS'ye bakışın her toplumda, her bölgede farklı olduğunu ve yapılan çalışmaların örneklem grupları arasındaki farklılıktan kaynaklandığını düşündürmektedir. Fakat sonuçlar her ne olursa olsun PMS'nin kadınlar için oldukça önemli bir problem olduğu ve yaşantıları üzerindeki olumsuz etkileri açıkça görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda da PMS'nin toplumda kadın sağlığını tehdit eden bir durum olarak algılanıp, PMS'ye yönelik girişimlerin multidisipliner bir yaklaşımla planlanarak konuya çözüm getirme yolları aranmalıdır.

SONUÇLAR

Bu araştırma, Antalya il merkezinde bulunan iki sağlık ocağı bölgesinde, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda Premenstrual Sendrom görülme sıklığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

1- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 29.29 ± 8.78 'dir. Kadınların %50'si kentsel bölgede yaşamakta olup, %60.2'si evlidir. Araştırma grubuna alınan kadınların %45.5'inin çalıştığı belirlenmiştir. Kadınların %35.8'i ev hanımı ve %29.3'ü memur olup, %34.7'si lise, %28.5'i ise üniversite mezunudur. Evli olan kadınların eşlerinin %34.6'sı memur, %41.6'sı esnaf-tüccar, %23.5'i lise ve %33'ü üniversite mezunudur (Tablo 4.1.1). Kadınların %37.3'ü 401-800 YTL, %8.2'si ise 2001 YTL ve üzerinde toplam aylık gelire sahiptir. Kadınların %83.3'ü çekirdek aile yapısındadır ve %48.9'unun en uzun süre yaşadığı yer büyükşehirdir (Tablo 4.1.1).

2- Araştırmaya alınan kadınların %32.8'i sigara içmektedir. Kadınların Beden Kitle İndekslerine göre %12.5'i zayıf, %60.3'ü normal kilodadır (Tablo 4.1.2). Araştırmaya katılan kadınların %10.7'sinin devamlı kullandığı bir ilaç bulunmaktadır. İlaç kullanma nedenleri arasında ilk sırayı depresyon (%26.6) almaktadır (Tablo 4.1.2).

3- Kadınların %17.5'i bir, %19.5'i ise üç ve daha fazla sayıda gebelik yaşamıştır. Ortalama gebelik sayıları ise 2.35 ± 1.5 'dir. Araştırmaya katılan kadınların %23.2'sinin bir, %8'inin ise üç ve daha fazla sayıda çocuğu vardır. Kadınların ortalama yaşayan çocuk sayıları 1.78 ± 0.87 'dir (Tablo 4.1.3).

4- Premenstrual Değerlendirme Formu'nun tüm maddelerinin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla Cronbach alfa değerleri hesaplanmış ve ölçeğin iç tutarlılığı 0.97 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin iç tutarlılığının "yüksek derecede güvenilir" olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2.1).

5- Çalışmada kadınların %43'ü hafif ve orta, %4.7'si ise şiddetli derecede PMS yaşamaktadır. Araştırmaya katılan kadınların %53.5'i hafif, %34.8'i orta ve %11.7'si şiddetli derecede premenstrual semptom yaşamaktadır (Tablo 4.2.2)

6- Çalışmada PDF alt ölçek puan ortalamaları ile kümeler arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.3).

7- Araştırmaya katılan kadınların en fazla değişim yaşadıkları alt ölçekler, genel fiziksel rahatsızlık, yorgunluk, atipik depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık, bunaltı, sosyal işlevsellikte bozulma iken en az değişim yaşanan alt ölçekler kendini iyi hissetmede artış, otonomik fiziksel deneyimler, histeroid özellikler, çeşitli duygudurum davranış değişimleri ve organik mental özellikler alt ölçekleridir. (Tablo 4.2.4).

8- Üçlü küme analizinde tüm gruplar incelendiğinde, her üç grupta genel fiziksel rahatsızlık, yorgunluk, düşmanlık/kızgınlık, sosyal işlevsellikte bozulma alt ölçekleri en yüksek, kendini iyi hissetmede artış, otonomik fiziksel değişimler, histeroid özellikler, çeşitli duygudurum-davranış değişimleri alt ölçeklerinin en düşük puanları aldıkları görülmüştür (Tablo 4.2.5).

9- Araştırmaya katılan kadınların yaşları ile PDF puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu farkı yaratan ise 15-19 ve 25-29 yaş grubudur. Benzer şekilde kadınların meslekleri ile PDF puanı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel bir fark olduğu ve bu farkı yaratan grupların memur ve öğrenciler olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.1). Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları ile PDF puanları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın ortaokul ile üniversite mezunları arasında olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan evli kadınların eşlerinin eğitim seviyeleri ve meslekleri ile PDF puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.1). Kadınların yaşadıkları yer ile PDF puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gecekondu bölgesinde yaşayan kadınların PDF puan ortalamaları, kentsel bölgede yaşayanlara göre daha yüksektir. Çalışmada çalışan kadınlarla çalışmayanlar arasında PDF puan ortalamaları bakımından istatistiksel bir fark olduğu ve çalışmayan kadınlarda PDF puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların medeni durumları, aile tipleri, en uzun süre yaşadıkları yer ve toplam aylık gelir durumları ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1).

10- Sigara içen kadınlarda PDF puan ortalaması daha yüksek ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülürken, sürekli ilaç kullanımı ve BKİ ile PDF puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3.2).

11- Araştırmaya katılan kadınların gebelik ve çocuk sayıları ile PDF puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.3.3).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulmuştur:

- PMS ergenlik döneminde oldukça yoğun yaşanmaktadır. Dolayısıyla **okullarda öğrencilere eğitimler yapılarak** öğrencilerin baş etmeleri güçlendirilmeli ve konu ile ilgili daha geniş bilgi elde etmeleri sağlanmalıdır.
- Gecekondu bölgesinde yaşayan ve çalışmayan kadınlarda PMS sıklığının daha fazla görülmesi sebebiyle, özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin, ev ziyaretleri sırasında ve sağlık kurumlarında kadınlara **PMS'nin nedenleri, semptomları ve tedavi yöntemleri hakkında eğitim ve danışmanlık** yapılmalıdır. Ayrıca hemşire ve ebelerin bu konudaki etkinliği araştırılmalıdır.
- PMS'nin tüm aileyi etkilediği düşünülürse, özellikle PMS yaşayan kadınların **ailelerinin diğer üyelerine de konu ile ilgili eğitimler yapılmalı ve aile sağlığı korunmalıdır.**
- Sigara, PMS görülme sıklığını artıran faktörlerden biridir. Sigara içen kadınlara **sigaranın PMS üzerindeki etkileri anlatılarak sigara ile PMS ilişkisinin farkına vandırılmalıdır.**
- Premenstrual deneyimler özellikle de fiziksel semptomlar önemli ölçüde menstrual sosyalizasyonla ilişkili olduğu için kadınlara, kızlarıyla **menstruasyona ilişkin pozitif deneyimlerini paylaşmaları** konusunda bilgi verilmelidir.
- Kadınlarla en çok karşılaşan özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları ile hastanelerde Kadın Doğum Klinikleri ve polikliniklerinde çalışan sağlık personelleridir (ebe, hemşire). Bu sebeple **yapılacak hizmetiçi eğitimlerle çalışan personelin de konuyla ilgili sürekli eğitimler** yapılmalıdır.
- Kadınların büyük çoğunluğu yaşanan semptomları hayatlarının bir parçası olarak kabul edip, tedavi arama girişiminde bulunmadıkları için sağlık personeli bu konuda uyanık olmalı ve PMS tanısı koyabilmek için **uygulaması kolay olan ve fazla zaman gerektirmeyen standart bir form, geliştirilmelidir.**

- Basın yayın organları kanalıyla yapılacak eğitimler daha fazla kişiye ulaşılmasını sağlayacağı için, basın yayın kuruluşları ile temasa geçilerek PMS konusunda *multidisipliner bir yaklaşımla sürekli eğitim programları* yapılmalıdır.

- Konu ile ilgili bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kadınların yaşadıkları sıkıntıları daha kolay ifade edebilmeleri ve araştırmacının gözlem yapmasına da olanak sağlayabilmesi amacıyla *veriler premenstrual dönemde toplanmalıdır*.

- Kullanılan ölçekteki soru sayısının fazla olması sebebiyle ölçeğin daha kullanışlı hale getirilmesi *için üzerinde yeniden çalışılması* önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stevinson, C., Ernst, E. (2001). Complementary/alternative Therapies for Premenstrual Syndrome: Asystematic Review of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(1): 227-235.
2. Korzekwa, M., Steiner, M. (1999). Assessment and Treatment of Premenstrual Syndromes. *Prim Care Update Obstetrics and Gynaecology*, 6(5): 153-162
3. Quinn, E.B., Dobak, J. (1993). Premenstrual Syndrome. *Maternity & Gynecologic Care. "The Nurse and The Family"*. 5th Ed., 1253-1255.
4. Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat, G. (2003). Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 18: 106-109.
5. Steiner, M., Macdougall, M., Brown, E. (2003). The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSSI) for Clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6: 203-209.
6. Lane, T., Francis, A. (2003). Premenstrual Symptomatology, Locus of Control, Anxiety and Depression in Women with Normal Menstrual Cycles. *Archives of Women's Mental Health*, 6: 127-138
7. Kıran, S. (1998). Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi*.
8. Bektaş, M. (1995). Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Disforik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklerle Olan İlişkisi. *KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıbbi Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*.
9. Kızılkaya, N. (1994). Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Hemşirelik Bülteni*, 8(31): 84-90.
10. Wyatt K., Dimmock P., Jones P., O'Brien S. (2002). Progesteron and Progestogens are not Effective for the Management of Premenstrual Syndrome. *Obstetrics and Gynecology*. 4: 88-89.
11. Platin, N. (1989). Premenstrual Sendrom. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(3):31-40.

12. Sherwen, L.N., Scoloveno, M.N., Weingarten, C.T. (1995). Nursing Care of the Childbearing Family. Appleton and Lange, Second Edition, 86-88.
13. Kızılkaya, N. (1994). Perimenstrual Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği. İstanbul Üniversitesi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
14. McKinney, E. S. (2000). Maternal- Child Nursing. Philadelphia Sounders Company. First Edition, 788-791.
15. Ugarrizza, D.N., Klingner, S., O'brien S. (1998). Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment, The Nurse Practitioner. September 1998, 40-56.
16. Erci, B., Okanlı, A., Kılıç, D. (1999). Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2): 14-26.
17. Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., Eğri, M. (1997). Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 4(4): 403-406
18. Dilbaz, N. (1992). Premenstrual Sendrom. Türk Psikiyatri Dergisi, 3(1): 42-47.
19. Morse, G. (1999). Positively Reframing Perceptions of the Menstrual Cycle Among Women with Premenstrual Sydrome. JOGNN Clinical Studies, 28(2): 65-174.
20. Dickerson, L.M., Mazyck, P.J., Hunter, M.H. (2003). Premenstrual syndrome. American Family Physician, 67(8): 1743.
21. Akdeniz, F., Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. Klinik Psikiyatri, 2:70-74.
22. Müderris, İ.İ., Gönül, A.S., Sofuoğlu, S., Taşcı, S., Bayatlı, M. (1999) Genç Kadınlarda Premenstrual Disforik Bozukluk Prevalansı. Klinik Psikiyatri, 2: 197-201.
23. Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk. Psikiyatri Dünyası, 5: 11-14.
24. Anson, O. (1999). Exploring the Bio-psycho-social Approach to Premenstrual Experiences. Social Science & Medicine, 49: 67-80.
25. Acar, B. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi. Ankara, 810-819.

26. Bosarge, P. M. (2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management*, 5:13-17.
27. Baysal, B. (2004). Jinekoloji İ.T.F. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. Birinci Baskı, İstanbul Nobel Kitabevleri, Editör: S.Berkmen, 41-48.
28. Üner, M. (1996). Kadın Hastalıkları, Palme Yayınevi. Ankara, 263- 267.
29. Danacı, A.E., Taşkın, E.O., Kotlan, S.O., Uyar, Y. (2001). Premenstrual Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 15-20.
30. Ismail, K.M., O'Brien, S. (2005). Premenstrual Syndrome. *Current Obstetrics&Gynaecology*, 15: 25-30.
31. Deuster, P.A., Adera, T., South-Paul, J. (1999). Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome. *Archives of Family Medicine*, 8(2): 122-134.
32. Masho, S.W., Adera, T., South-Paul, J. (2005). Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1): 33
33. Ismail, K.M., O'Brien, S., Dimmock, P. (2003). Premenstrual Syndrome. *Gynaecology*. Third Edition, Churchill Livingstone Company, 401-411.
34. Speroff, L., Glass, R., Kase, N.G. (1983), *Clinical, Gynecologic Endocrinology & Infertility*. 1st Ed , 112-124.
35. Facchinetti, F., Borella, P., Sances, G., Fioroni, L., Nappi, R.E., Genazzani, A.R. (1991). Oral Magnesium Succesfully Relives Premenstrual Mood Changes. *Obstetrics and Gynecology*, 78(2): 177-180.
36. Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Tıp Kitabevleri, 524-525.
37. Yücel, B., Polat, A. (2003). Attitudes Toward Menstruation in Premenstrual Dysphoric Disorder: a Preliminary Report in an Urban Turkish Population. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(4): 231-237.
38. Suffling, K. (2001). Premenstrual Syndrome. *Gynaecological Nursing. A Practical Guide*. Churchill Livingstone. Edinburg, London, NewYork, 109-127.
39. Çetin, S.K., Akdeniz, F., Tamar, M. (2005). Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 145-153.

40. Oğur, P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
41. Rosdahl, C.B. (1999). Textbook of Basic Nursing, Seventh Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1338-1339.
42. Dereboy, Ç., Dereboy, İ.F., Yiğitol, F., Coşkun, A. (1994). Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi, 5(2): 83-90.
43. Levin, A. M., (2004). Premenstrual Syndrome: A New Concept in its Pathogenesis and Treatment. Medical Hypotheses, 62:130-132.
44. Leather, A.I., Studd, J.W.W., Watson, N.R., Holland, E.F.N. (1999). The Treatment of Severe Premenstrual Syndrome with Goserelin with and without 'add-back' Estrogen Therapy: A Placebo Controlled Study. Gynecological Endocrinology, 13(1): 48-57.
45. McKinney, E.S., Murray, S.S., James, S.R., Ashwill, J.W. (2005). Maternal-Child Nursing. Second Edition. W.B. Saunders Company, 778-780.
46. Karavuş, M., Cebeci, D., Bakırcı, M., Hayran, O. (1994). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Didim, 353-355.
47. Sigurdson, K. (2002). The Natural Choice for PMS. Total Health, 24(1): 23-25.
48. Franckiewicz, E.J., Shiovitz, T.M. (1996). Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Journal of American Pharmaceutical Association, 41(3): 437-440.
49. Coşkun, A., Kızılkaya, N. (1995). İstanbul İlinde Yaşayan Doğurgan Çağı Kadınlarda Görülen Perimenstrual Şikayet Durumunun Yaş Grupları Açısından Değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni, 9(35): 35-44.
50. Taşkın, L. (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Beşinci Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık.
51. Sundström, I., Bäckström, T. (1998). Patients with Premenstrual Syndrome Have Decreased Saccadic Eye Velocity Compared to Control Subjects. Society of Biological Psychiatry, 44: 755-764.
52. Girman, A., Lee, R., Kligler, B. (2003). An Integrative Medicine Approach to Premenstrual Syndrome. Journal of Obstetric Gynecology, 188(5): 56-64.
53. Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J. (2002). Maternal-Child Nursing Care. Second Edition. Mosby Company, 71-73.

54. Olds, S.B., London, M.L., Ladewig, P.W., Davidson, M.R. (2003). Maternal-Newborn Nursing&Women's Health Care. New Jersey. Seventh Edition, 112-115.
55. Rosdahl, C.N., Kowalski, M.I. (2003). Premenstrual Syndrome. Textboo of Basic Nursing. Eight Edition. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1515-1516.
56. Kabalak, A., Urfalıoğlu, A. (2003). Kadın Sağlığına Alternatif Yaklaşımlar. Kadın Doğum Dergisi, 1(4): 1-21.
57. Blake, F., Salkovskis, P., Gath, D. (1998). Cognitive Therapy for Premenstrual Sendrom: a controlled trial. J. Psychosom Resarch, 45:307-318
58. Head, K.A. (1997). Premenstrual Syndrome: Nutritional and Alternative Approaches. Alternative Medicine Review, 2(1): 12-26.
59. Harder, B. (2005). Preventing PMS. Science News, 167(25): 387-389.
60. Derman, O., Kanbur, N.Ö., Tokur, I.E., Kutluk, I. (2004). Premenstrual Syndrome and Associated Symptoms in Adolescent Girls. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 116: 201-206.
61. Walker, A., (1998). Magnesium Supplementation Alleviates Premenstrual Symptoms of Fluid Retention. Journal of Women's Health, 7(9): 1157.
62. Morton, A.S., William, D., Arthur, H., Daniel, R.M (2001). Comprehensive Gynecology. Fourth Edition. Mosby Company, 1070-1076.
63. Cronje, W.H., Vashist, A., Studd, J.W. (2004). Hysterectomy and Bilateral Oophorectomy for Severe Premenstrual Syndrome. Human Reprouction, 19(9): 2152.
64. Erdemir, F. (1998). Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 59-63.
65. Bekar, M., Güçsavaş, N. (1994). Premenstrual Sendrom. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. Ege Üniversitesi Basımevi. Bornova/ İzmir, 616-622.
66. Sharon, J., Leonide, L., Martin (1987). Maternity Nursing. Family Newborn and Women's Health Care. 16th Ed. Lippincott Company. Philadelphia, 1150-1156.
67. Varney, H., Kriebs, J.M., Geger, C.L. (2004). Varney Midwifery. Jones and Bartlett Publishers. 4th Ed. Canada, 392-396.

68. Carpenito, L.J. (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: Doç.Dr. Firdevs Erdemir. (7. Basım). Nobel Tıp Kitabevleri.
69. Reeder, S.J., Martin, L.L. (1987). Maternity Nursing Family Newborn and Women's Health Care. Sixteenth Edition. Lippincott Company. Philadelphia 222.
70. Cox, H.C., Hinz, M.D. (2002). Clinical Applications of Nursing Diagnosis Adult, Child, Women's, Psychiatric, Genetic and Home Health. F.A. Davis Company. Philadelphia. Fourth Edition, 130-136.
71. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara, 157-175.
72. Cameron, S. (2000). Manual of Nursing Practice, 7th Ed. Philadelphia. J.B. Lippincott Company, 758-765
73. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. (2004). Maternity & Women's Health Care. Mosby Company. Eight Edition, 160-163.
74. Halbreich, U. (2005). Algorithm for Treatment of Premenstrual Syndromes (PMS): Experts' Recommendations and Limitations. Gynecological Endocrinology, 20(1): 48-56.
75. Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, I., Kahn, L.S. (2003). The Prevalance, Impairment, Impact and Burden of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology, 28: 1-23.
76. Freeman, E.W., Stout, A.L., Endicott, J., Spiers, P. (2002). Treatment of Premenstrual Syndrome with a Carbonhydrate-rich Beverage. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 77: 253-254.
77. Freeman, E.W. (2003). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions and Diagnosis. Psychoneuroendocrinology, 28: 25-37.
78. Fisher, P. (1994). Age Erasers For Women. First Edition. Rodales Company, 292-293.
79. Potter, P.A., Perry, A.G. (2003). Basic Nursing Essentials for Practice. Mosby Company. 5th Ed, 474-490.
80. Saka, O. (2004). Araştırmalarda Deneklerin Seçimi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 4(2): 81-85.
81. Özdamar, K. (1997). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. I.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir, 497-503.

82. Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., Özer, F., Karaoğlu, L., Özcan, Y. (2000). 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Bazı Risk Faktörleri. *Klinik Bilimler & Doktor*, 6(5): 660-663.
83. Canbaz, S., DüNDAR, C., Sunter, T., Kılınçer, A., Peşken, Y. (1999). Ondokuzmayıs Üniversitesi Kız Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı. *Klinik Bilimler & Doktor*, 5(5): 680-684.
84. Cohen, L.S., Soares, C.N., Otto, M.W., Sweeney, B.H., Liberman, R.F., Harlow, B.L., (2002). Prevalance and Predictors of PMDD in Older Premenopausal Women. *Journal of Affective Disorders*, 70: 125-132.
85. Bölükbaş, N., Tiryaki, N. (2003). Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(3): 44-49.
86. İnce, N. (2001). Adölesan Dönemde Premenstruel Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 21:369-373.
87. Johnson, S.R. (1987). The Epidemiology and Social Impact of Premenstrual Symptoms. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 30(2): 367.
88. Antai, A.B., Udezi, A.W., Ekanem, E.E., Okon, U.J., Umoiyoho A.U. (2004). Premenstrual Syndrome: Prevalance in Students of the University of Calabar, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*, 7: 45-50.
89. Ekizler, H. (1989). Premenstruel Sendromun Özellikleri, Değerlendirilmesi ve Bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 3(4): 61-65.
90. Oksal, A. (2000). Ergenlik Dönemindeki Ruhsal Değişiklikler. *Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 49-51.
91. Taşcı, K.D. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6): 434-442.
92. Balcıoğlu, İ. (2001). Stres, Gençlik, Kentleşme, Şiddet. *Yeni Symposium*, 39(1): 49-56.
93. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü: Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2003). Ankara, Erişim (Online). Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>.
94. Yazıcı, H., Şahin, M. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları ile Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 13(2): 455-466.

95. Yüksel, İ. (2003). İşsizliğin Psikososyal Sonuçlarının İncelenmesi (Ankara Örneği). C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 4(2):21-38.
96. Borenstein, J.E., Dean, B.B., Endicott, J., Wong, J., Brown, C., Dickerson, V., Yonkers, K.A. (2003). Health and Economic Impact of Premenstrual Syndrome. The Journal of Reproductive Medicine, 48(7): 515.
97. Tomruk, N.B. (1991). Premenstrual Sendrom (PMS). Uzmanlık Tezi. İstanbul.
98. Özlü, T., Bülbül, Y. (2005). Sigara ve Akciğer Kanseri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi, 53(2) : 200-209.
99. Azak, A. (2006). Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi, 7(2): 120-124.
100. Cihan, Ü.A., Dinç, G., Özvuymaz, S., Ay, S., Oral, A., Özcan, C. (2001). Manisa Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınlar ve Eşleri Arasında Sigara İçme Boyutu ve Bunu Etkileyen Sosyoekonomik Faktörler. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 22(1):3-10.
101. Devlet İstatistik Enstitüsü. (2000). Nüfus, Konut ve Demografi. Erişim (Online). Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/> PreIstatistikTablo
102. De Melo, N.R., Giribela, A.H.G., Giribela, C.R.G., Ricci, M.D. (2001). Premenstrual Syndrome. Revista Brasileira de Medicina, 58: 185-190.
103. Khella, A.K. (1992). Epidemiologic Study of Premenstrual Symptoms. J.Egypt Public Health Association, 67(1-2): 109.

ÖZGEÇMİŞ

Ayfer PINAR, 1977 yılında Antalya’da doğdu. 1984-1992 yılları arasında ilk ve ortaöğrenimini Antalya’da tamamladı. Lise öğrenimini 1997 yılında Antalya Sağlık Meslek lisesinde okul ikincisi olarak tamamladı. 1998-2000 yılları arasında Hakkari’nin Yüksekova ilçesinde ebe olarak çalıştı. 2000 yılında Antalya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde görev yapmaya başladı. 2003 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Lisans Programından Ebelik bölüm birincisi olarak mezun oldu. 2004-2005 Güz Dönemi’nde Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Programına başladı. Halen Antalya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği’nde servis hemşiresi olarak görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizce’dir.

EKLER

EK: 1

ARAŞTIRMANIN YAPILMASINA İLİŞKİN İZİN BELGESİ

**T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Eğitim Şube Müdürlüğü**

SAYI : B1041SM4070009/3506-5/574

KONU : Tez Uygulaması

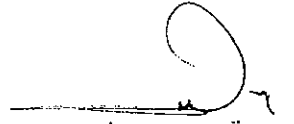
11 EKİM 2005
23225

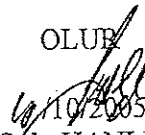
VALİLİK MAKAMINA

Akdeniz Üniversitesi öğrenci işleri daire başkanlığının 30.09.2005 tarih ve 12697 sayılı yazıları doğrultusunda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans programı öğrencisi Ayfer PINAR'ın "15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı" konulu tezinin uygulamasını; 10.10.2005 - 25.02.2006 tarihleri arasında Merkez 25 Nolu İsmet YÜCE ve Merkez 6 Nolu 70. Yıl Cumhuriyet sağlık ocakları ve bölge halkına ekli soru formları ışığında yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş ise de;

Olurlarınıza arz ederim.

Eki:7


Uz.Dr. İbrahim GÖK
Sağlık Müdürü

OLUR

10/10/2005
Bekir Sıtkı HANLIOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

**ARAşTIRMACININ KENDİNİ TANITMASI VE KADINLARDAN ONAY
ALINMASINA YÖNELİK FORM**

İyi Günler,

Adım Ayfer PINAR, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D’da yüksek lisans yapmaktayım. Kadınlarda adet dönemi öncesinde ortaya çıkan değişiklikleri belirlemek üzere bir araştırma yapıyorum. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplamaı için bir soru formu hazırlanmıştır. Sorular araştırmacı ile yüz yüze cevaplandırılacak ve ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Sorulan sorulara cevap vermeniz, adet öncesi dönemde yaşanan bazı sorunlara çözüm yollarının geliştirilmesi ve yapılacak eğitimlere katkı sağlamaı açısından önemlidir. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve araştırıcı dışında bir başka kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Ayfer PINAR
Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının İmzası

**KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK
SORU FORMU**

GÖRÜŞME FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Boyunuz?
3. Kaç kilosunuz?
4. Medeni durumunuz nedir?
☐ 1. Evli
☐ 2. Bekar
5. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
☐ 1. Evet
☐ 2. Hayır
6. Mesleğiniz nedir?
7. Eğitim durumunuz nedir?
☐ 1. Okur-yazar değil
☐ 2. Okur-yazar
☐ 3. İlkokul
☐ 4. Ortaokul
☐ 5. Lise
☐ 6. Üniversite
8. Eşinizin mesleği nedir?
9. Eşinizin eğitim durumu nedir?
☐ 1. Okur-yazar değil
☐ 2. Okur-yazar
☐ 3. İlkokul
☐ 4. Ortaokul
☐ 5. Lise
☐ 6. Üniversite
10. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?
☐ 1. Büyükşehir
☐ 2. Şehir
☐ 3. İlçe
☐ 4 Köy

11. Toplam aylık geliriniz nedir?

12. Sigara kullanıyor musunuz?

() 1. Evet

() 2. Hayır

13. Aile şekliniz nedir?

() 1. Çekirdek

() 2. Geniş aile

14. Gebelik sayınız nedir?

15. Kaç çocuğunuz var?

16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (Cevabınız evet ise neden kullandığınızı belirtiniz)

() 1. Evet

() 2. Hayır

PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞINI BELİRLEMeye YÖNELİK
KULLANILAN PREMENSTRUAL DEĞERLENDİRME FORMU

SORU FORMU

Değerlendirmeyi yaparken son üç adet öncesi döneminizdeki değişiklikleri düşünün. Her bir maddenin adet öncesi dönemin dışında kalan zamana göre ne kadar değişiklik gösterdiğine karar verin. Her zamanki duruma göre olan değişikliğin şiddetine uygun sayıyı daire içine alın.

1. **Şu anda yok, her zamankinden farklı değil.**
2. **Çok az değişim** (Sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, diğer kişiler muhtemelen bu değişikliği fark etmezler).
3. **Hafif değişim** (Sizin tarafınızdan belirlidir, sizi iyi tanıyanlar tarafından da açıkça anlaşılabilir).
4. **Orta şiddette değişim** (Siz ve/veya sizi tanıyanlar tarafından açıkça anlaşılır).
5. **Şiddetli değişim** (Siz ve sizi tanıyanlar tarafından çok anlaşılır).
6. **Aşırı değişim** (Değişimin derecesi, şiddeti her zamanki durumdan o kadar farklıdır ki, hem kendiniz hem de sizi çok iyi tanıyanlar tarafından çok anlaşılır).

Adet Öncesi Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

1. Aynı gün içinde ruhsal durumumda farklı değişimler yaşıyorum
(gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi) 1 2 3 4 5 6
2. Daha çabuk yorulurum 1 2 3 4 5 6
3. Dengemi sağlamakta zorlanırım, sakarlıklarım artar 1 2 3 4 5 6
4. Her zamankinden daha kaygılı/endişeli olurum 1 2 3 4 5 6
5. Sabahları daha zor uyanırım 1 2 3 4 5 6
6. Kendimi hasta gibi hissederim 1 2 3 4 5 6
7. Yerimde duramayacak derecede huzursuz olurum 1 2 3 4 5 6
8. İştahım azalır 1 2 3 4 5 6
9. Göğüslerim şişer, hassaslaşır 1 2 3 4 5 6
10. Baş ağrılarım /migren olur 1 2 3 4 5 6
11. Dikkatimi toplayamam 1 2 3 4 5 6
12. Kaza yapmaya (düşme, kesme, kırma gibi) eğilimim artar 1 2 3 4 5 6
13. Midem bulanır/ kusarım 1 2 3 4 5 6

1- Her zamankinden farklı değil
4- Orta şiddette değişim

2- Çok az değişim
5- Şiddetli değişim

3- Hafif değişim
6- Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

14. Tedirginlik, devamlı ellerimi ovuşturma, sürekli gidip gelme, rahat oturamama gibi huzursuzluk belirtileri gösteririm... 1 2 3 4 5 6
15. Kendimi başkaları karşısında zayıf /güçsüz hissederim... 1 2 3 4 5 6
16. Günlük işlerimle başa çıkmakta zorlanırım... 1 2 3 4 5 6
17. Kendimi güvensiz hissederim... 1 2 3 4 5 6
18. Nefes almada zorlanma, burun akıntısı gibi ani allerjik durumlarım ortaya çıkabilir... 1 2 3 4 5 6
19. Kendimi bitkin, çökkün hissederim... 1 2 3 4 5 6
20. Baş dönmesi, bayılma hissi ve kulaklarımda çınlamalar olur... 1 2 3 4 5 6
21. Önemsiz konular bile beni öfkeliendirir... 1 2 3 4 5 6
22. Yaşantımla ilgili olumsuz düşüncelerimde artma olur... 1 2 3 4 5 6
23. Konuşma veya hareket etme isteğim azalır... 1 2 3 4 5 6
24. Daha fazla unutkan olurum... 1 2 3 4 5 6
25. Dış görünüşümden hoşlanmam... 1 2 3 4 5 6
26. Kişilere veya eşyalara karşı şiddet gösterebilirim... 1 2 3 4 5 6
27. Gündüzleri hep uyumak isterim... 1 2 3 4 5 6
28. Gerçek yaşamdan uzaklaşır, kendimi rüyadaymış gibi hissederim... 1 2 3 4 5 6
29. Kalp atışlarım değişir... 1 2 3 4 5 6
30. Küçük şeyler beni daha fazla mutlu edebilir... 1 2 3 4 5 6
31. Zihnimi toplamakta zorlanırım... 1 2 3 4 5 6
32. Aklım daha çabuk karışır, şaşkınlık hissederim... 1 2 3 4 5 6
33. Yargılama gücüm azalır... 1 2 3 4 5 6
34. Daha pasif olur, sorumluluk almaktan çekinirim... 1 2 3 4 5 6
35. Kendimi daha iyi hissederim... 1 2 3 4 5 6
36. Kendimi kontrol etmekte zorlanırım... 1 2 3 4 5 6
37. Daha çocuksu olurum... 1 2 3 4 5 6
38. Ağlamaklı olur, göz yaşlarımı tutamam... 1 2 3 4 5 6
39. İdrara daha sık çıkarım... 1 2 3 4 5 6

1- Her zamankinden farklı değil
4- Orta şiddette değişim

2- Çok az değişim
5- Şiddetli değişim

3- Hafif değişim
6- Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

40. Kabız olurum.....	1	2	3	4	5	6
41. Kendime karşı hoşgörüm artar (zamanı kullanma, para harcama, yeme).....	1	2	3	4	5	6
42. Düşünmeden hareket ettiğim zamanlar olur.....	1	2	3	4	5	6
43. Sigara, alkol veya alışkanlık yapan ilaçları daha fazla kullanırım.....	1	2	3	4	5	6
44. Kendimi stres altında hissederim.....	1	2	3	4	5	6
45. Isırma (dudak vb), kaşıma (saç veya burun) gibi davranışlarım olur.....	1	2	3	4	5	6
46. Ruhsal durumumda değişimler olur.....	1	2	3	4	5	6
47. Keyfim kaçtığı anda histerik davranışlar (bağırma, bayılma) gösteririm.....	1	2	3	4	5	6
48. Suçluluk duyarım.....	1	2	3	4	5	6
49. Kendimi boşlukta hissederim.....	1	2	3	4	5	6
50. Daha çabuk kızarım.....	1	2	3	4	5	6
51. Kendimi üzüntülü ve hüzünlü hissederim.....	1	2	3	4	5	6
52. Bacaklarımda yorgunluk (zayıflık, ağrı) hissederim.....	1	2	3	4	5	6
53. Sırt, eklem ve kas ağrılarım olur.....	1	2	3	4	5	6
54. Çevrem beni bu dönemde “kötü gününde” diye tarif eder.....	1	2	3	4	5	6
55. Sabahları daha tedirgin olur, her şeyden şikayet ederim.....	1	2	3	4	5	6
56. Daha inatçı olurum.....	1	2	3	4	5	6
57. Kendimi yalnız hissederim.....	1	2	3	4	5	6
58. İdrara daha az çıkarım.....	1	2	3	4	5	6
59. Kilom artar.....	1	2	3	4	5	6
60. Daha hoşgörüsüz ve sabırsız olurum.....	1	2	3	4	5	6
61. Her zamankinden daha çok konuşurum.....	1	2	3	4	5	6
62. Bu dönemde karnımda rahatsızlık ve ağrı olur.....	1	2	3	4	5	6
63. Cinsel isteğim artar.....	1	2	3	4	5	6
64. Sabah erken uyanır, tekrar uykuya dalmakta zorlanırım.....	1	2	3	4	5	6

1- Her zamankinden farklı değil
4- Orta şiddette değişim

2- Çok az değişim
5- Şiddetli değişim

3- Hafif değişim
6- Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 65. Karnımda ara ara ağrı ve kramplar olur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 66. Kendime saygım azalır | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 67. Sorunların nedenlerini başkalarına bağlarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 68. Evde veya işte daha aktif olurum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 69. Hoş olmayan olaylar üzerinde uzun uzun düşünürüm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 70. Sivilce /akne gibi cilt problemlerim olur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 71. Kol ve bacaklarımda ödem/şişlik olur | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 72. Evde daha fazla zaman geçiririm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 73. Sosyal faaliyetlerden (gezme, sinemaya gitme v.b)
kaçınırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 74. Vücudumda genel bir şişkinlik hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 75. Ev veya iş yerimdeki görevlerimi yerine getirmekte
zorlanırım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 76. Yaşadığım değişiklikler çalışma süremi olumsuz etkiler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 77. Yalnız kalmak isterim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 78. Yaratıcılık gücümün azaldığını hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 79. Bazı yiyeceklere karşı (tatlılar, ekmek, çikolata, turşu)
isteğim artar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 80. İştahım artar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 81. Sabahları kendimi kötü hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 82. Fiziksel görünüşüme daha az dikkat ederim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 83. Sıcağa/soğuğa karşı duyarlılığım artar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 84. Kendimi daha canlı/enerjik hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 85. Kendimin veya işimde yaptıklarımın beğenilmediğini
hissederim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 86. Kendimi daha fazla sevgi dolu hissedirim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 87. Basit konular hakkında bile öğüt alma gereksinimi duyarım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 88. Karamsar görünürüm | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 89. Kahve, çay veya kola gibi soğuk içecekleri daha fazla içerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

1-Her zamankinden farklı değil
4- Orta şiddette değişim

2- Çok az değişim
5- Şiddetli değişim

3- Hafif değişim
6- Aşırı değişim

Adet Öncesi Dönemde Ortaya Çıkan Değişiklikler

90. Cinsel ilişki sırasında ağrı veya rahatsızlık hissedirim..... 1 2 3 4 5 6

91. Ev işi yapma (temizlik, çamaşır gibi) isteğim azalır..... 1 2 3 4 5 6

92. Cinsel isteğim azalır..... 1 2 3 4 5 6

93. Boş zaman faaliyetlerine (TV, kitap okuma) daha az zaman ayırıyorum..... 1 2 3 4 5 6

94. Göz/görme problemlerimde artış olur (arpacık, kızarıklık, sulanma, bulanık görme, ışığa duyarlılık v.b)..... 1 2 3 4 5 6

95. Adet öncesi dönemde aşağıda belirtilen şikayetlerden kendinizde olanı işaretleyiniz..... 1 2 3 4 5 6

☐ Ateş basması

☐ Kendiliğinden olan morarmalar

☐ Hemoroid/basur

☐ Çınlama

☐ Ciltte güneşe karşı hassasiyet

☐ İshal

☐ Varis

☐ Uyuşukluk

☐ Bayılma nöbeti