



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2009-004**

**PREMENSTRUAL SENDROM YAKINMALARI
OLAN KADINLARIN YAŞAM BİÇİMLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülhan SOKULLU

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr Hilmiye AKSU**

AYDIN- 2009

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2009-004**

**PREMENSTRUAL SENDROM YAKINMALARI
OLAN KADINLARIN YAŞAM BİÇİMLERİNİN
İNCELENMESİ**

Gülhan SOKULLU

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr Hilmiye AKSU**

AYDIN- 2009

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülhan SOKULLU tarafından hazırlanan ***“Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi”*** başlıklı tez, 01/06/2009 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 1. Yrd. Doç. Dr. Hilmiye AKSU | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |
| 2. Yrd. Doç. Dr. Nevin A. BALKAYA | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |
| 3. Yrd. Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ | ADÜ-Aydın Sağlık Yüksekokulu |



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Muharrem BALKAYA
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Menstrual siklus problemlerinden biri olan premenstrual sendrom (PMS), ele alınması gereken önemli sağlık sorunlarından biridir. PMS, kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşamlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Kadınların bazıları, bunları periodlarının gereği olarak düşünmekte, bazıları ise bu konuda konuşmakta isteksiz görünmektedirler. Bir kadının menarştan menopoza kadar geçirdiği süre yaşam süresinin neredeyse yarısıdır. Bu süreçte menstruasyonla ilgili sorunlar kadınların yaşam kalitesini etkilerken, sağlıklı toplumlara ulaşmada kadınların sağlık durumlarının da büyük ölçüde önem taşıdığı bilinmektedir. PMS yakınması olan kadınlara önerilen ilaç dışı tedaviler dışında sağlıklı yaşamla ilgili olarak spor yapma, dengeli ve yeterli beslenme, iyi alışkanlıklar kazanma ve stresle baş edebilme davranışları da önerilmektedir.

Bu çalışma ile PMS yakınması olan kadınların günlük yaşamlarındaki beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumları incelenerek ilaç dışı tedavilere ışık tutacak yeni yöntemler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda PMS konusunda ebe ve hemşirelerin başvurabilecekleri bir kaynak olmasını diliyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Genel Bilgiler.....	4
1.3.1. Tanımı.....	4
1.3.2. Tarihçe.....	5
1.3.3. Etiyoloji.....	6
1.3.3.1. Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma.....	6
1.3.3.2. Serotonin eksikliği.....	6
1.3.3.3. Prostaglandinler.....	7
1.3.3.4. Hormon dengesizlikleri.....	7
1.3.3.5. Çinko (Zn) eksikliği.....	8
1.3.3.6. Magnezyum (Mg) eksikliği.....	8
1.3.3.7. Pridoksin eksikliği.....	8
1.3.3.8. Alerji.....	9
1.3.3.9. Hipoglisemi.....	9
1.3.3.10. Sıvı retansiyon teorisi.....	9
1.3.3.11. Genetik.....	10
1.3.3.12. Psikososyal teori.....	10
1.3.4. Ayırıcı Tanı.....	11
1.3.5. PMS’de Tanı.....	11
1.3.6. PMS için ICD–10 Tanı Ölçütleri.....	12
1.3.7. PMS Belirtileri.....	13

1.3.8.	Kadınların PMS'ye Bakışı.....	15
1.3.9.	İlaç Dışı Tedaviler.....	15
1.3.10.	İlaç Tedavisi.....	17
1.3.11.	Cerrahi Yöntemler.....	18
1.3.12.	PMS'de Hemşirelik Yaklaşımı.....	19
1.3.13.	Hemşirelik Tanısı.....	19
1.3.13.1.	Hemşirenin belirlediği sorunlar.....	20
1.3.13.2.	Planlanan/uygulanan hemşirelik girişimleri.....	20
1.3.13.3.	Değerlendirme.....	21
1.3.14.	Yaşam Biçimi.....	21
1.3.15.	PMS ile İlgili Yapılmış Bazı Araştırmalar.....	22
2.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
2.1.	Araştırmanın Şekli.....	25
2.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve özellikleri.....	25
2.3.	Araştırmanın Zamanı.....	26
2.4.	Araştırmanın Evreni.....	26
2.5.	Araştırmanın Örneklemi.....	27
2.6.	Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri...	27
2.6.1.	Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	27
2.6.2.	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	27
2.7.	Verilerin Toplanması.....	27
2.8.	Veri toplama Araçlarının Hazırlanması.....	28
2.8.1.	Soru formu.....	28
2.8.2.	Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	28
2.8.3.	Görüşme formu.....	30
2.9.	Ön Uygulama.....	30
2.10.	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	30
2.11.	Kullanılan Yöntem.....	31
2.12.	Araştırma Etiği.....	34
2.13.	Verilerin Analizi.....	34
2.14.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.	BULGULAR.....	36
3.1.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları.....	37
3.2.	Kadınların Beslenme Durumlarına İlişkin Bulguları.....	40

3.3.	Kadınların Spor / Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Bulguları	45
3.4.	Kadınların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguları.....	49
3.5.	Kadınların Sağlıklarını Olumsuz Etkileyen Alışkanlıklarına İlişkin Bulguları.....	54
3.6.	Kadınların İletişim Durumlarına İlişkin Bulguları.....	56
3.7.	Kadınların Duygusal Durumlarına İlişkin Bulguları.....	60
3.8.	Kadınların Sağlık Tutumlarına İlişkin Bulguları.....	65
3.9.	Kadınların Stres Durumlarına İlişkin Bulguları.....	67
4.	TARTIŞMA.....	74
4.1.	Kadınların Beslenme Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	74
4.2.	Kadınların Spor / Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	76
4.3.	Kadınların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi....	77
4.4.	Kadınların Sağlıklarını Olumsuz Yönde Etkileyen Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	78
4.5.	Kadınların İletişim Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi..	79
4.6.	Kadınların Duygusal Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	80
4.7.	Kadınların Sağlık Tutumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi....	81
4.8.	Kadınların Stres Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	82
5.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	84
5.1.	Sonuçlar.....	84
5.2.	Öneriler.....	86
	ÖZET.....	88
	SUMMARY.....	90
	KAYNAKLAR.....	91
	ÖZGEÇMİŞ.....	99
	TEŞEKKÜR.....	100
	EKLER.....	101
	EK 1. Soru Formu	101
	EK 2. Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	103
	EK 3. Görüşme Formu.....	105
	EK 4. İzmir Dr Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi	

İzin Yazısı.....	106
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı	
Ön Onayı.....	107
EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı	
Onayı.....	108
EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Metni.....	109
EK 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	110

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
DSM-III-R:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sistemi)
DSM-IV:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısı)
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EOP:	Endojen opiat peptid
FSH:	Folikül Stimüle Edici Hormon
GABA:	Gamma Aminobütirik Asit
GH:	Gonodotrop Hormon
ICD:	Hastalık ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırma Standardı (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
GLFDB:	Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk
LH:	Luteinize Hormon
Mg:	Magnezyum
PDB:	Premenstrual Disforik Bozukluk
PMS:	Premenstrual Sendrom
PMSÖ:	Premenstrual Sendrom Ölçeği
PG:	Prostaglandin
Zn:	Çinko

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 2.3.1. Araştırmanın Zamanı.....	26
Çizelge 3.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	37
Çizelge 3.2. Kadınların üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre dağılımı	38
Çizelge 3.3. Kadınların PMSÖ'nden aldıkları puanlara göre dağılımı.....	38

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
EK 1. Soru formu.....	101
EK 2. Premenstrual sendrom ölçeği.....	103
EK 3. Görüşme formu.....	105
EK 4. İzmir Dr Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İzin Yazısı.....	106
EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onay1.....	107
EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onay1.....	108
EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Metni.....	109
EK 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	110

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadınların yaşamlarının 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan menstruasyon, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir (Gençdoğan 2006). Menstruasyon kadın doğurganlığının simgesi olarak kabul edilebilir (İnce 2001). Normal menstruasyon, açıklanabilmiş fakat henüz tam olarak tanımlanamamış fizyolojik olayları içeren karmaşık bir süreçtir. Bu fizyolojik olaylardaki çok küçük değişiklik dahi, tıbbi değerlendirme ve tedavi gerektirecek menstruasyon anormalliklerine yol açabilir (Scott ve ark 1997). Menstruasyon kadının yaşamını, günlük yaşam aktivitelerini ve çalışma yaşamındaki üretkenliğini önemli ölçüde etkiler (Bayram ve Aktaş 2008).

Premenstrual Sendrom (PMS), menstruasyon döngüsünün menstruasyon öncesi döneminde ortaya çıkan ve menstruasyon kanamasının başlaması ile birlikte kaybolan, duygu, davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Acar 1996, İnce 2001, Domoney ve ark 2003, Nagata ve ark 2004, Ford ve ark 2007). Adıgüzel ve ark (2007)'nin yaptığı bir çalışmada, PMS doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen, kadının ruhsal durumunu, davranışlarını ve işlevselliğini önemli düzeyde etkileyen ve başka psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı olarak ortaya çıkabilen bir durum olarak bildirilmiştir. Yaklaşık 150 belirtinin bu sendromda görülebileceği bildirilmiştir (Jones ve ark 1989, Müderris ve ark 1999, Schnall ve ark 2002). PMS'nin belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterir. Yapılan bir çalışmada premenstrual belirtileri bulunan kadınlarda en sık görülen belirtiler, bel ağrısı (%72.4), gerginlik-huzursuzluk (%72.4), sinirlilik-öfke (%72.4), karında şişkinlik (%70.9) ve memede ağrı-hassasiyet

(%66.9) olarak belirlenmiştir. Üşüme- titreme (%0.8) ve intihar düşüncesi (%0.4) ise en az görülen belirtilerdir (Demir ve ark 2006). PMS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. Her ne kadar ortalama başlangıç yaşı 26 olarak bildirilmişse de aslında PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur. Ancak gençlerde, belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir. PMS belirtileri 25–35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve yaşla birlikte artarken, menopoza yaklaştıkça da azalmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007).

Kadınların yaklaşık %80'inin premenstrual belirtilerden en az birini hafif derecede yaşadığı (Hsiao ve Liu 2007), %20-%50'sinin orta şiddette premenstrual belirtiler yaşadığı ve yaklaşık %5'inin de yaşamını olumsuz etkileyecek şiddetli premenstrual belirtiler yaşadığı rapor edilmiştir (Pearlstein ve Steiner 2008). Demir ve ark (2006), kadınların %5–10'unda çalışma ve sosyal yaşamlarını bozacak ve tedavi gerektirecek kadar şiddetli premenstrual belirtiler görüldüğünü belirtmişlerdir. PMS sadece kişiyi değil, kadının ailesini ve toplumu da etkilemektedir. PMS'li hastaların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir. Demir ve arkadaşları tarafından bildirildiğine göre (2006); Parker Fransa, Kanada, İngiltere ve ABD'de PMS tanısı almış kadınların cezalarında indirim yapılmasının söz konusu olduğunu vurgulamıştır.

PMS'den dolayı kadınlarda sosyal ilişkilerden kaçınma ve kavgacı olmaları da günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Adıgüzel ve ark 2007). PMS'li kadınlarda, panik atak, libidoda değişiklik, astım krizlerinde artış, konsantrasyon ve koordinasyon eksikliği ile alkol ve ilaç kullanma eğilimleri görülmektedir. Yüzden fazla belirtisi olduğundan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Coşkun ve ark 1996).

Bilindiği üzere çoğu kadın PMS yakınmaları için doktora gitmemekte, bunun bir hastalık olabileceğini düşünmemekte ve bu konuda başkaları ile konuşmakta isteksizlik göstermektedir (Adıgüzel ve ark 2007). Bazı kadınlar bunu periyotlarının gereği olarak düşünürken, bazıları rahatsızlıklarının nedeni olarak görürler (Taşcı 2006).

Demir ve ark (2006) tarafından bildirildiğine göre; Abraham ve Pariser, PMS'nin neden olduğu işe devamsızlığın belirtildiği 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, ABD

endüstrisinde beş milyar dolarlık kayba neden olduğunu vurgulamıştır. Günümüzde çalışan kadın sayısının giderek artmakta olduğu göz önüne alınırsa, bu rakamın daha da artış göstermesi kaçınılmazdır.

Premenstrual şikayetler işteki verimliliği ve çalışma kalitesini azaltması, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde artışa neden olması, ergen genç kızın kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve derslere devamını olumsuz etkilemesi nedeniyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur. Demir ve ark (2006) kadınların %70.3'ünün premenstrual yakınmalar nedeniyle iş verimliliklerinin azaldığını belirtmektedir. PMS ile ev dışında çalışma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (Demir ve ark 2006). Ergenlik döneminden itibaren PMS'nin ele alınması üreme çağı boyunca ortaya çıkacak psikolojik ve ekonomik kayıpları azaltacaktır (Taşcı 2006).

Son yapılan çalışmalarla PMS belirtilerini yaşayan kadınların yaşam biçiminin önemli olduğu, yaşam biçimindeki olumlu davranışların PMS belirtilerinin şiddetini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkiler. İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme (az tuz, şeker vb.), düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve strese kaçınma, günde 7-8 saat uyuma ve çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamaları içerir (Yıldırım 2005).

Bu araştırma ile PMS yakınması olan kadınların, ortak yaşam biçimleri belirlenerek, PMS konusundaki kişisel deneyimleri ile danışmanlık gereksinimleri ve yaşam biçimlerindeki yanlışlıkları saptamak amaçlanmıştır. Aynı zamanda bu sendromun fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkilerinin azaltılmasına yardımcı olacak sonuçlara ulaşılması planlanmıştır. Böylece PMS tedavilerine destek olunarak kadın sağlığının yükseltilmesi ile birlikte toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlanması hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma premenstrual sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Tanımı

Premenstrual sendrom yıllar içerisinde bilimsel ve kültürel yönden birçok farklı şekilde tanımlanmıştır ve henüz üzerinde kesin olarak anlaşılan ortak bir tanım yapılamamıştır (Figert 2005). Premenstrual Sendrom, adet döngüsünün geç luteal fazında, bu döneme özgü olarak oluşan, çoğu sıklıta tekrarlayan, menstruasyonun başlamasıyla kısa sürede hafifleyip kaybolan, foliküler fazda en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, psikik ve davranışsal değişikliklerin bulunduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır (Atasü ve Şahmay 2001, Adıgüzel ve ark 2007). Bu durum, DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'te premenstrual disforik bozukluk (PDB) olarak adlandırılmış, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar kümesinde sınıflandırılmıştır (Adıgüzel ve ark 2007). PDB kısaca, menstruasyon döngüsünün menstruasyon öncesi döneminde ortaya çıkan ve menstruasyon kanamasının başlaması ile birlikte kaybolan, duygu ve davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Yüksel 2001, Domoney ve ark 2003, Nagata ve ark 2004, Ford ve ark 2007).

PMS'nin diğer bir tanımı ise menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp, menstruasyonun başlamasıyla hızla düzelen somatik, bilişsel (kognitif), duygusal ve davranışsal bozukluklar olarak yapılmıştır (Müderriş ve ark 1999, Demir ve ark 2006).

“Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk” (GLFDB) terimi de sıklıkla PMS ile eşanlamli olarak kullanılmaktadır (Demir ve ark 2006, Indusekhar ve ark 2007, Yonkers ve ark 2008).

1.3.2. Tarihçe

Hipokrat'tan beri yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuştur. Trotula De Salerno daha 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında premenstrual sendromla ilgili bilgiler vermiştir. 16. yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir. İcard ise piromani (Birçok kez istekli ve kasıtlı olarak yangın çıkarma, yangın ve bunun yarattığı olaylar ile büyülenme, bunlara merak duyma ve bunları çekici bulma), dipsomani (Aşırı miktarlarda alkollü içki içmek için duyulan bir zorlanma hissi), homisidal ve suisidal mani, erotomani (Sanrılı bozukluk ya da delice sevildiğini sanma), nimfomani (Kadında aşırı ve kompulsif cinsel ilişki isteği), kıskançlık (bir delil olmaksızın eşinin kendisini aldattığı düşüncesi ve rahatsızlık duyduğu halde bu düşünceden kendini kurtaramama), melankoli (Elde edilememiş hedefler sonrasında insanın düştüğü ruh hali ya da can sıkıntısı, hüznün ve yalnız kalmayı istemekle seyreden hayattan kopma hali) ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840'da bazı kadınların adet döneminde “histerik, nöraljik ve kaprisli” olduklarını yazmıştır (Karadağ 2001, Aksu ve Sokullu 2008).

Literatüre ilk kez Frank'ın 1931'de adete 7–10 gün kala başlayan belirtiler gösteren 15 kadın hastasını yayınlaması ile girmiştir. Frank bu belirtiler için "premenstrual gerginlik" terimini kullanmıştır. Katharina Dalton 1952'de "premenstrual sendrom" terimini ilk kullanan kişi olmuştur. PMS ile ilgili olarak 1968'e kadar 150 farklı belirti yayınlanmıştır (Akdeniz ve ark 2004, Figert 2005). PMS ile ilgili araştırmalar son 20 yılda artış göstermiştir (Karadağ 2001).

Literatürde 1931 ve 1980 yılları arasında adet öncesi konularla ilgili birçok referansta bulunuldu. PMS bir İngiliz doktorun ortaya çıkışına kadar uzun süre medikal bir bozukluk olarak kabul edilmiş ve sürekli ancak çok az ilgi görmüştür. PMS tartışması ve ona ait

eserler, bu konuyla uğraşan kişilerin dikkatini önemli bir noktaya çekmeyi başardı. Bu nokta PMS'nin “gerçek” olduğu ve PMS'nin bir endüstri haline gelmesiydi. PMS'nin vazgeçilmez bir parçası da buna yönelik çıkan ilaçlardı (Figert 2005).

1.3.3. Etiyoloji

PMS'nin nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Çok sayıda etiyoloji ileriye sürülmüştür.

1.3.3.1. Endojen opiat peptidlerde (EOP) azalma

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler biyogenik 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. Akut opiat kesilmelerinde hiperirritabilite ve agresivite gibi belirtilerin geliştiği bilinmektedir. Normal menstrual siklusta beta-endorfin luteal fazda artmakta, foliküler fazda azalmaktadır. PMS'li hastalarda luteal fazdaki beta-endorfin düzeyi düşük bulunmaktadır (Acar 1996, Pınar 2007).

1.3.3.2. Serotonin eksikliği

Depresyonda santral sinir sisteminde serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir. PMS'de de depresyon görüldüğünden, luteal fazda bir serotonin eksikliği olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. Östrojenin hipotalamusta serotonine ait günlük döngü oluşturduğu, progesteronun ise serotoninin devrini hızlandığı bilinmektedir. PMS'de kanda ve trombositlerde serotonin alımının azaldığı bildirilmiştir (Acar 1996).

Çalışmalarda PMS ve PDB taşıyan kadınların serotonin düzeyinde anormallikler olduğu gösterilmektedir (Indusekhar ve ark 2007, Pearlstein ve Steiner 2008).

1.3.3.3. Prostaglandinler (PG)

PMS’de PG yetmezliği öne sürülmüştür (Acar 1996, Dickerson ve ark 2003). PG inhibitörü olan mefenamik asitin verilmesi ile PMS’nin bazı belirtilerinin düzeldiği görülmüştür. Burada çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır. Zira hem PG yapımında kullanılan hem de PG yapımını inhibe eden zıt iki ajanın PMS belirtilerini düzelttiği söylenmektedir. PG’lerinde beta-endorfinleri etkilediği düşünülmektedir (Acar 1996, Pearlstein ve Steiner 2008).

1.3.3.4. Hormon dengesizlikleri

Östrojen, progesteron, FSH (Folikül Stimüle Edici Hormon), LH (Luteinize Hormon), kortizol, dihidrotestosteron, tiroid hormonları, endojen opioidler, GABA (Gamma Aminobütirik Asit) ve melatonin düzeyleri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen, kesin bir etiyolojik ajan gösterilememiştir (Connolly 2001, Akdeniz ve ark 2004, Pearlstein ve Steiner 2008). Menstruasyon döngüsündeki biyolojik değişiklikler önemli rol oynuyor gibi görünmektedir. Çünkü bu belirtiler adet döngüsünün olmadığı dönemlerde yani ergenlik öncesi, gebelik ve menapozda ortadan kaybolmaktadır. PMS ve PDB’nin patofizyolojisi tam olarak açıklanamasa bile over kökenli steroidlerin döngüsel değişikliklerinin beyindeki nörotransmitter sistemler üzerine etkileri sorumlu tutulmaktadır (Akdeniz ve ark 2004, Ford ve ark 2007). Hipotiroidinin PMS’li hastaların %94’ünde subklinik olarak görüldüğü, tiroid hormonu verildiğinde belirtilerin düzeldiği bildirilmiştir (Acar 1996). Son yıllarda yapılan araştırmalar PMS oluşumunda prolaktinin önemli bir faktör olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Prolaktinin böbrek üzerine direkt etkisiyle su, Na retansiyonu oluşmakta ve bunun sonucunda da ödem oluşmaktadır (Yücel 2005).

1.3.3.5. Çinko (Zn) eksikliği

Çinkonun, kadında duygusal ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini gösteren bazı mekanizmalar vardır. PMS'li hastalar karbonhidrat ve şekeri çok tükettiklerinden, bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği düşünülmüştür (Acar 1996, TC Sağlık Bakanlığı 2000).

1.3.3.6. Magnezyum (Mg) eksikliği

İlk kez 1983 yılında Abraham, PMS etyopatogenezinde Mg yetmezliğini öne sürmüştür. Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, generalize adele spazmları ve tremor yapmaktadır. Mg'da azalma ile ruhsal durumda negatif etkiler meydana gelir ve davranış bozukluğu ortaya çıkabilir. PMS'de Mg'un düşme nedeni, azalan gastrointestinal sistem (GİS) emilimine veya hızlanan renal atılıma bağlayanlar olmakla beraber, bu konu henüz açıklığa kavuşmamıştır. Aksi bir düşünceye göre ise PMS Mg azalmasına yol açmaktadır (Acar 1996, Sağlık Bakanlığı 2000).

1.3.3.7. Pridoksin eksikliği

Vit B6 bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktördür. Ayrıca vücutta Mg düzeyini ayarlar. Dopamin ve serotoninin biyosentezinin son basamağında bir koenzim rolü oynadığından, beyinde Vit B6 azalması PMS'nin bazı belirtilerini ortaya çıkarabilir. Ancak PMS'de vit B6'nın ne kesin ne de relatif olarak eksikliğini destekleyen objektif bir bulgu yoktur (Acar 1996, Pınar 2007).

1.3.3.8. Alerji

Progesterona karşı allerji reaksiyonunun PMS'ye yol açabileceği ileri sür÷lm÷ştür ancak premenstrual ürtiker çok nadir olarak gör÷lmektedir. Kendi hormonlarına karşı antikor oluşma tezi ortaya atılmışsa da bu antikorların varlığı saptanamamıştır (Acar 1996, Pınar 2007).

1.3.3.9. Hipoglisemi

1950 yıllarında hipoglisemi belirtilerinin (yorgunluk, açlık, sinirlilik, terleme, belirsiz GİS yakınmaları) PMS'nin bazı belirtilerine benzemesinden dolayı etiolojide rol oynayıp oynamadığı düşün÷lm÷ştür. PMS'nin bazı belirtileri için bu durumun kabul edilebilirliği henüz belli değildir (Şatıroğlu 1990, Acar 1996, Pınar 2007).

1.3.3.10. Sıvı retansiyon teorisi

PMS'de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetlerinin olması, PMS belirtilerinin potansiyel bir nedeni olarak minerolokortikoid değışiklikleri olabileceğini düş÷ndürm÷ştür. Ayrıca, minerolokortikoidler ruh hali üzerine santral bir etkiye sahiptir. Minerolokortikoidler ile PMS arasında böyle teorik bir ilişkiden bahsediliyorsa da, çalışmalar PMS ve kortikoidler arasında aldosteron düzeylerinde herhangi bir belirgin farklılık göstermemiştir (Acar 1996, Yonkers ve ark 2008).

1.3.3.11. Genetik

Benzer PMS belirtileri yakın akrabalarda görülebilir. PMS’de genetik faktörler önemli bir role sahiptir ve tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre rastlanma oranı iki kattır (Dickerson ve ark 2003, Hourani ve ark 2004). PMS sıklığı, anne ya da kız kardeşinde benzer şikayetleri olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Demir ve ark 2006). Kadınlarda adet görme öncesi meydana gelen belirtilerin; PMS ve PDB taşıyan kadınlarda steroid gonadların sonucunda görülen psikoloji değişimlerine olan ayrımsal duyarlılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. “Ayrımsal farklılık” kavramı etyolojisi birçok faktöre bağlıdır ve bir kısmı genetik özelliklerce belirlenir (Pearlstein ve Steiner 2008).

1.3.3.12. Psikososyal teori

Yapılan çalışmalara göre PMS’yi mevcut yaş, sosyoekonomik düzey, yaşam değişkenleri ve sahip olduğu çocuk sayısının da etkileyebileceği düşünülmektedir (Pearlstein ve Steiner 2008). PMS yönünden doğum sonrası depresyon öyküsü ve doğum kontrol hapları ile duygu durum dalgalanmaları gösteren kadınlar daha fazla risk altında gibi görünmektedir. Ayrıca geçirilmiş depresyon ve ailede PMS öyküsü veren kadınlarda daha sıklıkla rastlanmaktadır (Karadağ 2001).

Adet öncesi belirtileri 15 günlük luteal evre boyunca yaşayan kadınlarda ise major depresif bir atak geçirme riski de yüksektir (Karadağ 2001). Uygun sağaltım olsa bile major depresyonu olan kadınların bir grubunda adet döngüsünün luteal evresinde depresif belirtilerde alevlenme, yinleme veya yeni belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür (Akdeniz ve ark 2004).

1.3.4. Ayırıcı Tanı

Değerlendirmenin ilk aşamasında iyi bir menstrual, obstetrik ve genel anemnez alınmalıdır. Anemnezde yaş, doğum sayısı, PMS belirtilerinin başlangıç ve ilerleyişi, PMS'yi başlatan ve şiddetini arttıran olaylar, belirtilerin zamanı, fiziksel ve duygusal belirti sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları, aile, iş, ve arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konular üzerinde durulmalıdır. Bireyin beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, kafein alımı, kırmızı et, sebze tüketimi vb), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve baş etme yolları) öğrenilmelidir (Kızılkaya 1994).

PMS için özel bir laboratuvar incelemesi yoktur. Ancak altta yatan diğer bir bozukluk için çeşitli incelemeler yapılabilir. Ayırıcı tanıda endometriosis, kronik yorgunluk sendromu, migren, sistemik lupus eritematosus, iritabl kolon sendromu, epilepsi, fibrokistik meme hastalığı, hipo-hipertiroidi ve Cushing hastalığı gibi endokrin hastalıklar akılda tutulmalıdır. Jinekolojik muayene ihmal edilmemeli ve gerekirse batin ultrasonografisi yapılmalıdır. Ayırt edilmesi gereken en önemli bozukluklar ise örneğin distimik bozukluk (Depresif belirtilerin daha hafif düzeyde en az 2 yıl boyunca sürdüğü bir klinik tablo) gibi hafif duygu durum bozuklukları ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu gibi kronik anksiyete bozukluklarıdır. Adet öncesi dönemde yakınmaları olan kadınlarda bu tablolar alevlenebilir. Günlük sorun çizelgeleri bu tabloları ayırt etmede en önemli araçlardır. Bu bozuklukları olan kadınlarda sadece geç luteal evrede değil diğer evrelerde de belirtiler bulunması ayırıcı tanıyı kolaylaştırır (Karadağ 2001).

1.3.5. PMS'de Tanı

Bir kadına PMS tanısı konabilmesi için önemli duygusal ve davranışsal belirtilerin sıkça tekrarladığını belirtmesi, bu belirtilerin sosyal ve mesleki işlevleri bozacak şiddette olması ve luteal fazın son haftasında görülüp birkaç gün içinde düzelmesi ve bu belirtilerin en az iki ay boyunca görülmesi gerekmektedir (Connolly 2001, Demir ve ark 2006).

Premenstrual disforik bozukluk (PDB) tanısı için DSM-IV'te bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulmanın olması ve ileriye yönelik olarak en az ardışık 2 ay belirtilerin görülmüş olması gerekmektedir (Yonkers 2004). Bu açıdan bakıldığında PDB, PMS'ye göre daha ağır bir tabloyu tanımlamaktadır ve PMS'nin şiddetli bir tipi olduğu söylenebilir. PMS ve PDB gibi iki farklı tanımın bulunması ya da sendromun tanımlanmasında fikir birliğinin olmaması, bu tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007).

PMS tanısını koymada önemli bir diğer sorun PMS'li kadınları belirleyip sınıflandırmada ve tedavi sonuçlarının ölçümünde birçok klinik araştırmacının farklı yöntemler kullanmasıdır. PMS'li kadınların belirlenmesi için kabul edilen sayısal kriterler söz konusu değildir. Hem tanı koymada, hem de yeni tedavilerin değerlendirilmesi konusunda uzlaşma gerekmektedir. Türkiye'de tanı için gerekli kriterler kullanılarak yapılan PMS prevalans çalışmaları, daha çok belli bir bölgede yaşayan kadın topluluğu ile hastanelere çeşitli nedenlerle başvuran kadınlarda yürütülmüştür. Yapılan bir alan taramasında ise PMS tanısı için gerekli ölçekler kullanılmamış, sadece kadınlarda premenstrual belirtilerin görülme sıklığı saptanabilmektedir. Ancak, etiyoloji, tanı ve tedaviye yönelik çalışmaları planlayabilmek için PMS'nin toplum içindeki prevalansı ve etkili faktörlerinin saptanması, bunun için de PMS tanısı için hazırlanmış standart ölçeklerden birinin kullanılması gereklidir (Demir ve ark 2006, Adıgüzel ve ark 2007).

1.3.6. PMS İçin ICD-10 Tanı Ölçütleri

PMS'nin ICD tanı ölçütleri; hafif psikolojik huzursuzluk, şişme hissi/kilo alma, memelerde hassasiyet, el ve ayaklarda şişme, çeşitli ağrılar, dikkatte azalma, uyku bozukluğu, iştah değişikliğidir. Kişide bu belirtilerden sadece birisinin olması yeterlidir (Karadağ 2001).

1.3.7. PMS Belirtileri

PMS, biyolojik, psikolojik ve sosyal parametreleri olan psikonöroendokrin bir hastalıktır. Kimi otörlere göre dünyanın en sık görülen hastalıklarından biri olarak kabul edilirken, kimi otörlere göre ise bu bir hastalık değil, fizyolojik değişikliklerin açığa vurulmasıdır. Bu ayrımı yapmadaki güçlüğü en önemli nedeni, çok sık rastlanan bir durum olmasıdır. Gerçekten de üreme çağındaki kadınların %70-90'ında menstruasyonla bağlantılı bazı belirtiler vardır. Ancak kadınların %20-40'ında değişik derecelerde geçici mental ve fiziksel disfonksiyon şeklinde belirtiler görülmektedir (Demir ve ark 2006). PMS belirtilerinde en önemli yeri duygu durum ve davranış değişiklikleri oluşturmaktadır (Taşkın 2005, Koci ve Strickland 2006, Adıgüzel ve ark 2007). PMS belirtileri menstruasyondan yedi gün önce başlar (Haywood ve ark 2007).

PMS'nin belirtileri aşağıda yer almaktadır (Jones ve ark 1989, Dambro 1997, Güneş ve ark 1997, Scott ve ark 1997, London ve ark 2003, Indusekhar ve ark 2007):

Psikolojik belirtileri

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| - Depresyon | - Kolay sinirlenme |
| - İrritabilite | - Unutkanlık |
| - Labil ruh hali | - Dikkatini yoğunlaştırmada güçlük |
| - Anksiyete | - Ani üzülmeye |
| - Kızgınlık, öfke, hiddet | - Ağlamaya meyil |
| - Laterji ve yorgunluk | - Huzursuzluk |
| - Kendini küçük görme | - Suçluluk |
| - Kararsızlık | - Negatif tutum |
| - İntihara eğilim | - İşten kaçma |
| - Paranoya | - Sosyal ilişkilerden kaçınma |
| - Duygusal dalgalanmalar | - Kendine zarar verme isteği |
| - Duygusallaşmak | - Korkular |
| - Sıkıntılı olma | |

Fiziksel belirtileri

- Sıcak basmaları
- Oligüri
- Konstipasyon veya diyare
- Kas spazmı, kramplar
- Tremorlar
- Memede hassasiyet, ağrı, gerginlik
- Baş ağrısı
- Enerji azalması
- İştah
- Bacaklarda yorgunluk
- Üşüme
- Karında ağrı, kramplar, şişlik
- Uyuşukluk
- Halsizlik

İstaha ait belirtiler

- İştahta artma
- Yeme isteği
- Mide bulantısı
- Aşırı susama

Ödeme bağlı ortaya çıkan belirtiler

- Kiloda artma
- Karında şişlik
- Genel vücut ödemi
- Memelerde şişkinlik

Dermatolojik belirtiler

- Akne
- Saçlarda kuruma

Davranışsal belirtiler

- Yorgunluk, bitkinlik
- Baş dönmesi
- Aktivitede azalma
- Cinsel aktivitede azalma
- Umutsuzluk hissi
- Normal günlük aktivitelere ilgide azalma
- Uyku / uykusuzluk
- Enerjide azalma
- Kazalara eğilim
- Kavgacı tutum

1.3.8. Kadınların PMS'ye Bakışı

Bazı kadınlar bunu periyotlarının gereği olarak düşünürken, bazıları rahatsızlıklarının nedeni olarak görürler. PMS'nin belirtileri kişiden kişiye farklılık gösterir (Taşcı 2006). Bazı kadınlara göre PMS'nin toplumsal meşrulaştırması ve belirtileri hayatın ve kadın vücudunun birer parçası olması, pozitif anlamda doğrulanmasını sağlamıştır. Fakat batı kültüründe PMS negatif şekilde algılanmaktadır. Çünkü bu durum kadınları kontrol eden, ayda bir görülen ve onları “çılgına” çeviren bir durum olarak tasvir edilir (Figert 2005). Berber ve Karaöz (2005)'ün yaptığı çalışmada öğrencilerin premenstrual sendromu doğal olarak kabul ettikleri belirtilmiştir.

1.3.9. İlaç Dışı Tedaviler

(a) Eğitim, destek: Çoğu hastada değerlendirme formlarını bile doldururken belirtilerde rahatlama gözlenmektedir. Menstruasyon belirtilerine karşı hastayı bilinçlendirmek birçok hafif ya da orta şiddetteki olgularda düzelme sağlayabilir (Karadağ 2001).

(b) Aileyi bilgilendirme: Menstruasyon ve bu dönemdeki şikâyetlerle baş etme konularında genç kızların ergenlik döneminden itibaren bilgilendirilmesi, bu konuda orta öğretimdeki kız öğrencilere eğitim verilmesi ve özellikle sağlık dersinde bu konular üzerinde durulması gerekmektedir (Gürel ve ark 1998, Taşcı 2006).

(c) Stresi azaltma: Sosyal desteği düşük seviyede olan kişilerde PMS'nin etkisi şiddetlenir. Menstrual siklus belirtilerinde sosyal destek vermeye dikkat edilmelidir (Haywood ve ark 2007). Stresin azaltılması, yaşam biçimi değişiklikleri, mümkün olduğu kadar sorumlulukların azaltılması ve günün belli bir bölümünün yoga gibi rahatlama tekniklerine ayrılması ile sağlanabilir. Hala birçok kadın azaltamayacakları stres yaşarlar. Çocuklarının ve yaşlı akrabalarının bakım sorumluluğu, ev işleri ve iş hayatı dengelenmelidir (Berek 2004, Gold ve ark 2007).

(d) Yeme alışkanlıklarını düzenleme: PMS’de çikolata, kola, kahve, alkol, nikotin, kırmızı et, şeker ve tuz içeren yiyecekler kısıtlanmalıdır (London ve ark 2003, Connolly 2001). Günde en az sekiz bardak su içilmesi idrar şikâyetlerini de azaltır (Pınar 2007). Kompleks karbonhidrat alması önerilir (Pearlstein ve Steiner 2008). Yeşil sebzeler tüketilmeli, diyetle kalsiyum, magnezyum ve vitamin E içeren yiyecekler bulunmalıdır (Karanisanoğlu 1996, Pınar 2007, Gold ve ark 2007).

(e) Bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar: Rahatlama teknikleri, masaj, sıcak banyo uygulanabilir (Pearlstein ve Steiner 2008, Better Health Channel 2008).

(f) Beden egzersizleri: Aerobik egzersizler, hızlı yürüyüş, jogging, aerobik dans genellikle faydalıdır (London ve ark 2003). Kondüsyon egzersizleri, premenstrual sıvı retansiyonunda etkin bir tedavidir. Bu tür egzersizler, menstruasyon öncesindeki haftada günde en az 30 dakikaya çıkarılmalıdır (Demir ve ark 2006, McKinley Health Center 2005).

(g) Alternatif tedavi: İlaç tedavilerinin yanında bitkisel tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Indusekhar ve ark 2007). Çin’de Çinlilere özgü bitkisel tedavi yöntemiyle yapılan bir çalışmada 861 PMS’li kadından %75.6’sında tamamen iyileşme sağlandığı bildirilmektedir (Chou ve Morse 2005). Aynı şekilde Japonya’nın premenstrual belirtilerin tedavisinde geleneksel yaklaşımlarından biride Kampo (Çok eskiden kalma, geleneksel Çin usulü tedavisi için kullanılan çeşitli ot, iksir ve diğer ilaçları Japonların kendi sistemlerine uygun hale getirerek kullandıkları yöntemin adı) günümüzde batı ülkelerinde de kullanılmaktadır (Gepshtein ve ark 2008). Bunların dışında akupunktur, yoga, meditasyon gibi sık duyulan yöntemlerin yanı sıra bir çok tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Domoney ve ark 2003).

1.3.10. İlaç Tedavisi

(a) Psikotrop ilaçlar: Özellikle serotonin geri alım engelleyicileri en yararlı ilaç grubudur (Karadağ 2001, Wyatt ve ark 2007). Fluoksetin (ortalama 20mg/gün), sertralin (50–150 mg/gün), sitapram (20 mg/gün), paroksetin (20 mg/gün) en fazla çalışma yapılan ilaçlardır (Karadağ 2001). Çalışmalar PMS tedavisinde serotonin geri alım engelleyici ilaçların pozitif etkisini göstermektedir (Connolly 2001, Yonkers 2004). Çoğu olguda adet döngüsünde adetten 7–10 gün öncesi ve adetten 1–2 gün sonrası kesintili uygulama yeterli olmaktadır (Karadağ 2001). Serotonin geri alım engelleyici ilaçların PMS tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır (Aksu 1998, Chou ve Morse 2005, Gepshtein ve ark 2008, Trout ve ark 2008). Ayrıca bu ilaçla birlikte ilave olarak anksiyolitikler ve GnRh analogları kullanılabilir (Aksu 1998).

(b) Hormonal tedaviler: Özellikle deri altı ya da transdermal uygulanan östrojen adet öncesi belirtileri iyileştirmektedir. Sentetik bir androjen olan danazol da hipotalamik hipofizer – ovarian eksenini etkileyerek anovulasyon yaparak tedavi edici etkisini göstermektedir. Gonadotropin salgılatan hormon agonistleri de (leuprolid gibi) danazole benzer etkiyle ovulasyonu durdurarak belirtilerde rahatlatma sağlarlar. Ancak bu son iki grubun uzun süreli kullanımdaki etkileri ve yan etkileri konusu açıklığa kavuşmamıştır (Yonkers ve ark 2008). Gebelik planlamayanlara düşük doz oral kontroseptif verilerek ovulasyon baskılanır, bu da sıklıkla faydalıdır (Scott ve ark 1997, London ve ark 2003). Üç fazlı doğum kontrol haplarının da memelerde hassasiyet ve şişme üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak duygu durum ve iritabilite üzerine etkileri yoktur (Karadağ 2001).

Östrojenin geç luteal safhada uygulanması (adet görme öncesi hormon düşüşünün önüne geçmek için) adet öncesi migreni azaltır. Tek olarak östrojen verilmesi hipertansiyon ve karsinom riski taşır. Bu yüzden döngüsel olarak yanında progesteron uygulanmalıdır. Progesteron PMS belirtileri üzerinde uyarıcı etki yapabilir ve böylece östrojenin etkinliğini azaltır. Her ne kadar PMS tedavisinde gebeliği önleyici ilaçlar reçete edilse de, bu ilaçların sürekli olarak etkin oldukları kanıtlanamamıştır (Dickerson ve ark 2003).

(c) Vitamin ve mineraller: Pridoksin, kalsiyum, magnezyum ve E vitamini verilmesi ile rahatlayan olgular bildirilmiştir (Karadağ 2001). B kompleks vitaminler, özellikle B6 vitamini önerilmektedir. Meme hassasiyetini azaltmada vitamin E desteği yardımcı olur (London ve ark 2003, Nutrition Action Healthletter 2001). Vitamin D ve kalsiyum kombinasyonlarının da PMS’de etkili olduğu bildirilmiştir (Aksu 1998). Magnezyum günlük 200-400 mg, kalsiyum 1200 mg, E vitamini günlük 400 IU önerilmektedir (Dickerson ve ark 2003, McKinley Health Center 2005).

(d) Diüretikler: Adet öncesi sıvı tutulumu için yararlı olabilirler. Spironolakton ve tiazid grubu diüretikler yararlı olabilir. Duygu durum belirtileri olan ödemli kadınlarda duygu durum belirtilerini düzeltirken, duygu durum belirtileri olup ödemi olmayan kadınlarda ise bu belirtileri etkilemedikleri gösterilmiştir.

(e) Prostaglandin inhibitörleri: Prostaglandin inhibitörleri önerilmektedir (London ve ark 2003). Pelvik ağrı, baş ağrısı ve krampları önlerler. Ancak duygu durum belirtilerine etkileri yoktur.

(f) Diğer ajanlar: Beta blokerler (atenolol ve klonidin) anksiyete, depresyon ve iritabilite belirtilerini düzeltirken, naltrekson ise bu duygu durum belirtileri yanı sıra ödem ve baş ağrılarını da geçirebilirler. Adet öncesi mastalji için bromokriptin önerilmektedir (Karadağ 2001).

1.3.11. Cerrahi Yöntemler

Cerrahi yöntem kullanılarak ovulasyon durdurulur (Pearlstein ve Steiner 2008). Ameliyat, prensip olarak histerektomi artı ikili ooferektomi yöntemleri (Indusekhar ve ark 2007) halen tartışmalıdır. Çünkü bunlar geri döndürülemez ve ciddi riskler taşımaktadırlar. Ameliyat ancak diğer terapilere yanıt vermeyen hastalarda düşünülebilir ve ameliyat gerektirecek boyutta jinekolojik problemlerin bulunması gerekir (Dickerson ve ark 2003).

1.3.12. PMS’de Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşire PMS ile baş edebilmede yardımcı olacak kilit kişidir. PMS ile baş etmede grup danışmanlığı ya da bireysel danışmanlık yapabilir. Hafif vakalar cesaret verici konuşmalara bile cevap verebilir (Taşkın 2005). İlk başvurulacak yol olan analjezik kullanımından önce, genç kızlar menstrual şikayetlerle baş etme, gevşeme yöntemlerini (düzenli egzersiz, beslenmenin düzenlenmesi, stresle baş etme yolları vb) uygulamaları konusunda desteklenmelidirler (Taşcı 2006). Hemşireler PMS ile ilgili araştırmalarda önemli bir role sahiptirler, kadınların PMS’nin etkilerini doğru anlamalarını sağlamalıdır (Taylor ve ark 2008).

PMS’ de hemşirelik yaklaşımında amaçlar aşağıda yer almaktadır (Coşkun ve ark 1996):

- Premenstrual gerilim olan kadınları tanımak ve belirtileri değerlendirmek.
- PMS’nin etkisini en aza indirmek ve önlemek için kadının kendi kendine bakımını desteklemek ve cesaretlendirmek.
- PMS’li kadının eğitilmesinde ve destek gruplarına katılmasında yardımcı olmak, rehberlik etmek.

1.3.13. Hemşirelik Tanısı

Hemşireler PMS ile ilgili olarak birçok sorunla karşı karşıya kalabilir. Belirlenen sorunlar ve giderilmesindeki planlanan uygulamalar aşağıda yer almaktadır (Coşkun ve ark 1996).

1.3.13.1. Hemşirenin belirlediği sorunlar

- (a) Menstruasyonun fizyoloji ve psikolojisi ile ilgili bilgi eksikliği,
- (b) Menstruasyona karşı olumsuz tutum,
- (c) Rahatsızlık belirtileri – ağrı,
- (d) Beslenmede değişimler, vücudun ihtiyacından fazla tuz alınması,
- (e) PMS belirtileri ve stres ile başa çıkmada yetersiz kalma,
- (f) PMS belirtilerinin ailede iletişim üzerindeki olumsuz etkileri ile başa çıkmada yetersiz kalma,
- (g) Seksüel disfonksiyondur.

1.3.13.2. Planlanan/uygulanan hemşirelik girişimleri

- (a) Kadına menstruasyon fizyoloji ve psikolojisi öğretilir.
- (b) Menstruasyonun normal kadınlık özelliklerinden birisi olduğu hakkında eğitim ve danışmanlık yapılır.
- (c) Olumlu tutum geliştirme ve sosyal davranış tiplerini düzeltmek için kadın grup terapisine yönlendirilir.
- (d) Ağrı için kuru/yaş sıcak uygulama yapılır.
- (e) Gevşeme teknikleri öğretilir (Stresi gidermek için).
- (f) Düzenli egzersizler yapması öğütlenir.
- (g) Besinlerle tuz, kafein alınımları kısıtlanır ve doğal diüretiklerin (greyfurt vb.) alınması teşvik edilir. Proteinden zengin ve kompleks karbonhidrattan oluşan diyet önerilir.
- (h) PMS belirtilerinin giderilmesi sağlanır.
- (i) PMS nedenleri, belirtileri ve tedavi yöntemleri hakkında kadın ve ailesi etkin iletişim teknikleri kullanılarak eğitilir ve danışmanlık yapılır.
- (j) Cinsel sorunların çözümü hakkında eğitim ve danışmanlık yapılır.

1.3.13.3. Değerlendirme

Kadının menstruasyon, premenstrual gerilim hakkında bilgi sahibi olduğu, menstruasyona karşı olumlu tutum sergilediği, ağrı ve krampların azaldığı, PMS belirtileri ile başa çıkmada yeni davranış şekilleri geliştirdiği, beslenmesini önerildiği gibi düzenlediği, doyumlu seksüel ilişki yaşadığı zaman hemşirelik bakımı hedefine ulaşmış olacaktır (Coşkun ve ark 1996).

1.3.14. Yaşam Biçimi

Yaşam biçimi, basitçe her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıklar sağlığımızı olumlu veya olumsuz olarak etkiler. İnsanları hastalanmaktan korumak için sağlıklı beslenme (az tuz, şeker vb.), düzenli fizik egzersiz, sigara ve alkol içmeme, aşırı yorgunluk ve strese kaçınma, günde 7-8 saat uyuma ve çevreyi sağlığa uygun hale getirme gibi çeşitli uygulamalar vardır. Yıldırım (2005) tarafından bildirildiğine göre; Wingard ve arkadaşları uzun ve sağlıklı yaşamak için şunların yapılmasının yararlı olacağını vurgulamıştır:

1. Arada atıştırma olmaksızın günde üç öğün düzenli yemek yeme,
2. Her gün kahvaltı yapma,
3. Haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz (uzun yürüyüşler, bisiklete binme, yüzme, bahçe işleri vb.) yapma,
4. Gece 7–8 saat uyku uyuma,
5. Normal vücut ağırlığında olma,
6. Sigara kullanmama,
7. Alkol kullanmama veya orta düzeyde kullanma.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Koçoğlu (2006) tarafından bildirildiğine göre; Pender sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu, sağlığı geliştiren

davranışların bireyin iyilik düzeyini artırarak, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerdiğini ve sağlıklı yaşam biçiminin, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermek olduğunu vurgulamıştır. Bahar ve ark (2008) tarafından bildirildiğine göre; Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olduğunu vurgulamıştır.

Bireyin yaşam tarzının pek çok hastalığın nedeninde önemli rol oynadığı ve mortalite oranları üzerinde etkili olduğu hakkında oldukça iyi epidemiyolojik kanıtlar mevcuttur (Koçoğlu 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ 2003)'ne göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-75'inin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Pasinlioğlu ve Gözümlü (1998) tarafından bildirildiğine göre, Wildavsky tıbbi sistemin mortalite ve morbidite gibi sağlık göstergelerinin üzerindeki etkisinin ancak %10 olduğunu, bu göstergelerdeki değişimin %90'ının ise bireysel yaşam tarzı, hava ve su kalitesi gibi fiziksel çevreden etkilendiğini vurgulamıştır.

DSÖ (2003)'ne göre günlük yaşamın hızlı döngüsü tehlikeler getirmektedir. Bu tehlikeler; hareketsiz yaşam, kaloriden zengin veya hastalık yapan diyetler, kolesterol, tuz, sigara ve bozulmuş çevre, hava kirliliği, kimyasal veya biyolojik ajanlara maruz kalma, toprak ve suyun kirlenmesi, sağlıksız koşullarda hazırlanan gıdalardır. DSÖ (2003) sağlıklı beslenme, egzersiz yapma ve sigara kullanmama ile bağlantılı sağlıklı yaşam şeklini teşvik eden, çocuk ve gençlerin sağlıklı gelişimini vurgulayan sürekli ulusal kampanyalar düzenlemektedir.

1.3.15. PMS ile İlgili Yapılmış Bazı Araştırmalar

Premenstrual belirtilerin ve PMS prevalansını ortaya koymak, sendromun tanımlanmasında fikir birliğinin olmayışı, premenstrual belirtilerin sendromal bir durumdan ayırt edilmesindeki yetersizlik ve prevalans oranlarının belirlenmesinin retrospektif teşhislere dayandırılması sebepleri ile zor olmaktadır (Müderriş ve ark 1999).

Belirti sayısının fazlalığı, şiddetinin belirlenmesindeki güçlükler, bağlantılı olduğu diğer psikiyatrik durumlar nedeniyle henüz açıklığa kavuşmamış sorularla yüklü bir tablo olma özelliğini taşıyan PMS ve PDB'yi değerlendirmek için 60 civarında ölçek geliştirilmiştir, ancak henüz bir “altın standart” yoktur. Araştırmalar geriye dönük (retrospektif) olarak tanı konan durumların yaklaşık yarısının ileriye dönük ölçeklerle doğrulandığını göstermiştir (Polat ve Yücel 2004).

ABD'deki bir çalışmada, zenci kadınların %29'u, beyaz kadınların %31'inde en az bir premenstrual belirti olduğu gösterilmiştir. ABD'deki bir diğer çalışmada ise kadınların %95'inde en az bir olumsuz belirti saptanmıştır (Scott ve ark 1997). Demir ve ark (2006) tarafından bildirildiğine göre; DSÖ 1981'de 14 değişik kültürel grupta ve 5000'den fazla kadında yaptığı bir çalışmada, tüm kültürlerdeki kadınlarda premenstrual fiziksel rahatsızlık %55–70, olumsuz duygulanım değişiklikleri ise %23-70 arasında bulunduğunu vurgulamıştır. Premenstrual belirtilerin prevalansı değişik çalışmalarda çok büyük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık araştırmalarda kullanılan ölçeklerin standart olmaması ile ilgili olabileceği gibi araştırma gruplarında yer alan kadınların yaş, medeni durum, ırk gibi özelliklerinin birbirinden farklı olması ile de açıklanabilir (Demir ve ark 2006).

Tortumluoğlu ve ark (2007)'nin Başaran Gençdoğan'a ait PMS Ölçeği'ni kullanarak öğrencilerle yaptıkları bir çalışmada PMS prevalansı %67.5 bulunmuştur. İnce (2001) öğrencilerle yaptığı bir araştırmada da PMS sıklığı %42.7 olarak bulmuştur. Geniş örneklemelerde yapılan çalışmalarda PDB yaygınlığının ise %1–8 oranlarında değiştiği görülmektedir (Adıgüzel ve ark 2007). PMS belirtilerinin oral kontraseptif kullanımı, yaş ve gebelik sayısı gibi değişkenlerle ilişkisi değerlendirildiğinde kesin yargılara ulaşmak olanaklı değildir. Türkiye'de toplum örnekleminde PMS ve/veya PDB yaygınlığını araştıran çalışmalarda PMS yaygınlığı %5.9–76 arasında, PDB yaygınlığı ise %4–8 olarak bulunmuştur (Adıgüzel ve ark 2007).

Manisa ilinde yapılan araştırmada sosyo-demografik değişkenler ile PMS riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, PMS riski olan kadınların yaş ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür (Adıgüzel ve ark 2007). Şiddetli PMS belirtileri olan grubun yaş ortalaması $26,9 \pm 7,8$, PMS riski olmayan ya da düşük olan grupta ise $31,2 \pm 7,4$ olarak

bulunmuştur. Aslında tüm kadınlarda adet öncesi dönemde hafif de olsa PMS’de görülen bazı belirtiler bulunabildiğinden, PMS riski açısından sadece belirtilerin şiddetli olarak algılanması koşulu aranmıştır ve bu şekilde değerlendirme yapıldığında PMS tanısı için riskli grubun oranı %6.1 olarak bulunmuştur. PMS tanısı açısından risk grubunda olan kadınların yaş ortalamasının daha düşük olduğu aynı zamanda bekar ve çalışan kadınlarda PMS oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Adıgüzel ve ark 2007). Premenstrual dönemde değişik şiddet ve yoğunlukta çok sayıda belirtinin olduğu saptanmıştır. PMS’de yaklaşık 150 belirti görülebilmektedir (Müderriş ve ark 1999). Güneş ve ark (1997)’nın çalışmasında en sık görülen belirtiler, karında şişlik (%41.4), memelerde hassasiyet (%37.8), sıkıntı-huzursuzluk (%37.8), baş ağrısı (%36.2)’dir.

Demir ve ark (2006)’ının bildirdiğine göre, Musal ve arkadaşları yalnızca ödemin 30 yaş ve üzerinde daha fazla, dermatolojik yakınmaların ise 29 yaş ve altında daha sık olduğunu, diğer belirtilerin yaşla ilişkisinin saptanamadığını vurgulamışlardır. Migren türü baş ağrılarının mensturasyon ve premenstruel gerilim sendromu ile yakın ilişkisi gösterilmiş ve bu konuda fikir birliği sağlanmıştır. Menstrual migren sırasında ilave progesteron verilse dahi migren ortaya çıkmaktadır, buna karşın bu dönemde östrojen yetmezliği veya östrojen progesteron dengesi önemli rol oynamaktadır (Aksu 1998).

PMS, birçok kadında dismenore ile birlikte görülmekte, premenstrual belirtiler menstruasyonun başlamasıyla yerini dismenoreye bırakmaktadır. Demir ve ark (2006)’ı, Tomruk’un çalışmasında hemşirelerin diğer meslek gruplarına göre daha fazla PMS belirtileri yaşadıklarını belirlediğini bildirmişlerdir. Demir ve ark (2006)’nın 254 kadın ile birlikte yaptıkları çalışmada premenstrual belirtilerinden rahatsız olan ve doktora giden kadınlara (%28.8) verilen tedavi şekilleri incelendiğinde; kadınların %22.3’ü verilen tedaviyi uygulamadığını, %44.8’i ise tedavi sonrasında şikâyetlerinde düzelme olmadığını belirtmiştir. Araştırmada diyet ve egzersiz önerisinin sadece beş kişiye verilmiş olduğu belirlenmiştir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran ve premenstrual sendrom yakınması olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacıyla niteliksel yöntem kullanılarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı yer İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'dir. Hastanede araştırmaya dahil edilen kadınların başvurdukları üç tane jinekoloji polikliniği bulunmaktadır. Ayrıca gebelere sadece üçlü test için hizmet veren özel bir jinekoloji polikliniği de mevcuttur. Poliklinikler mesai saatleri içinde hizmet verirken, hafta içi jinekoloji polikliniğinin bir tanesi acil hizmeti de vermektedir. Mesai saatleri dışında saat 15.30'dan sabaha kadar ve hafta sonları 24 saat boyunca hizmet vermektedir. Jinekoloji polikliniğinde bir doktor, bir hemşire veya ebe, bir temizlik personeli, bir tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Burada görev alan kişiler aylık çalışma listesine göre nöbet tutmakta, jinekoloji poliklinikleri dışında gebe polikliniklerinde ya da diğer poliklinik birimlerinde de görev yapmaktadır. Jinekoloji polikliniklerinde, karşılama odası, bir ya da iki jinekoloji masası olan oda, hemşire dinlenme odası ve acil jinekoloji polikliniğine ait Nonstress Test (NST) cihazı vardır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmayla ilgili olarak yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.3.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın Zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	01.05.2007-26.07.2007
Soru formunun oluşturulması	01.06.2007-30.06.2007
İzmir Dr E H Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi’nden izin alınması	18.09.2007
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı ön onayının alınması	21.09.2007
Araştırma verilerinin toplanması	10.03.2008-10.11.2008
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı onayının alınması	27.03.2009

2.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15–49 yaş grubu gebe ve loğusa olmayan tüm kadınlar oluşturmuştur. 2007 yılı istatistiklerine göre bütün Jinekoloji polikliniklerine ilk üç aylık dönemde toplam 12851 kişi başvurmuştur.

2.5. Araştırmanın Örneklemi

Literatürde niteliksel araştırmalara ilişkin, araştırma yeri ve araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına yönelik kesin bir kural belirtilmemektedir (Sülü 2006). Araştırmanın örneklemi, İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlardan premenstrual sendrom ölçeği ile PMS yakınması saptanan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 20 kadın oluşturmuştur. Ölçekten 176 ve üstü puan alanlarla görüşülmesi hedeflenmiştir. Ölçekte sık sık veya sürekli durumları işaretlenerek alınabilecek en düşük puan 176 en yüksek ise 220'dir.

2.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

2.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

Araştırmaya gebe ve loğusa olmayan, düzenli menstruasyon olabilen, sağlıklı iletişim kurabilen, okuma yazma bilen, psikiyatrik bir hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan, kronik bir hastalığı olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar dahil edilmiştir.

2.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

15-49 yaş grubu dışındaki kadınlar, cerrahi ve doğal yolla menopoza girmiş kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

2.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı öncelikle “Odak Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı” , “Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri” isimli kitabı, Ege Üniversitesi Hemşirelik

Yüksekokulu'nun ve Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu'nun düzenlemiş oldukları kurs notlarını detaylı bir biçimde incelemiştir. Araştırmacı kullanılan yöntem ile ilgili yapılmış birçok araştırma ve tez dokümanını inceleme fırsatını bulmuştur (Sarı 2001, Acar ve Sey 2006, Sülü 2006).

2.8. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri üç adet soru formu ile toplanmıştır. Soru formu I; kadına ilişkin sosyo-demografik bilgilerden, soru formu II; premenstrual sendrom ölçeğinden, soru formu III; kadının yaşam biçimine ilişkin sorulardan oluşan görüşme formudur. Soru formu I ve III literatür ışığında araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve gözden geçirilerek görüşme formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

2.8.1. Soru formu

Soru formu I ile kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgiler toplanmıştır. Kadının yaşı, eğitimi, medeni hali, aile tipi, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, eşinin eğitimi, kaç yıllık evli olduğu, mesleği, ilk adet yaşı, gebelik sayısı, çocuğu olup olmadığı ve çocuk sayısına ilişkin bağımsız değişkenleri içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

2.8.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği

PMS Ölçeği DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak geliştirilen ve geçerlik-güvenirliği Gençdoğan tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0.75'tir. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMSÖ'nin uygulanması çok kolaydır. Ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği

gibi, madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki dereceler dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır (Gençdoğan 2006).

Ölçeğin puanlanmasında,

“Hiç”	seçeneği	1 puan,
“Çok az”	seçeneği	2 puan,
“Bazen”	seçeneği	3 puan,
“Sık sık”	seçeneği	4 puan ve
“Sürekli”	seçeneği	5 puan olarak değerlendirilmektedir.

PMSÖ depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik olmak üzere dokuz boyut içermektedir. Ölçeğin toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir. Puan yükseldikçe premenstrual sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

PMSÖ sonuçları değerlendirilirken, toplam ve alt ölçek puanlarından alınabilecek en yüksek puanın %50’sini geçme durumuna göre PMS varlığı değerlendirilmektedir. Toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220 olup bunun %50’si 110 puandır. Bu nedenle 111 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS var demektir. Diğer bir yol ise toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220, en düşük 44’tür. $220-44=176$. Bu değerin %50’si 88’dir. Bunu en düşük puan olan 44’e eklenirse, $44+88=132$ kritik değeri bulunur. Böylece kesme noktası olarak 133 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS var demektir. Birinci yolda biraz daha düşük değerlerle değerlendirme işlemi yapılırken, ikinci yolda tam kesme noktası ile değerlendirme yapılabilir. Yalnız bu kesme noktaları tamamen teoriktir (Gençdoğan 2006). Bu çalışmada Gençdoğan’a ulaşılmış, kendisinden sözlü ve yazılı izin alınmıştır.

2.8.3. Görüşme formu

Soru formu III ise, kadınların yaşam biçimini inceleyecek sorulardan oluşmuştur. Bu form beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumları olmak üzere sekiz ana başlıkta toplanmıştır. Ana başlıkların altında yaşam biçimini ortaya koymaya yönelik sorular vardır. Görüşme formunda araştırmanın tipine uygun olarak niteliksel ve açık uçlu soruların sorulması hedeflenmiştir.

2.9. Ön Uygulama

Soru formu I ve III'ün ön uygulaması PMS yakınması olan 10 kadın üzerinde yapılmış ve sonuçlara göre gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

2.10. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri formları uygulanmadan önce araştırmacı kendini tanıtmış, katılımcılara araştırmanın amacı ve süresi hakkında bilgi vermiştir. Araştırmada öncelikle kadınların araştırma kriterlerine uygun olup olmadığı sözlü olarak sorulup yanıtları alınmıştır. Araştırmaya katılımın gönüllü olacağı ve isterlerse çalışmadan ayrılacakları söylenip yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Veri Formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Kriterlere uyan kadınlarla önce sosyo-demografik verileri içeren soru formu, ardından PMS ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar toplanmış, 176 ve üstü puan alanlardan katılmayı kabul edenlerle görüşme için tarih belirlenmiştir. Araştırma kapsamına dahil edilecek 20 kişi bulununcaya kadar jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlar PMS yönünden taranmıştır.

Soru formu III ise, kadınların yaşam biçimini inceleyecek sorulardan oluşmuştur. Derinlemesine görüşme tekniği uygulanarak yeni bir veri elde edilemeye kadar ses kayıt cihazı ile kadınların yaşam biçimlerine ilişkin veriler toplanmıştır. Görüşmede sorulacak sorular yazılı olarak araştırmacının elinde olması olası unutkanlıkları önlemek adına büyük önem taşımaktadır. Sorular cevaplanırken gözlem yapma fırsatı bulunmuş ve not alma tekniği de uygulanmıştır. Görüşmeler, araştırmacı tarafından aynı düzeyde oturarak ve yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 30-60 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmelerin hangi tarihte yapıldığı, görüşme sayısı ve içeriği raporlanmıştır. Görüşme ortamının derinlemesine görüşmeye uygun, mümkün olduğunca sakin bir yer olmasına dikkat edilmiş ve görüşmeler bu özelliklere uygun hastanenin eğitim odasında yapılmıştır.

2.11. Kullanılan Yöntem

Niteliksel araştırma, kişilerin duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için özel yöntemler kullanan bir araştırma yöntemidir (Debus 2003). Bireylerin yaşam öykülerine, davranışlarına, ilişkilerine, sosyal hareketler ve olaylara ait bilgilerin video, band kaydı, metinler, kelimeler ya da semboller yardımıyla kaydedilerek toplanması yoluyla yapılan araştırma türü olarak tanımlanmaktadır (Sülü 2006).

Niteliksel araştırma keşifle, niceliksel araştırma ise kanıtla ilgilenir. Analiz açısından bakılırsa niteliksel araştırma yorumlayıcı, niceliksel araştırma ise tanımlayıcıdır. Niteliksel araştırmalarda olasılıklı örnekleme yapılmadan genellikle az sayıda kişiyle çalışılır ve kesin sonuçlara varma ya da sonuçların topluma genellenmesi kaygısı güdülmez (Aydın 2003).

Niteliksel araştırmalar, katılımcıların yanıtlarının derinlemesine anlaşılmasına yardım ederken, niceliksel araştırmalar bu yanıtların ölçülmesine yarar. Yapısı gereği, niteliksel araştırmalar objektif, ölçülebilir davranış ve tutumlarla değil, duygusal ve kavramsal yanıtlarla ilgilenir. Niceliksel araştırmalara “duygu” ve “doku” ekler. Niteliksel araştırmalar “neden” sorusunu yanıtlarken niceliksel araştırmalar genellikle “kaç tane” ya da “ne sıklıkla” gibi sorulara yanıt ararlar (Debus 2003).

Nitel veriyi analiz etmek nicel veriyi analiz etmekten daha zordur. Çünkü nicel veriler sayılar biçimindedir, nitel veriler ise cümle, deyim, kelime ya da semboller biçimindedir. Niteliksel araştırma verilerinin analizinde kullanılacak geniş şekilde kabul görmüş bir nitel veri analiz yaklaşımı mevcut değildir. Niteliksel araştırmalar için araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına ilişkin bir kural bulunmamaktadır. Dikkat edilmesi gereken kural artık yeni bir bilgi ortaya çıkmayınca kadar görüşmelerin sürdürülmesidir (Aydın 2003).

Niteliksel araştırma yöntemlerinin kullanılması için birçok neden vardır:

- (a) Maliyet: Genellikle niteliksel araştırmalar niceliksel araştırmalara göre daha ucuza mal olur.
- (b) Zamanlama: Bazı niteliksel yöntemler, özellikle odak gruplar, veri işleme araçları yokluğunda bile hızla analiz edilebilirler.
- (c) Esneklik: Çalışma tasarımı, araştırma sürerken bile değiştirilebilir.
- (d) Hedef nüfus ile dolaysız bağlantı: Niteliksel yöntemler yöneticilere, hedef grupları dolaysız gözleme ve onlarla ilişkilene şansı verirler.
- (f) Teknik donanım: Niteliksel araştırmalar bilgisayar ya da diğer teknik donanımın olmadığı durumlarda bile yürütülebilir (Debus 2003).

Niteliksel araştırmalar genellikle dört şekilde kullanılır: Fikir oluşturmak, niceliksel bir araştırmanın tasarımına yardımcı olmak, niceliksel bir araştırmanın değerlendirilmesine yardımcı olmak ve belirli bir araştırma konusu ile ilgili ilk veri toplama yöntemi olarak kullanılmaktadır (Debus 2003). Niteliksel araştırma yöntemlerinden en çok kullanılan bireysel derinlemesine görüşmeler ve odak grup görüşmeleridir. Araştırmada niteliksel araştırma yöntemlerinden birisi olan “derinlemesine görüşme yöntemi” kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme yönteminde karmaşık ve insanların duyarlı oldukları konuların teke tek görüşülerek derinlemesine incelenmesi mümkündür. Derinlemesine görüşme yöntemi anlaşılmayan konularda açıklama, soru sorma ve tamamlama yapmaya ve kişinin gerçek cevaplar vermesi yönünde özendirilmesine olanak vermektedir. Görüşme sırasında ortaya çıkan yeni durumlara ve bireysel farklara göre görüşmeciye değişiklik yapma olanağı vermesi, esnek oluşu yönünden birçok tekniklere göre daha kullanışlı ve güçlüdür (Sülü 2006).

Görüşme, önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecidir. Görüşme görüşmeciyi, katılımcının zihnindekilerle ilgili çok çabuk yansıtılarda bulunmasını sağlar. Görüşme, konuşma tarzında soru sorma, teşvik edici olma ve geri bildirimde bulunma, görüşme sürecini kontrol etme ve yansız olmalıdır (Yıldırım ve Şimşek 2008, Yurdakul 2008).

Görüşmeci ile yanıtlayan arasında iyi ilişkiler kurulduğu zaman bilgiler doğru ve eksiksiz olarak toplanabilmektedir. Soruları yanıtsız bırakma olasılığı en aza indirilebilmektedir. Derinlemesine görüşme teke tek yapıldığı için başkalarının kişinin vereceği yanıtlar üzerindeki etkisi azalmış olur, böylece birinin ilk aklına gelen, orijinal, doğal ve kendiliğinden yanıtlar alınması mümkün olabilmektedir (Sülü 2006).

Derinlemesine görüşme, görüşmeyi yapan kişiden çok görüşme yapılan kişinin mümkün olduğunca konuşmaya, düşündüklerini açıkça ifade etmeye teşvik edilmesini gerektirir. Bunun için görüşmeyi yapan kişi her sorunun ardından yine aynı soruyla ilgili olan ve içte kalmış duyguları ortaya çıkaracak birkaç soru daha sormak durumunda kalabilir (Gegez 2007).

Derinlemesine görüşmelerin uygun bir şekilde gerçekleşmesi için bazı noktalara dikkat edilmesi gerekmektedir (Gegez 2007):

- (a) Her bir oturum yarım saatle iki saat arasında sürmelidir.
- (b) Rahat bir görüşme ortamının sağlanması önemlidir.
- (c) Katılımcılar özenle seçilmelidir.
- (d) Görüşmeyi yapan kişinin deneyimli olması gerekir (Sağlıklı iletişim kurabilen, empati yeteneği olan ve samimi bir konuşma ortamı yaratabilen).
- (e) Bir teyp veya video kayıt cihazı kullanmalıdır.
- (f) Katılımcıların ödüllendirilmesi gerekir.

2.12. Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nden ve araştırmanın protokolü ile ilgili olarak Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere yazılı ve sözlü olarak bilgi verilip, bireylerden yazılı onam alınmıştır.

2.13. Verilerin Analizi

Soru formu I ve II'de yer alan veriler sayı ile değerlendirilmiştir. Soru formu III ile elde edilen veriler bir hafta içinde deşifre edilip araştırmacı tarafından yazılı rapor haline getirilmiştir. Alınan notlar ve gözlemlerde raporlara eklenmiştir. Görüşmecilerin konuşmaları sınıflandırılarak sekiz ana başlıkta (beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumları) ve sonra kendi aralarında soru-cevap şeklinde ayrıntılı olarak yazılmıştır. Verilen her sorunun cevabı önce kendi içinde, sonra diğer kadınların verdiği cevaplarla karşılaştırılarak analizler yapılmıştır. Toplanan bu verilerin her biri kendine ait ana başlığın altında yorumlanarak son halini almıştır. Verilerin analizi yapılırken başka bir uzmandan da analiz yapması istenmiş, benzerlikler ve farklılıklar belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların bulguları yazılırken kadınların isimleri kullanılmamış ve her biri kodlanarak yazılmıştır.

Verilerin analizine geçmeden önce bu konuda çalışma yapan ve bu araştırma tekniğini öğreten Dokuz Eylül Üniversitesi'ndeki uzmanlardan yardım alınmıştır. Literatür bilgilerinden faydalanılmış ve araştırmanın doğasına en uygun olan betimsel analiz yöntemi seçilmiştir.

2.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma İzmir Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılan 20 kadınla sınırlıdır.

Araştırmaya katılan kadınlardan PMS'nin belirtilerinin görüldüğü premenstrual dönem ile belirtilerin görülmediğı menstruasyon sonrası dönemdeki yaşam biçimi verileri karşılaştırılabilirdi.

3. BULGULAR

Bu bölümde, İzmir Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, jinekoloji polikliniğine başvuran premenstrual sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacı ile yapılan araştırma sonucunda, kadınların tanıtıcı özelliklerine ve yaşam biçimlerine ilişkin elde edilen bulgular sunulmaktadır. PMS yakınmaları olan kadınların tanıtıcı özellikleri ve yaşam biçimleriyle ilgili olarak beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumları olmak üzere bulgular dokuz ana başlıkta sunulmuştur.

3.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguları

Çizelge 3.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N=20)

Yaş	n
18 yaş ve altı	0
19-23 yaş	4
24-29 yaş	5
30-35 yaş	3
35 yaş ve üstü	8
Öğrenim Durumu	
İlk-ortaokul	14
Lise	2
Üniversite ve üzeri	4
Medeni Durum	
Evli	16
Bekar	3
Dul	1
Aile Tipi	
Çekirdek aile	17
Geniş aile	3
Gelir Düzeyi	
Gelir giderden yüksek	2
Gelir gidere denk	9
Gelir giderden az	9
Sosyal Güvence	
Var	19
Yok	1
Meslek	
Çalışan	11
Çalışmayan	9
Evlilik Süresi	
1 yıl ve altı	1
2-5 yıl	5
6-9 yıl	1
10 yıl ve üzeri	9
Evli değil	4

Çizelge 3.2. Kadınların üreme sağlığına ilişkin özelliklerine göre dağılımı (N=20)

İlk Adet Yaşı	n
11 Yaş	1
12 Yaş	3
13 Yaş	6
14 Yaş	8
15 Yaş	1
16 Yaş	1
Gebelik Durumu	
Evet	13
Hayır	7
Çocuk Durumu	
Var	13
Yok	7
Çocuk Sayısı	
Yok	7
1	4
2 ve üzeri	9

Çizelge 3.3. Kadınların PMSÖ'nden aldıkları puanlara göre dağılımı (N=20)

Puan	n
176-180 arası	8
181-190 arası	6
191-200 arası	3
201-210 arası	3

Çizelge 3.1.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların yaş gruplarına bakıldığında sekiz kadının 35 ve üzeri yaş grubunda, beş kadının 24-29 yaş grubunda, dört kadının 19-23 yaş grubunda, üç kadının 30-35 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Kadınların büyük çoğunluğu (n=14) ilk-ortaokul mezunu olup, iki kadın lise mezunu, dört

kadın lisans ve üstü mezunudur. Kadınların medeni durumuna bakıldığında ise, 16 kadın evli, üç kadın bekar, bir kadın ise eşinden boşanmıştır. Aile tipine bakıldığında 17 kadının çekirdek aileye, üç kadının da geniş aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Kadınların ekonomik durumlarına bakıldığında kadınların yarısına yakınının (n=9) geliri gidere denk ve yine dokuz kadının da geliri giderden az olduğu belirlenip sadece iki kadının ekonomik durumunun geliri giderden yüksek olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvence durumuna bakıldığında 12 kadın SSK'lı, üç kadının emekli sandığı ve diğer üç kadının da Bağ-Kur'lu olduğu ve sadece bir kadının sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir.

Mesleklerine bakıldığında dokuz kadın ev hanımı, beş kadın memur-işçi, beş kadın serbest meslek sahibi olup, sadece bir kadın öğrencidir. Kadınların evlilik süresi incelendiğinde 10 yıl ve üstü evli olan dokuz kadın, iki ve beş yıl evli olan beş kadın, altı ve dokuz yıl evli olan bir kadın olup bir yılın altında evliliği olan ise sadece bir kadındır.

Çizelge 3.2.'de gösterilen kadınların üreme sağlığına ilişkin özelliklerine bakıldığında, sekiz kadın 14 yaşında, altı kadın 13 yaşında, üç kadın ise 12 yaşında ilk adetini olmuştur. Gebelik geçirip geçirmediğine bakıldığında kadınların çoğu (n=13) gebelik geçirmiş, yedi kadın ise gebelik geçirmemiştir. Kadınların sahip olduğu çocuk sayısına bakıldığında, dokuz kadın iki ve üstü çocuğa, dört kadının bir çocuğa, yedi kadının da çocukları olmadığı belirlenmiştir. Kadınların PMSÖ'nden aldıkları puanlara bakıldığında, sekiz kişinin 176-180 arasında puan aldığı, altı kişinin 181-190 arasında puan aldığı, üç kişinin 191-200 arasında puan aldığı ve diğer üç kişinin de 201-210 arasında puan aldığı tespit edilmiştir.

3.2. Kadınların Beslenme Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların beslenme durumlarının belirlenmesine yönelik sorulara verdikleri yanıtların analizleri yapılmış ve aşağıdaki başlıklarda toplanmıştır.

3.2.1. Sizin için yemek yemek neyi ifade ediyor? diye sorulduğunda katılımcı kadınlardan çok farklı yanıtlar alınmıştır. Görüşme yapılan kadınlardan bazıları ayakta durmak (n=4), karnımı doyurmak (n=4), bir şey ifade etmiyor (n=3), önemli değil (n=2), mutluluk (n=2), zorunluluk (n=2), ihtiyaç ve gereksinim (n=2) olarak ifade etmiştir. Kadınlar bu konudaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir.

“Bir sene önceye kadar çok şeyi ifade ediyordu... zaten ağzım hiç boş durmaz sürekli yiyorum diyebilirim... yiyorum ve kilo almıyorum... son zamanlarda çok sık hastalanmaya başladım, bu yüzden iştahım sık sık kesiliyor... ayakta durabilmek için yemek yiyorum son zamanlarda (geçen kıştan beri)” (K12, 22 yaş)

“Karnımı doyurmak... zaten o kadar çok yemek te yemiyorum ben. İnsanlar bir şeyler yemezse ayakta duramaz ki bayılır” (K7, 20 yaş)

“Bilmem yemek yemeği çok seviyorum. Kilomdan belli değil mi, aslında daha çok kahvaltı türü şeyleri seviyorum, hani yemek benim için önemli değil. Ne yediğim ne yemediğim hiç önemli değil” (K4, 38 yaş)

“Yemek yemek aslında karnımı doyuracağım bir şey, nasıl anlatayım. Pek de önemli değil açıkçası ne olduğu, karnımı doyurayım yeter gibi düşünüyorum. Seçici bir yapım yok, ne olsa yerim” (K9, 24 yaş)

“Pek fazla bir şey ifade etmiyor. İhtiyaç, onun dışında kalkayım da kendime şöyle bir sofraya hazırlayayım, özeneyim yoktur. Pratik olarak bu öğünü atlatayım o kadar... karnımı doyurayım bir nevi ayakta durayım, yaşamaya çalışayım” (K8, 41 yaş)

“Sadece doymak. Yemek benim için çok şey ifade etmiyor... yaşamak için yemek yemek” (K6, 34 yaş)

“Beslenmek vitamin almak, çünkü ben çok vitaminsiz kalan bir insanım... bazen iştahım çok açık oluyor, bazen hiç iştahım olmuyor, hiç yemek yiyişim gelmiyor” (K19, 25 yaş)

“Zamanı geldiği için yemek yemek zorundayız, diye düşünüyorum. Hem de bir alışkanlıktır... açlığımı gidermek için” (K16, 22 yaş)

“Sağlıklı olmayı, enerjik olmayı, gün içinde harcayacağım enerji ve kalori miktarını yiyecek besinlerle almayı ifade ediyor” (K2, 29 yaş)

“İnsan kendini boşlukta hissettiği zaman yemeğe saldırıyor bence” (K13, 43 yaş)

3.2.2. Günde kaç öğün beslenirsiniz? diye sorulduğunda görüşme yapılan kadınlardan bazıları (n=6) üç öğün, kadınların yarısı da (n=10) iki öğün (Bu kadınlardan beş kişi iki öğün dışında bazen öğün sayılarının arttığını, atıştırdıklarını belirtmiştir), bazıları da (n=4) beş ve beşten fazla öğünü olduğunu ifade etmiştir. İki öğünden fazla beslenen kadınlardan bazıları (n=4) arada ekmek arası yediklerini, birkaç katılımcı ise (n=2) abur cubur yediklerini ifade etmiştir. Kadınlar yedikleri öğün sayısına ilişkin ifadelerini şu şekilde belirtmiştir.

“Çok, hiç saymamıştım ama yeri geldiğinde dört beş kere oluyor, altı kere oluyor... genel olarak ekmek arası falan yapıyorum. Oturup ta sofraya kurmuyorum... öğün falan hiç yapmıyorum. Acıktım mı ekmek arası yapıyorum... ekseriyetle ekmek arası çok seviyorum” (K13, 43 yaş)

“İştahım bazen kapanıyor. Kahvaltımı yaparım ama geç yaparım... bazen akşama kadar yemem... iş bulmak hiç kolay değil. Bazen işten ayrılıyordum, kolay kolay iş bulamıyorduk, iş buluncaya kadar evde kalıyordum. Bu sefer strese giriyordum... bunlar benim beslenmemi çok etkiliyor” (K20, 20 yaş)

“İki kere... yemek yiyorum. Onun dışında abur cubur yiyorum, yemek yeme alışkanlığım yok, abur cubur yiyorum ya da meyve veya büyük çikolatalı gofret, çay yapıyorsam yanında bisküvi, onun dışında bir şey değil” (K15, 25 yaş)

“Belli olmuyor, bazen iki öğün besleniyorum, bazen sık yiyorum. Yemek yemiyorum, abur cubur yiyorum, o şekilde besleniyorum, bazen de kontrol edemediğim aşırı iştah oluyor onu anlayamıyorum... öğleden sonra dört gibi falan kahvaltılık hazırlarım kendime. Yani yemekle pek aram yok, mesela diyelim ki bir hafta geçer aradan belki öyle özlerim böyle sulu yemekler pilavdır o tür sulu yemekler, yoksa onun dışında hafif besleniyorum” (K8, 41 yaş)

3.2.3. Sabahları düzenli kahvaltı eder misiniz? diye sorulduğunda araştırmaya katılan kadınlardan çoğu (n=17) düzenli kahvaltı ettiğini, üç kişi bazen kahvaltı edemediğini, düzenli kahvaltı edenlerden biri de dört aydır düzenli kahvaltı yapmaya başladığını ifade etmiştir. Aşağıda bu konuyla ilgili olarak kadınlar düşüncelerini şöyle dile getirmiştir.

“Çocuklarım sayesinde evde ediyorum. İşyerinde de işte arkadaşlarla mecburen yapıyorum” (K6, 34 yaş)

“Hayır kahvaltı etmem. Uyanma saatim belli olmadığı için kaçta uyanırsam ya da eşim kaçta işten gelirse o saatte ederim. Bazen kahvaltı etmediğim olur bazen öğle yemeği geçtiği de olur. Diyet yaparsam öğlen iki üç civarı yemek yediğim de oluyor” (K16, 22 yaş)

3.2.4. Kahvaltınız neleri içerir? diye sorulduğunda kadınların büyük çoğunluğunun (n=16) kahvaltıya yönelik yiyecekler yediği ve bu kişilerden bazı kadınların sabahları kahvaltının yanında et (n=2) veya sucuk (n=2) yediği ve bazı kadınların ise yetersiz ve dengesiz şekilde (n=4) kahvaltı ettiği belirlenmiştir.

Katılımcılardan kahvaltıda yetersiz beslenen Bayan K9 sabahları simit ve çay yediğini, Bayan K8 sabahları çoğunlukla pekmez ve çay ile kahvaltı ettiğini, Bayan K13 de sabah kahvaltısında peynir ve yağ yediğini ifade etmiştir. Görüşmeye katılan Bayan K3 konuyla ilgili yaşadıklarını şu şekilde ifade etmiştir.

“Karaciğer dalak beslenmesi yapıyorum. Sabahları çok kızartıp yerim. Çorba mutlaka olur... yani ayıptır (gülüyor) demesi bir lokanta gibi isteyen her şeyini alabilir... çay zaten o bizim için çok önemli, günde... herkes iki üç içerse bizim demlik yerden (semaver) kalkmaz” (K3, 48 yaş)

3.2.5. Düzenli yediğiniz besin grupları var mı? diye sorulduğunda kadınların yarısına yakını meyve yediğini (n=8), kadınların çoğunluğu her gün olmasa da sebze yediğini (n=12) belirtmiştir. Kadınların yarısından fazlası beyaz et (n=15) tüketmektedirler ve yedi kadın da yeterli olmasa da kalsiyum açısından süt ve süt ürünleri tüketmektedir. Kadınların bazıları (n=4) yemek olarak pilav ve makarna ağırlıklı beslendiğini, et yemediğini (n=9), iki kişi de düzenli yemek yemediğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar bu konudaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir.

“Sürekli yemek yemem, yani yemek yapılmış olsa bile ben önünden kalkar kahvaltılık yerim. Peynirle ekmek yerim. Yemek yemek istemiyorum... sebze kayınpederden dolayı yapıldığı için yiyorum. Yoksa ben kendim için yapmam” (K16, 22 yaş)

“Karbonhidratları çok tüketiyorum. Makarna ve nişasta türü şeyleri, tatlıyı çok yiyorum. Bütün sebzeleri yiyorum ben... kırmızı eti sevmiyorum... kızartmaları tercih ediyorum, Yağlı olmadığı sürece her çeşit yerim ama öyle haşlanmış sebzeler falan, garnitür falan, o tarz şeyler pek tüketmiyorum. Hoşuma gitmiyor. Meyve çok sık yemiyorum, önüme gelirse, aramıyorum. Yemediğim zamanlar oluyor” (K12, 22 yaş)

“Kırmızı et çok sevmiyorum, bayramdan bayrama yiyorum, sevmediğim için beyaz eti haftada bir veya iki kez yiyorum. Meyveyi ben her gün yiyorum çok sevdiğim için sebze de yiyorum” (K15, 25 yaş)

“Düzenli olarak... mesela sebze yemekleri çok yiyorum... et ile fazla aram yok... bir haftada hiç yemediğim de oluyor, balığı 10 günde bir mutlaka yerim... sebze türü yeşillik, meyve o tür şeyleri çok seviyorum” (K19, 25 yaş)

“Dikkat ediyoruz balık yemeğe. Onun dışında sebze zaten biz doğuluyuz sebze tüketemiyoruz. Alışmadığımız için çocukluktan gelen bir şey galiba çok fazla sebze yemiyoruz yani en fazla iki, hiç yemediğimiz zamanlarda oluyor... meyveyi çok seviyoruz, her akşam yiyoruz” (K17, 42 yaş)

3.2.5. Adet öncesi ilginizi çeken, alımını arttırdığınız besinler nelerdir? diye sorulduğunda kadınların tamamına yakını (n=17) tatlı içeren yiyecekler yediğini, bunlara ilaveten farklı yiyecek ve içeceklere de ilgi duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca adet öncesi kadınlardan biri kahve içtiğini, kuruyemiş ve sulu meyve tükettiğini (n=1), iki kişiden biri tatlının yanında kola da tükettiğini (n=2), bir kişi de tatlı dışında et ve bol su ihtiyacı (n=2) hissettiğini, yine tatlıya ilaveten bir kişi de turşu yediğini (n=1) ifade etmiştir. Tatlı olarak çikolata yiyen kadınlar katılımcıların hemen hemen yarısı (n=9) kadardır. Görüşme yapılan kadınlar yaşadıklarını şöyle dile getirmiştir.

“Abur cubura sararım, sürekli açlık hissi oluşur bende... kola çok içerim, içim yanar. Çikolata, meyve aslında ne bulursam onu yiyorum sürekli bir boşluk hissediyorum” (K15, 25 yaş)

“Mesela bal, bir kaşık aldığım zaman su içmem gerekiyor ama adetim yakınlığı an yani kaşık kaşık yiyebilirim o derece oluyorum” (K19, 25 yaş)

“Mutlaka tatlı, çikolata falan değil... böyle baklavaydı o tür tatlılar ciddi şekilde alıyorum yani. Hiç bir şey bulamasam pekmez... bal varsa onu atıştırıyorum. Baklava alıncaya kadar böyle kriz halinde mutlaka yiyorum yani yıllardır bu böyle” (K5, 42 yaş)

“Adet öncesi tatlı yerim. O gün hasta olacağımı tahmin ediyorum” (K7, 20 yaş)

“İnsanlar tatlı ister ama benimki biraz farklı oluyor. Tuzlu şeyler ve bol su ihtiyacım olur. Genelde kırmızı et hani böyle ızgara türü şeyleri canım çok çekiyor. Arıyorum da, hatta alıyorum” (K14, 29 yaş)

“Tatlı bir şey mutlaka yemem gerekiyordu yedim ve sonra hasta oldum sanırım çok psikolojik bir şey” (K2, 29 yaş)

“Özellikle canım adet öncesi çok tatlı ister. Kan şekerimiz düşüyor herhalde bilmiyoruz artık. Kendimi bildim bileli tatlıyı çok severim. O zamanlarda da canım çok ister, çok yerim. Özellikle şeker, tatlı şeyler” (K20, 20 yaş)

3.3. Kadınların Spor / Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların sporla ilgili olarak verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.3.1. Yaşantınızda sporun önemi nedir, egzersiz yapar mısınız? diye sorulduğunda kadınların hepsi (n=20) sporun önemli ve sağlık için gerekliliğine inandıklarını, ancak katılımcıların yarısına yakını (n=8) hiçbir şekilde egzersiz yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Düzenli egzersiz yapmayanlarla birlikte bu sayı kadınların çoğunluğunu (n=12) oluşturmaktadır. Egzersiz yapmama nedeni olarak kadınların bazıları (n=3) çocuk yüzünden, bazıları (n=3) sağlık problemlerinden dolayı ve bazı kadınlarda (n=4) aile ve çevre etkisi ile egzersiz yapamadıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların bir kısmı (n=7) hemen hemen her gün yürüyüş yapmaya çalıştığını, bazı kadınlar ise (n=4) ara sıra vücut hareketleri yaptığını ifade etmiştir. Katılımcılardan sadece bir kişi profesyonel yardım alarak düzenli spor salonuna gittiğini belirtmiştir. Egzersiz yapma sıklığına bakıldığında, katılımcı kadınlardan bazıları haftada 3 ve üzeri egzersiz yapmakta (n=6), bir kadın haftada, bazen bir iki kez egzersiz yapmakta, birkaç kadın ise gideceği yer olduğu zaman (n=3), denk geldiği zaman (n=2) ya da hava durumuna göre (n=2) egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir. Görüşmeye katılan kadınlar egzersiz ile ilgili yaptıklarını şu şekilde ifade etmişlerdir.

“Oturduğum ortam müsait olmadığı için yapmıyorum. Evde aile var, rahat edemiyorum. Evlilikte beşinci yıla girdim. Sadece burada bir kere yürüyüşe gittim bir daha da gitmedim... spor burada yok, kızken vardı bir sene kadar... bence spor sağlık demektir. Çoğu insanı görüyoruz, spor yapmıyor, aşırı kilo alıyor, strese giriyor, bende yapmadığım için stresliyim burada. Bir de büyük ailede oturduğum için aşırı stresliyim, kendi kayınpederim büyük olduğu için, evin şu an içinde tek gelin ben varım” (K16, 22 yaş)

“İstiyorum spor yapayım ama benim oturduğum ortam spora pek uygun bir yerde değil. Çok yokuş olduğu için insan çıkamıyor, çıktığın zaman da zaten sağlık için elverişli olmadığı için gidemiyorum. Spor yapmayı çok seviyorum. Sağlık için çok önem veriyorum ama dediğim gibi” (K11, 30 yaş)

“Aslında ilgiliyim ama olmuyor. Ne bileyim, yaşadığım çevremdeki insanlar bazen onaylamıyor çevremizde o kadar şey değil, örneğin güzel bir yürüyüş alanımız yok... deniz kenarına gitmemiz lazım, orası müsait ama orası da bize çok uzak geliyor, gidemiyoruz bir ara eşimle birlikte yani eşim gece çalışıyordu gündüzleri evdeydi... sabah erkenden parka gidiyordum, yürüyüş yapardım. Evlenmeden önce evde televizyonda gördüğümüz şeyleri jimnastik hareketleri falan yapardık” (K20, 20 yaş)

“Yürüyüş yapmayı çok seviyorum, hatta en yakın mesafeleri bile 1 km, 2 km her sabah yürüyorum. Çoğunlukla bir otobüsle gideceğim yere yürüyerek gidip geliyorum... çok mutlu oluyorum spor yapınca ama olmuyor. İşte eşim müsaade etmiyor kimle yürürüm, nerede yürürüm, nasıl yürürüm bir sürü soru. Bırakmak zorunda kalıyorum. Oturduğumuz yerler de müsait değil yürüyüş yapmak için böyle çok kenar mahalle, çıkıp ta eşofman giyip yürüyemiyorsun” (K17, 42 yaş)

“Önceden okuldayken koşucuydum koşuyordum... evlendiğim için yapamadım... hamilelik zamanı eşimle hep yürürdük. Üç sene oldu evleneli... hepimizin spor yapması lazım. Çünkü insan spor yapınca kendini daha rahat hissediyor. Zannediyorlar ki evde bulaşık yıkıyorlar, yerleri siliyorlar, spor yapıyorlar, zannediyorlar. Aslında o spor yapmak değil, dışarı çıkıp koşman ya da en az 20 dakika ya da yürüyebildiğin kadar yürümen

lazım. Genellikle egzersizi televizyondaki kanallarda yapıyorlar o zaman görüp... ben de yaparım, 10-15 dakika kadar öyle çok uzun yapmıyorum” (K7, 20 yaş)

“İlgiliyim ama yapamıyorum. Bence yapılabilir en uygun egzersiz yürüyüş” (K12, 22 yaş)

“Vaktim yok ki, spor yapamıyorum. Bilmem belki sağlık açısından çok önemlidir aslında yapsam yapamıyorum, zamanım yok. Çünkü çocuklarım küçük, ancak eve gidiyorum, yemek hazırlıyorum, bulaşıkla zaten nakavt. Önceden yapıyordum sabah beşte kalktığım için koşa koşa işe geliyorum. Bir seneyi geçti, önceden sınav falan çekiyordum, yere yatıp kalkıyordum” (K4, 38 yaş)

“Bir dönem yaptım. O da yapmak zorunda olduğum için yaptım. Çünkü bende bel fıtığı var. Fiziğe gittim, bayağı bir şiddetli ağrılarım var, egzersiz vermişti. Sporla ilgili değilim ama hemen hemen her gün yaptığım koşuşturmaca spor sayılır. Çok hareketli bir insanım kolum, bacağım, her yanımla sürekli hareket halindeyim. O yüzden de yediğim şeyleri hemen çok çabuk eriten bir insanım, fazla kilo almıyorum... ekstra bir spora gerek yok zaten... sağlık açısından mesela ben isterim yani birazda güzellik açısından... hem vücudum sıkılsın, hem yani sağlığım düzgün olsun bu açıdan spor yapmak isterim ama öyle bir avantajım yok” (K19, 25 yaş)

“İş çıkışından sonra her akşam değil ama gün aşırı gidiyorum. Evimin orda spor salonu var o yüzden güzel düzenli bir şekilde gidebiliyorum... kendimi dinç hissediyorum, spordan sonra faydasını görüyorum” (K14, 29 yaş)

“Sporla ilgili olarak çok yürüyüş yaparım. Başka bir şey yapmam. Her gün düzenli yürüyüş yapıyorum şöyle iki kilometre yok. Yürüyüş yaptığım zaman diz kapaklarında çok kısırtılar duyuyorum... düzenli yürüdüğüm zamanlar o kısırtı sesleri ve ağrısı da kesiliyor. İnsan yemek yedikten sonra yürüyüş yaptığı zaman rahatlıyor. Egzersiz sağlık açısından çok önemli, ben uygulamam ayrı” (K3, 48 yaş)

“Hiç spor yapmamışım. Sağlık diyorlar ama şimdi ben biraz egzersiz yaptım bel fıtığım var diye onu da iptal ettim, bir daha da hiç ilgilenmedim bıraktım” (K13, 43 yaş)

“Çok fazla spor yapmıyorum. Zaten zayıf bir insan olduğum için sadece ara sıra yürürüm. Aslında sağlık için yapmamız gerekiyor ama işte çok zorlayamadığım için kendimi, bel problemim olduğu için çok fazla yapmıyorum. Akşamları yarım saat yürümeye çalışıyorum. Havanın durumuna bağlı olarak çok soğuk olmazsa yürümeye çalışıyorum” (K1, 35 yaş)

“Spor yapamıyorum. Aslında çok isteyip yapamadığım bir şey. Bir ara böyle bir saatlik yürüyüşlerim vardı, işe gidip gelirken yürüyerek gelip gidiyordum ama şimdi çocukla gidip geldiğim için çok fırsatım olmuyor artık” (K6, 34 yaş)

“Yapmıyorum, hiç ilgilenmiyorum. Bronşitim var çocukluğumdan beri spor yaptığım zaman tıkanıyorum, ayaklarım düztaban olduğu için yürüyüş falan da yapamıyorum” (K18, 42 yaş)

“Çok önemli ama yapamıyorum... beynim dolu oluyor. Genellikle evde kaldığım zaman çocuk, eş, evin temizliği, iş güç spora fırsat kalmıyor gibi... şu an işe başladım, çalışıyorum, genellikle akşam sekiz buçuk, dokuz gibi evde oluyorum, spora bir ağırlık veremiyorum. Çalıştığım yer bir spor aslında, kalabalık bir yerde çalışıyorum genellikle akşama kadar ayaktayım. Sürekli hareket ediyorum” (K9, 24 yaş)

“Hiç yapmadım. Spor aslında çok önemli yapmak istiyorum ama yapamıyorum. Yani belki evde de yapılabilir bazı şeyler ama hani ben böyle işte yürümek, koşmak ne bileyim spor merkezine falan gitmek istiyorum. Kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünüyorum... ama o şansım olmuyor, kızım küçük olduğu için onunla spor salonlarına gidemiyorum... koşamıyorum doğal olarak. O yüzden evde de ben yapmak istemiyorum” (K15, 25 yaş)

“İstiyorum ama zaman ayıramıyorum. Sporda şey yürüyüş nasıl oluyor, mecburiyetten yürüyüş. Bir de şey mesela annem bankadan parasını çekecek, faturalarını yatıracak... o

zaman yürüyorum, mesela nasıl, çok nadirdir ben evde oturayım da kafamı dinleyim. Muhakkak bir yerden bir haber gelir, ben oraya koşar giderim ve sürekli yürürüm. O şekilde yani. Hayatım çok aktif geçiyor bayağı hareketli geçiyor... spor yapmak isterim önemlidir benim için ama yapamıyorum, fırsat bulamıyorum. Hayatım o kadar tempolu geçiyor ki ayrıca spor yapmaya gerek yok diyorum” (K8, 41 yaş)

“Sporu hayatımın içerisine koydum her gün düzenli olarak yürüyüş yapıyorum” (K2, 29 yaş)

“Dönem dönem yapıyorum, sürekli değil. Ne yapıyorum, işte kilo aldığım dönemlerde yapıyorum... en son iki ay egzersiz yapmışım ondan sonra bıraktım, yürüyüşe devam ettim. Mesela çok sıcaklarda yürüyüşü bırakıyorum. Evde yazın egzersiz yapıyorum, kış döneminde yürüyorum, değişiyor” (K5, 42 yaş)

“İşe başlayalı dört ay oldu. Yemekhanede çalıştığım için çalışanların başında devamlı ayaktayım, yürüyüş yapmaya çalışıyorum ya da tuvalete girdiğim zaman düşün içinde soyunma odasında en azından şöyle bir (hareketi gösteriyor) 100 kere eğilip kalkıyorum yani” (K10, 43 yaş)

3.4. Kadınların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların uyku ile ilgili verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıda bu bulgulara yer verilmiştir.

3.4.1. Düzenli uyur musunuz? diye sorulduğunda kadınların yarısının (n=10) düzenli uyuduğu, bu kadınlardan birinin ise menstruasyon döneminde uykusunun düzensiz olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların yarısına yakını (n=8) düzenli uykusunun olmadığını belirtirken, birkaç kadın da (n=2) düzenli yattığını, ancak uyuyamadıklarını ifade

etmişlerdir. Aynı zamanda kadınlar geceleri yattıklarında huzurlu olamadıkları için uyuyamadıklarını ve stresin uyku düzenlerini etkilediğini belirtmişlerdir. Kadınların uyuma sürelerine bakıldığında katılımcıların bazıları (n=7) uyku için uygun olan altı ile sekiz saat arasında uyurken, beş kişi üç ile altı saat arasında uyumaktadır. Katılımcılardan 10 saat ve üzerinde uyuyan sayısı beştir. Kadınlardan üç kişi ise uyku sürelerinin belli olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılar bu durumla ilgili olarak şunları ifade etmiştir.

“Hayır, mesela eşime bağlı, evde oldu mu onunla erken yatarım, evde olmadı mı ikiyi üçü buluyor uyumam. Erken gelirse erken kalkarım, erken gelmezse çok geç kalkarım. Benim uykum düzensiz, saatleri belli değil” (K16, 22 yaş)

“Hayır, uykum aşırı derecede düzensiz. Benim günlük yaşantımla ilgili, erken kalkmam gerekiyorsa erken kalkıyorum. Hani illa belirli şu saatte uyurum şu saatte kalkayım diye bir zorunluluğum olmadığı için... sabah insanı değilim yani uyku durumum pek de iç açıcı değil” (K12, 22 yaş)

“Çok düzenli uyumuyorum... zaman zaman da uyku sorunlarım evet oluyor. Yatağa yatıp da uyuyamadığım oluyor” (K19, 25 yaş)

“Düzenli uyuyamıyorum, ya çocuktan dolayı ya da çocuk uyusa bile ben kendim uyuyamıyorum. Uykularım çok kaçıyor, doğumdan sonra oldu, aslında böyle değildim... ya su içmeye ya tuvalet... sonra da uykum kaçıyor, 20 dakika kadar oturuyorum, sonra tekrar yatağa giriyorum, sonra tekrar kalkıyorum. Aradan kaç saat geçiyor bilmiyorum tekrar yine kalkıyorum” (K7, 20 yaş)

“Düzenli uyurum ama uykusuzluk sorunum var. Genelde on bir gibi on bir buçuk gibi yatağımda olurum... gece uyanıyorum belli bir süre uyuyorum ondan sonrasında dört, dört buçuk gibi uyanıyorum ve uyumakta zorlanıyorum” (K14, 29 yaş)

“Düzenli uyurum. Uyku saatimi hiç geçiremem, geçirdiğim zaman hasta olurum. Mesela en fazla gece saat on iki, on iki buçuk yani bir falan olsa hemen tansiyonum düşer.

Uykusuzluk aşırı sinir yapıyor bana. Uykusuzluğa dayanamam. Uykum geldiği zaman hiç bir şey anlamam, hemen gider uyurum” (K3, 48 yaş)

“Çok uyurum. Sıkıntıdan uzak durmak için uykuyu seçerim... gözlerimi kapatıp uyurum valla komşular bile şaşırıyor” (K13, 43 yaş)

“Düzenli uyuyamıyorum işim gereği düzensizlik var” (K6, 34 yaş)

“Hiç uyuyamam. Gecede en fazla üç saat uyurum. Her zaman böyledir... derin bir uykudayken bir hareket oldu mu uyanıyorum, bir daha da uyuyamıyorum. Dolaşıyorum, televizyona bakıyorum, ama gençken hiç böyle değildi. Bu durum iki, üç senedir böyle. Doktora gittim, hap verdi. Benim küçük haplara nedense çok tikim var. Minik haplar her zaman tehlikelidir bana göre. Hiç ağzıma almadan geri çöpe attım. Uykumda en küçük hareket beni uyandırır ve hemen kalkarım. Bu durumda duygusal olarak çok sinirlenirim. Uyuyamadığım zaman bir de ayaklarıma kramp girer. Sanki ayaklarımda damarları çekiliyormuş gibi olur. Kızımın hamileliğinden beri, kalktıktan sonra uyuyamadığım zaman belden aşağısını soğuk suyla yıkıyorum. Bu belirli bir süre ayaklarımdaki ağrıya iyi geliyor... eğer geçmezse sinirden çatlayacak hale geliyorum” (K18, 42 yaş)

“Evet, düzenli uyurum. İşten gelince yemeğimi yiyip hemen yatarım ama şöyle bir şey var; kafam yoğun oluyor hemen uykuya geçemiyorum, huzurlu olamıyorum. Şu an çocukta var çok sinirli bir yapıya sahibim” (K9, 24 yaş)

“Pek düzenli uyuduğum söylenemez. Bir gece mesela on ikide yatıyorsam sabah dokuzda kalkıyorum ya da ertesi gün üçte yatıyorum on birde kalkıyorum, yani dengesiz” (K15, 25 yaş)

“Uyku düzensizliği başlayalı bir iki hafta oldu... ondan önce biraz daha rahattı. Uyuyup bir an önce bir şeyleri unutmak istiyorum” (K11, 30 yaş)

“Açıkçası gece çok zorlanarak uyuyorum. Sabah ta çok zorlanarak uyanıyorum. Çünkü uykumu alamadığım için sabah kalkmak bana sanki böyle işkenceymiş gibi geliyor... kalkıyorum diyorum... halsizlik var, ağırlık var, kalkayım bir banyo yapayım rahatlayım diyorum, kendime geleyim. Tamam diyorum, şimdi kalkacağım, tekrar dalıyorum... bir bakıyorum öğlen saat on ikiyi bulmuş... Neden ben erken uyanamıyorum... yorgun oluyorum diye ahiretten moralim bozuluyor ama içimde hayata dair bir istek yok. Çok şeyler yapmak istiyorum ama bilemiyorum. Şu son zamanlarda kendimi o kadar yetersiz hissediyorum ki yani küçüklüğümde beri öğrenme isteği bende çok var. Bir gün lazım olur diye düşünürüm ama çocuklarımda aynı şeyi görmediğim zaman bu beni o kadar çok yaralıyor, o kadar çok hırpalıyor ki. Bilemiyorum lafla anlatamam belki çok büyük bir darbe oluyor bana. Hiçbir amaçları yok. Bu düşüncelerden dolayı uyuyamıyorum... yatağa giriyorum. Başımı yastığa koyuyorum, sanki bütün dünyanın sorunları aklıma geliyor. Neden o zaman aklıma geliyor, bilmiyorum. Düzenli uyumaya çalışırım ama uyuyamam.” (K8, 41 yaş)

“Düzenli uyurum, adet dönemlerinde tabi düzensizleşiyor. Gergin hissediyorum, kendimi şiş hissediyorum, ondan sonra kötü rüyalar görürüm, yani bayağı ağır geçiriyorum o dönemi. İki üç gün sürüyor ondan sonra düzene giriyor zaten” (K5, 42 yaş)

3.4.2. Uykunuz kesintiye uğrar mı? diye sorulduğunda kadınların tamamına yakını (n=18) çeşitli sebeplerle uykusunun kesintiye uğradığını ifade ederken, bu kadınlardan sadece üç kişinin uykusu çok nadir kesintiye uğramaktadır. Kadınlardan sadece bir kişinin uykusunun hiçbir şekilde kesintiye uğramadığı saptanmıştır. Görüşmeye katılan kadınların çoğunluğu uykularının kesintiye uğramasından dolayı sinirli olduklarını (n=9), yorgunluk (n=2), ve sersemlik (n=1) hissettiklerini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınlar uyku ile ilgili olarak düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir.

“Evet, ben gece yattığım zaman sabaha kadar hiç deliksiz uyuduğumu bilmiyorum, üç dört defa kalktığımı biliyorum” (K4, 38 yaş)

“Uykularımın öyle kesildiği oluyor ama neden oluyor onu da bilmiyorum saate bakıyorum hemen uyumam gerekiyor diyorum. Allah Allah diyorum kendime, yani diyorum ki neden böyle diyorum, neden şimdi uyandım. Acaba bu zaman zaman beynimdeki düşüncelerden mi kaynaklanıyor... o gün mesela kafamı taktığım beni üzen bir şey varsa uyandığım an kendime geldiğim an, hemen o düşünceler beynimde oluşuyor... yani mutlu olduğum zaman uyumak istemem, uyku gelmez ama bazen de morali çok bozuk olur, uyumakta zorlanırım, uyuduğum zamanda derin uyuyorum. Çünkü beynimi şartlıyorum hani uyanmak istemiyorum, unutmak istiyorum sanki” (K19, 25 yaş)

“Hep bir şeyler kafamda gelip gidiyor. ... bir de hayaller kuruyorum, şu olacak, bu olacak ne bileyim, çok hayaller kuruyorum... durumumuz beni etkiliyor, zor durumdayız. Şu an elişi yapıyorum, eşime destek olup biran önce bu borçlardan kurtulmak için. Kafamı kurcalıyor, acaba bir gün olacak mı, bu bitecek mi, hatta kendi kendime söz verdim. Eşime söyledim, bu borç bizim. Hiç sevmiyorum borcu, dedim, bitsin Allah rızası için o kadar yani o derece borçta yok, yine bize göre çok... eşimin durumu beni çok etkiliyor, o hasta” (K11, 30 yaş)

“Psikolojim bozuk olduğu zamanlar, rahatsız (menstruasyonlu) olduğum zamanlarda uykusuzluk oluyor. Yatakta kalıyorum, ancak ne yapabilirim ki” (K20, 20 yaş)

“Nedense her şey gece yatağa yattığımda aklıma geliyor. Uykumu kaçırıyor. Çok sevinçli, çok mutlu olduğum zamanlarda da uykum kaçıyor, iştahım da aynı şekilde, uyku düzenim yemek yeme düzenimi çok etkiliyor” (K12, 22 yaş)

“Eğer o gece uyumadıysam sabah çok sinirli oluyorum. Uyandığımda içime korkular düşüyor, uyuyamıyorum. Başka bir şey düşünüyorum, acaba hırsız mı girer, aklıma kötü kötü şeyler geliyor, hemen uyuyamıyorum, onları düşünüyorum. Acaba pencereden biri mi girecek korkuyorum” (K7, 20 yaş)

“Gergin ve umutsuz oluyorum, hani sanki her şey kötüymüş gibi, devam etmiyormuş gibi şeyler oluyor” (K14, 29 yaş)

“Yani en az üç kere muhakkak. Gözlerimi açmamaya çalışıyorum nasılsa gittiğim yer geldiğim yer belli oluyor ya. Yoksa açtığım zaman kafama da bir şey takarsam uyuyamıyorum zaten. Uykum düzensiz oluyor ama yinede uykum bana yetiyor” (K10, 43 yaş)

“Tabii uyanıyorum... meyve yiyip geri yatıyorum. Uyandığımda bazen kendimi çok boşlukta, nasıl diyeyim insan böyle bir ayağı uçurumda gibi hisseder ya, bazen o hisle kalbim böyle çok hızlı, çok korkmuş, bir şey yaşamışım gibi uyanıyorum. Bazen de çok normal uyanıyorum hani bir tuvalet ihtiyacımı gidermek anlamında. Genelde boşlukta uyanıyorum” (K15, 25 yaş)

“Son iki üç aydır sanki eskiye dönüyorum yavaş yavaş. Gece yarısı bilmiyorum kayıtta da şimdi ama gece yarısı en çok... ayıptır söylemesi idrara kalkıyorum, o beni acayip derecede yakıyor, rahatsız ediyor, adeta uykumdan uyandırıyor. Lavaboya kalkarken bazen gözlerimi açmamaya çalışırım. Çünkü gözlerim tamamen açıldığı zaman uykum kaçar” (K8, 41 yaş)

3.5. Kadınların Sağlıklarını Olumsuz Etkileyen Alışkanlıklarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların alışkanlıklarına ilişkin verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.5.1. Alışkanlıklarınız nelerdir? diye sorulduğunda kadınların tamamının (n=20) sağlık açısından kötü alışkanlıkları olduğu görülmüştür. Sigara içen kadınların sayısı dokuzdur ve kahve içenler ise kadınların yarısıdır (n=10). Araştırmaya katılan kadınlardan bazıları da (n=4) günde ortalama yarım ile bir litreye yakın kola içmektedir. Katılımcılardan bazıları (n=5) günde bir paket sigara içtiğini belirtmiştir. Kadınlardan bazıları (n=4) yarım paket veya yarım pakete yakın sigara içtiğini ifade ederken, üç kişide artık sigara içmediğini,

bıraktıklarını belirtmişlerdir. Görüşme yapılan kadınlar sigara alışkanlıklarından bahsederken, sigarayı bırakmak istediklerini ancak bırakamadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan katılımcıların bu görüşlerini dile getirdiği ifadelerden bazıları şöyledir.

“Sigara içerken rahatlıyorum, istek duyuyorum. Sigarayı bırakmak çok istiyorum ama bırakamıyorum, sanki ona karşı ben adapte olmuşum... çayın yanında sigarada içtiğim zaman hep düşünürüm yani” (K4, 38 yaş)

“Mesela sigarayı moralim çok bozuk olduğu zaman genelde çok içerdim. Üst üste içerdim. O zaman beni rahatlatmıştı sanıyordum. Şimdi bıraktım, boşmuş, keşke içmeseydim diye düşünüyorum... hem maddi olarak hem de manevi olarak, ne bileyim hem kendine hem çevreme zarar oldu” (K20, 20 yaş)

“Sigara günde bir yarım paket... Türk kahvesi olarak günde üç dört kere içiyorum” (K1, 35 yaş)

“Sigara... aslında içmemeyi çok istiyorum. Mesela bırakıyorum, tam 15. gün deyince kendime hakim olamıyorum, başlıyorum, çok denedim. Kola, o da çok belirsiz bazen aklıma hiç içmek gelmiyor, bazen de iki buçuk litreyi bir günde içiyorum... su ihtiyacımı ben kola içerek gideriyorum. Mesela su içmiyorum. Su yerine kola içiyorum” (K15, 25 yaş)

“Mesela ben bugün hastaneye geldim, işim dörtte falan bitiyor. Eve gittiğimde... çoğu zaman ben sigara içmiyorum... bugün hiç sigara içmedim, gece her şey gayet yolunda. Kızımdan ani kötü bir haber aldım, o esnada ben o bütün günün acısını çıkartır beş, altı tane sigara içerim, arka arkaya yani endişeden, stresten, kaygıdan dolayı. Çay ise olmazsa olmaz hayatımda, içmediğim zaman bir eksiklik hissederim”(K8 41 yaş).

“Sigara benim hayatımda olan bir şey, yani hemen hemen sekiz, dokuz senedir içiyorum, bırakmak istiyorum ama vazgeçemiyorum... kahve de çok önemli benim için, onu içmeden kendime gelemiyorum. Sanki onu içtiğim an uyanıyorum, hani böyle beynim çalışmaya başlıyor, sanki dinçleşiyorum... kahveyi bulduğum an varsa onu ben içerim. Atıyorum

içtim, siz geldiniz sizinle de içerim. Diğer bir arkadaş geldi onunla da yapar, içerim... kolayı bulduğum an içerim, yani bitirinceye kadar ama işte almamaya çalışıyorum çünkü... zararlı bir şey... ama ben şimdi buraya geldim, oturuyorum kola var kolayı bitirebilirim yani gördüğüm an dayanamıyorum... belki de peyniri, eti, yoğurdu, sütü sevmemem sigaradan kaynaklanan şeylerdir. Hayatımı düşünüyorum, şöyle sigara hayatıma girene kadar ben bunları yiyen bir insandım... en önemli şeyleri yiyemiyorum. Yani sigarayı bıraksam çok mutlu olurum” (K19, 25 yaş)

Kadınların çay içme durumuna bakıldığında tamamına yakını (n=17) çay tüketmektedir. Günde en az üç ile yedi fincan arasında içenlerin sayısı yedi kişi, yedi fincan ve üstünde içenlerin sayısı dokuz kişidir. Çay içen kadınlar çayın kendilerini rahatlattığını ifade etmişlerdir. Kadınlar bu konudaki düşüncelerini şöyle dile getirmiştir.

“Yemek yesem o gün içinde çay içmezsem çok sinirli olurum. O gün iki bardak çay içtiğim zaman şöyle dinlenirim. Kalabalığı hiç sevmem... misafir geldiği zaman çocukları durmazsa o gün, iki üç gün kendime gelemem, çay beni rahatlatır” (K3, 48 yaş)

“Çay... hele yorgun olduğum zaman kendimi çok mutlu hissediyorum. Bazen karşımdaki insanlarda bana söylüyor. Ay anne bu kadar altın versek ya da bir şey versek o kadar memnun olacak mısın, diyorlar. Bir çay bile beni memnun eder. Ufak şeylerden memnun oluyorum” (K10, 43 yaş)

“Çay... içemezsem strese girerim. Bir şeye sinirlendiğimde kızdığımda kendimi çayda buluyorum. Hemen onu içerim. O bana daha yakın olduğu için” (K16, 22 yaş)

3.6. Kadınların İletişim Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların iletişim durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.6.1. İnsanlarla abuk iletişim kurabilir misiniz? diye sorulduğunda kadınların yarısından fazlası (n=15) iletişim kurmada güçlük yaşamadığını belirtirken, katılımcılardan sadece beş kişi iletişim kurmada sorun yaşadığını ifade etmiştir. Görüşme yapılan kadınların çoğunluğu (n=15) eşi veya sevgilisiyle iletişim problemi yaşadığını ifade ederken, üç kişi eşi veya sevgilisiyle iletişim problemi yaşamadığını bildirmiştir. Kadınlardan bazıları (n=3) insanlarla kurdukları ilişkilerini uzun süre devam ettiremediğini belirtmiştir. Kadınlar bu konuyla ilgili olarak şunları dile getirmişlerdir.

“Problemleri (eşi ile) konuşuruz, sıkıntımı anlatmam genelde pek karşılaşamadığımız için... Çok samimi olduğum bir arkadaşıma anlatırım ama anlatılamayacak şeyler varsa o bende kalır kendi kendime çözmeye çalışırım... anlatmam sadece üzülrüm” (K4, 38 yaş)

“Aslında dışarıdaki insanlarla çabuk iletişim kuruyorum ama aile içinde kuramıyorum. Eşimle aslında şöyle... sürekli benim anlayışla karşılamam lazım. Mesela benim babam doğuluydu... benim iki tane annem var düşünün yani. Doğudakiler genelde öyleler şu anda da var, hala eskisi kadar çok olmasa bile yani kalabalık bir aileyiz örneğin... bu kadar kalabalık olmayı istemezdim. İsterdim böyle az olalım hepimiz okuyalım, eğitim görelim ailem mesela annem babam bize daha çok ilgi göstersin, çok isterdim, ilgi göremedim” (K20, 20 yaş)

“Evet, insanlarla iletişim kurarım. Aslında (eşi ile) yaşamıyor gibi gözüküyoruz fakat iletişim sorunlarımız çok yoğun bence” (K17, 42 yaş)

“İkili (eşi) geliyor, ondan yanaşmıyor oturup konuşmuyoruz. Dayak yok ama yaklaşmıyoruz” (K13, 43 yaş)

“Birbirimize (eşi ile) zıtız fikir olarak. Yani o biraz rahat diyeyim... ben de dediğim gibi düzene önem veren bir insanım... eşimde o yok, vurdumduymazlık var. Biraz onun için iletişim problemi yaşıyorum. İşten geldiğim zaman bazen atışmalarımız olabiliyor. Bazen ben de umursamaz oluyorum... yani anlaşmazlığımız var” (K9, 24 yaş)

“Onun kültüründen dolayı problem yaşıyoruz. İletişime giremiyoruz. Problemlerimi ona anlatıyorum ama o hiç oralı olmuyor. Hiç çözüm bulamıyoruz, o hiç anlamak istemiyor. Bir de doğup büyüdüğü yerde babasından öyle görmüş” (K18, 42 yaş)

“Eşim biraz sinirli bence. Belki bazen ben de sinirli oluyorum. Genelde konuşmamız bağırma ile ya da tartışma ile sonuçlanıyor. Yaz sezonunda genelde yılın altı ayında çok fazla görüşemiyoruz. İkimiz de zaman zaman mesleki açıdan stres yaşıyoruz. Daha sonra problem karşımıza tekrar çıkınca konuşuyoruz” (K2, 29 yaş)

“Eşimden boşandım. Bu benim ikinci evliliğim. Benim bir sorunum olduğu zaman veya ne bileyim onun önem verdiği şeylerin dışında bir şey söylediğim zaman mesela aradan zaman geçiyor, diyor ki bana, falan falan şeyi neden söylemedin. Sanki ilk defa duyuyormuş gibi. Ben söyledim, diyorum, falan falan zamanda. Hayır, kesinlikle söylemedin, diyor. O zaman daha çok sinirleniyorum... önemli bir şey anlatacağım o an aklıma geliyor, anlatmıyorum. Nasıl olsa beni anlamayacak. Nasılsa beni dinlemeyecek diye boş veriyorum. Genelde fazla paylaşmamaya çalışıyorum. Çünkü dinlemediğini hissettiğim için daha çok morali bozuluyor. Bazen anlatıyorum. Kendi kendime konuştuğumu hissetsem de konuşuyorum yani. O da çok binde bir olan bir şey” (K8, 41 yaş)

3.6.2. Problemlerinizi kimlerle paylaşırsınız? diye sorulduğunda görüşmeye katılan kadınların neredeyse tamamı (n=17) yakınlarının olduğunu ve çoğu (n=10) problemlerini yakınlarıyla mutlaka paylaştıklarını ifade ederken katılımcılardan bazıları (n=4) sorunlarını paylaşmadıklarını belirtmiştir.

“Ben karamsar bir insanım sürekli kafamda bazı şeyleri kurup kurup en kötüsünü düşünürüm ve zaten annem olsun, yakın arkadaşım olsun onlara da beni rahatlatmak düşüyor. Beni rahatlatıyorlar” (K12, 22 yaş)

“Eşim devamlı gece çalışan bir insan olduğu için gece eşim olmadığı zaman çok gelenim gidenim olur, yani evim hiç boş kalmaz... hepsi iyi anlaştığım yani her şeyimi paylaşabileceğim kişilerdir, yani zaten devamlı görüştüğüm insan beş altı kişidir” (K4, 38 yaş)

“Yakınlarımla problemlerimi paylaşırım... hani öyle içine atayım gizli kapaklı bir insan değilim. Yakınlarımla aram yani ee... ailemle aslında kopuğum. Kopuk bir ailenin çocuğuyum... hayatımı şu an yalnız devam ettiriyorum... ama ailemle diyalogum çok iyidir” (K19, 25 yaş)

“Mesela şöyle düşünürüm. Sana gelip anlatsam bana ne yapabilirsin, hiç bir şey. Çok candan bir arkadaşım, bacılığım var, ailemin dışında... çok canım sıkıldığı zaman ona giderim, şöyle oldu böyle oldu, derim. İllaki elimden hiç bir şey gelmezse ille fikir yürütmesi için, bak bunu böyle yapsan daha iyi olur, der. Yani o an kafam durur. Mesela beynim almayabilir. Biraz rahatlatır... içime attığım da oluyor. Sıkıntı yapıyor” (K3, 48 yaş)

“Hayır, mesela buraya geldiğimi söylemedim, her şeyi değil yani bazılarını anlatırım bazılarını saklıyorum. Problemlerimi çözmiyorum, içimde kalıyor, yer yapıyor” (K13, 43 yaş)

“Problemlerimi yakınlarımla paylaştığım oluyor ama kendi içimdeki gücü keşfetmeye çalışıyorum. İnanıyorum güçlü olduğuma, böylelikle ya o sorun olduğu yerde duruyor ya da her şeyi olacağına bırakıyorum, kimseyle paylaşmıyorum” (K15, 25 yaş)

“Önceden çok paylaştım ama şimdi paylaşma gereği hiç duymuyorum. Çünkü paylaştıktan da bir şey olmayacak... hep içimde, hep kendimle hesaplaşıyorum, yani hep içime atıyorum, zannediyorum ki hiç kimse beni anlamıyor, yani o konuda çok problemlerim var” (K11, 30 yaş)

3.7. Kadınların Duygusal Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların duygusal durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.7.1. Kendinizi duygusal açıdan nasıl hissediyorsunuz? diye sorulduğunda kadınların arasında mutlu olduğunu ifade eden sadece bir kişidir. Katılımcıların çoğu (n=12) çok hassas ve ağlamaya meyilli olduklarını, en küçük olayda bile duygularını uç sınırlarda yaşayabildiklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların bu konudaki ifadelerinden bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

“Her şeyin olumsuzunu düşünüyorum nedense. Ya böyle olursa ya şöyle olursa aslında hayatımda şöyle göz gezdirdiğim zaman çok fazla kötü şey yaşamadım hatta sayılı birkaç tane kötü şey yaşadım diyebilirim... adet dönemlerinde çok daha fazla yoğunlaşıyorum” (K12, 22 yaş)

“Şu an yani adet dönemlerinde çok kötü hissediyorum tabi duygusal açıdan normalde iyiyim, güçlüyümdür aşırı duygusal değilimdir. Yani o dönemlerde kendimi yalnız hissedirim kimse benimle ilgilenmiyormuş gibi hissedirim. Ondan sonra her şeyi büyütürüm kafamda, acaba bunu mu demek istedi, onumu demek istedi gibi bir sürü kuruntularım olur, o dönemlerde... şu an mesela yaklaşıyor, onu hissetmeye başlıyorum” (K5, 42 yaş)

“Duygularımı anlatamıyorum, içime kapanır, uzaklaşırm. Söyleyeceklerimi ifade edemiyorum” (K13, 43 yaş)

“Ben hiç mutlu olamadım, 12 yıllık evliliğimde hiç mutlu olamadım. Hiçbir istediğim olmadı, o yüzden kendimi çok mutsuz hissediyorum. Neyse ki bir kızım var, o da olmasa ne yapardım... eşim çok iyi. Daha hiçbir tokadını yemedim ama nedense hiçbir iletişim

kuramıyorum... farklı kültürde büyüdüğü için hiçbir şey paylaşamıyoruz. İki dakika konuşsak üçüncü dakika kavga ediyoruz” (K18, 42 yaş)

“Duygularımı çok yoğun yaşıyorum, yani her konuda her şeyi, gerek üzüntüyü gerek mutluluğu, çok sınırlarda yaşıyorum” (K17, 42 yaş)

“Mesela üzüntülü, hüzünlü olduğum zaman var ya hiç kulaklarım duymuyor. Her şeyi içime atıyorum. Sanki bu dünyada hiç yaşamıyormuşum gibi sanki beni alıp bir yerlere götürüyorlar... o kadar... etkileniyorum” (K11, 30 yaş)

“En ufak bir dizide bile ağlayabilen bir insanımdır. Başkalarının derdini kendime dert edebilen bir insanım, onlar için üzülürüm” (K1, 35 yaş)

“Karşımda çocuk ağlasa onunla bende ağlarım, aşırı derecede duygusalım” (K7, 20 yaş)

“Çok üzülmemem gereken şeylere bile ağlayıp üzülebiliyorum. İşte diyorum ya şu an eşimle aramda sorunlar var, ikimizde çalışıyoruz, onunda benim gibi düşünmesini istiyorum... beraber çalışıyoruz her şeyi ortak yapalım istiyorum” (K9, 24 yaş)

“Genelde mutsuz hissediyorum çünkü hayatta istediğim hiç bir şey olumlu gitmedi. İstemediğim bir yerde olduğumu düşünüyorum. Pek mutlu değilim” (K14, 29 yaş)

3.7.2. Kendinizi umutsuz, çaresiz hissettiğiniz anlar sık sık oluyor mu? diye sorulduğunda katılımcılardan 14 tanesi kendini zaman zaman umutsuz ve çaresiz hissederken, beş tanesi ise daha sık olarak, gün içinde bile kendini bu şekilde hissettiğini ifade etmiştir. Görüşmeye katılan kadınlardan sadece bir kişi kendini umutsuz ve çaresiz hissetmediğini belirtmiştir. Kadınlar bu konuyla ilgili olarak düşüncelerini şöyle dile getirmişlerdir.

“Hemen her gün oluyor. Her gün umutsuzluk var” (K18, 42 yaş)

“Bu yaşla ilgili bir şey galiba yani bunu bir 10 yıl önce hemen hemen hiç hissetmiyordum ama bu 10 yıldır çok hissediyorum yani çocuklarımla aramda bir sorun olduğunda kendimi gerçekten çaresiz, onlara yetemediğimi düşünüyorum, yani sık sık” (K17, 42 yaş)

“Genelde hissediyorum. Aslında bunun başka bir nedeni var çok özel, paylaşmak istemediğim aklıma geldikçe kendimi çaresiz hissediyorum. Çokta sık geliyor aklıma, hatırlatılıyor” (K15, 25 yaş)

“Adet dönemimde daha çoğunlukla oluyor ama normalde çok fazla çaresiz hissetmem, içinden çıkarım” (K1, 35 yaş)

“Genellikle hasta (menstruasyon) olduğum zamanlar yani yataktan kalkasım gelmiyor, sinirli oluyorum. Üzgün oluyorum, mesela kalksam dışarı çıksam sanki herkes benim hasta olduğumu biliyor gibi oluyor, sanki ne bileyim kendi kendime kuruntu yapıyorum ...(ped) kullandığım halde geçti mi herkes bana ondan mı bakıyor ya da niye bana bakıyorlar...” (K7, 20 yaş)

“Yine de ayda bir, üç, dört kere oluyor herhalde ya da olaylar olduğu zaman, mesela eşimle konuşma yaptığım zaman veya fikir çatışması olduğu zaman yani ben bunun yanında niye kalıyorum diye düşünüyorsun yani benim bir faydam yoksa, bir şeyim yoksa ben bunun yanında hizmetçi miyim, kölesi miyim niye bunun yanıdayım. Çocukların yanına gidiyorsun çocuklarla da iletişim eksikliği oluyor bazen onların düşüncesini anlayamıyorum. Bazen geç algıladığım için onların söylediklerini ters anlıyorum... bu seferde onlar sıkılıyor veya ters davranıyorlar bu sefer ben üzülüyorum” (K10, 43 yaş)

“Özellikle hafta sonları akşam ailemi özlediğimde oluyor. Onlarla geçirdiğim günleri özlediğim de o zaman çok çaresiz oluyorum” (K16, 22 yaş)

“Neden derim bu kadar çaresizim, neden yalnızım. İşte ben ne olacağım sonum ne olacak evlenebilecek miyim, yuva kurabilecek miyim hep böyle mi gidecek hayatım diye hemen hemen iki ayda bir, dönem dönem mutlaka yaşıyor insan. Yaşadığım an bunlar devreye

giriyor ya olumsuzluklar devreye giriyor ama sonra diyorum ki ben güçlüyüm yani elbet diyorum her şeyin vakti zamanı var... diyorum ki saçma sapan düşünme sil onları beyninden diyorum” (K19, 25 yaş)

“İşle orantılı benim için. İşim, işyerinde ve çalışma arkadaşlarımla mutlu olduğum sürece ben mutluyum, evet. Düzenli bir hayatım olduğu sürece mutluyum. Genelde mutluyum ama ben sürekli iş problemi yaşayan biriyim. Turizm sektöründe çalıştığım için ben bunu sık sık yaşıyorum” (K2, 29 yaş)

“O kadar çok oluyor ki açıkçası nasıl anlatayım hiçbir şey düzelmeyecek gibi her şey kötüye gidiyor. Sabırsızlıkla ben dünyanın sonunun gelmesini bekliyorum. Kıyametin kopmasını bekliyorum... nasıl anlatayım şu çayı yaparsın sonra karşısına oturup bakarsın keyif alırsın. Ben yıllarca çok sıkıntılar çektim çocuklarım için. Biz eşimle on dört sene önce ayrıldık. Onlardan ben hiç kopmadım. Bizim doğu tarafı duyuyorsunuz biliyorsunuz eşinden ayrıldığı zaman ne eşinle konuşursun ne çocuklarınla. Onlar babada kalır, onlarla bağlantı kurman yasak... ben çocuklarım sahipsiz kalmasın anne şefkatinden mahrum kalmasın ve ileride daha güçlü olabilsinler diye on dört yıl boyunca ondan (eşinden) işitmediğim hakaret kalmadı. Bilmiyorum çok aşağıladı beni, yine de ben bağlantımı kesmedim. Şimdi bakıyorum onlara (çocuklara) yaşama ümidi zerre kadar ikisinde de yok. O kadar çabuk pes ediyorlar ki mücadele edeyim yok. O beni adeta yıkıyor. Yani benim yaşama gücümü elimden alan bunlar” (K8, 41 yaş)

3.7.3. Geleceğe nasıl bakıyorsunuz? diye sorulduğunda görüşmeye katılan kadınların yarısı (n=10) geleceğe olumlu baktığını ifade etmiştir. Katılımcılardan bazıları geleceğe olumlu veya olumsuz bakma (n=5) durumlarının şartlara göre değiştiğini belirtirken, bazıları da (n=5) geleceğe olumsuz baktıklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda bu ifadelerden bir kısmına yer verilmiştir.

“Dedim ya adet döneminde ya da öncesinde bir hafta öncesinde falan her şeye umutsuz bakıyorum hani çok fazla etkiliyor beni. Sürekli normal zamanda iyi olacak, böyle olacak umuduyla yaptığım planları örneğin ya öyle olmazsa, ya atanamazsam, ya okul bitmezse,

ya finalleri veremezsem, ya bütünlemeye kalırsam diye kafama takıyorum. O dönemde onlar devreye giriyor ya da anlıyorum... adet dönemim yaklaştı ondan bu kadar karamsarım. Başka şeylerle oyalanmaya çalışıyorum” (K12, 22 yaş)

“Valla geleceğe pek umutla bakmıyorum ama inşallah umutlu olur. Benim tek idealim emekli olmak bu kadar gaye bu kadar çalışmama rağmen ödül olarak emekli olmayı istiyorum” (K4, 38 yaş)

“Her şeyimi kızıma bağladım. Kızımı okutmak, iyi yerlere getirmek, tüm çabam onun için. Çocukluktan ben bir şey görmedim hastalıktan, şeyden sonra annem öldü. Üç tane erkek kardeşim kaldı üzerime bekar, onları evlendirdim, ondan sonra ben kendim evlendim. Kızken bir şey değildim, evlendim hiçbir şey olamadım” (K18, 42 yaş)

“Şu anda güzel bakıyorum. Çocuklarımin hepsi yeni hayata atılacaklar. Ben de yeni bir işe girdim” (K10, 43 yaş)

“Gelecekle ilgili planlarım yok bu günü yaşıyorum yani hayal falan kurmuyorum gelecekle ilgili işte şunu yaparım bunu yaparım diye hayallerim yok” (K14, 29 yaş)

“Mesela şu anda benim oğlum okusaydı onun için hangi işte çalışmam gerekiyorsa çalışır onu okuturdum ama okuma isteği yok. Mesela kızımı ben okutmak için neler yaptım neler okumadı. Okumadı ve 16 yaşında sokaktan herhangi bir insanla sevdiği de değil kaçtı, yanlış bir evlilik yaptı. İşte onlar beni hayata küstüren şeyler” (K8, 41 yaş)

3.7.4. Hayat sizin için ne anlam ifade ediyor? diye sorulduğunda araştırmaya katılan kadınların yarısı (n=10) için hayat olumlu şeyler ifade etmektedir. Katılımcılardan bazılarına göre hayat, gereklilik (n=3) ve hiçbir şey ifade etmezken (n=3), bazıları için hayat olumsuz (n=4) şeyleri ifade etmektedir. Araştırmaya katılan kadınlardan bazıları düşüncelerini şöyle dile getirmektedir.

“Çok şeyi... dedim ya o kadar... şu an şey anlatamıyorum yani dile getiremiyorum... zaten bire birde dökemiyorum. Sadece beni benle yaşayın ve görün. Öyle dile getiremiyorum. Çok zor yani anlatması çok zor ” (K11, 30 yaş)

“Çok... dolu dolu yaşamak istiyorum ama yaşayamıyorum. Ailem yanımda yok memleket uzak... ben buradayım boşa geçiyormuş gibi geliyor hayat. Onlar yanımda olsa daha iyi olur gibi geliyor” (K9, 24 yaş)

“Günüm dolsun, zaman geçsin...” (K8, 41 yaş)

“Bence hayat çok güzel yaşamasını bilene... hayat benim için çok güzel değil” (K4, 38 yaş)

“Valla şu an başındayım hiçbir şeye başlamadım o yüzden şu an bir şey ifade etmiyor aslında çalışmam gerekiyor. İstedğim şeyleri elde etmeyi ifade ediyor şu an mutlu olmayı ifade ediyor. Şu an ne yapıyorsam mutlu olmak için yapıyorum” (K12, 22 yaş)

“Hayat güzel ve iki tane çocuğum var o yüzden Allah’a teşekkür ediyorum onları verdiği için” (K5, 42 yaş)

“Hayat, sevgi, cesaret, heyecan yani güzel olan her şeydir. Olumsuzlukların karşısında bile durabilmeyi ben varım diyebilmeyi ifade ediyor... bu hayatta benimde katkım var diyebilmektir” (K15, 25 yaş)

3.8. Kadınların Sağlık Tutumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların sağlık tutumuna ilişkin verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.8.1. Vücudunuzda sağlık ile ilgili değişiklikleri fark eder misiniz? diye sorulduğunda kadınlardan 18 kişi fark ettiklerini, bir kişi fark edemediğini, bir kişide ağrı dışında vücudunda sağlıkla ilgili herhangi bir değişikliği fark etmediğini belirtmiştir.

Kadınların yarısından fazlası (n=11) vücudundaki değişiklikleri fark ettiğinde sağlık kuruluşuna gittiğini ifade etmiştir. Kadınlardan bazıları (n=5) vücudundaki değişiklikleri fark ettiklerinde önce bekleyip hastalığı çok ağırlaşrsa sağlık kuruluşuna gittiğini belirtirken, iki kadın dinlenmeyi tercih ettiğini ifade etmiştir. Kadınların çoğunluğu (n=16) kendiliğinden düzenli sağlık kontrollerine gitmediğini, bunlardan sadece yedi kişi çağrıldığı sürece gittiğini ifade etmiştir. Görüşme yapılan kadınlardan bazıları (n=4) ise kendiliğinden sağlık kontrolüne gitmeye çalıştıklarını söylemişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların bazıları sağlıkla ilgili düşüncelerini şöyle dile getirmiştir.

“Hemen fark ederim. İlk önce tıp kitabı karıştırırım. Sonra hemen hastaneye gelirim... benim evde kitaplarım vardır, hemen onlara bir göz atarım. Doktora gittiğim zaman, hani o hastalığa yabancı olmayayım diye” (K8, 41 yaş)

“Eğer imkânım varsa sağlık ocağına çıkarım, imkânım yoksa kaynanama, eşime danışırım. Daha önce kullandığım ilaçlar güvenilirse kullanıyorum, güvenilir olmazsa tabi kullanmıyorum ya da kendim bir şeyler yapıyorum evde... Daha önce kullandığım kendi ilacımı biliyorum” (K16, 22 yaş)

“Valla önce kendimi dinlerim o huyum vardır... sonrada her halde bir hekime giderim ama... bugün hastalandım yarın doktora gideyim diye bir huyum yoktur benim. Öyle geçer geçer son haddeye gelir komaya girersin ya o zaman giderim bu hastalığımda da onun için ameliyat oldum” (K4, 38 yaş)

“Genelde umursamıyorum. Her şeyi bırakıyorum ondan sonra yani bir yerim ağrıdı mesela kendimce çözümler buluyorum çok sıkışmadıkça doktora gitmek istemiyorum” (K6, 34 yaş)

“Hasta olunca biraz dinlenirim. Çok şey olursam kızlar anne bir duş al kendine gelirsın der. Hemen bir banyoya girerim. Öyle bir şekilde rahatlamaya çalışırım. Çok ağrım olursa bir ağrı kesici alırım” (K3, 48 yaş)

3.9. Kadınların Stres Durumlarına İlişkin Bulguları

Görüşme yapılan kadınların stres durumlarına ilişkin verdikleri yanıtların analizleri yapılmış olup aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

3.9.1. Etrafınızda sizi strese düşüren durumlar nelerdir? diye sorulduğunda araştırmaya katılan kadınlar bir çok olayın kendilerini strese düşürdüklerini belirtirken, ortak olan bazı noktalardan biride kadınların çoğunun (n=13) evdeki sorunların, kendilerini strese düşürdüğünü ifade etmesidir. Kadınlardan bazıları (n=3) gün içindeki bir şeyleri yetiştirme çabasının da onları strese düşürdüğünü belirtmiştir. Katılımcılardan iki kadın ise iş hayatının kendilerini strese düşürdüğünü ifade etmiştir. Bazı katılımcıların bu konu ile ilgili düşünceleri aşağıda yer almaktadır.

“Strese düşüren durumlar yani çok kafayı taktığım her şey strese düşürüyor beni, ne bileyim trafikte çok kalmak bile strese düşürüyor, çok kalabalık ortama hiç gelemiyorum girmemeye çalışıyorum genellikle. Çok konuşan insanlar beni strese düşürüyor, çok konuşan insanlardan hoşlanmıyorum” (K12, 22 yaş)

“Bir şeyi yetiştirmek... diyelim ki bugün onun mutlaka olması gerekiyor, o beni strese düşürür... koşuşturmaca içersine giriyorum... o an zorumdan ağlayabilirim bile... geriliyorum. Yani uzun zamandır... benim sinirlerim bayağı bir zayıflamış küçücük bir şey beni strese sokabiliyor. Sinirlendirebiliyor, üzebiliyor, ağlatabiliyor. Anlık saniyelik küçük bir şey olabilir... kafama takarım büyütürüm. O bende moral bozukluğu yapar, her şey yapar, o an ben iptal olabilirim. Bu kadar çok hassas bu kadar çok neşeli bir insanım ama küçücük bir şey de beni darma duman edebilir” (K19, 25 yaş)

“Kendi çocukluğumun ergenlik dönemi hatıraları genelde beni strese düşürür. Ondan sonra çok büyük bir aileyiz, beraber olmak her an onları görebilmek bana stres yaşıyor. Bazen uzakta olmak uzak yerde oturmayı çok isterdim... bir de eşimin çok soru sormaları var” (K17, 42 yaş)

“Genelde ekonomik şeyler strese sokar... sonra insanların bilinçsiz davranışları... mesela otobüste olsun, işyerlerinde olsun... bulunduğum her çevrede muhakkak kendini bilmeyen insanlar oluyor, rahatsızlık verenler oluyor... İzmir’de otobüsleri sizde biliyorsunuz. Sabah saatinde gidip gelirken akşamları insanların stresleri hiç çekilmiyor. Tıkış tıkış insanların yanı sıra kendini bilmeyen insanlarda var tabi. Taciz edenler mi dersiniz, bilinçsiz konuşanları mı” (K14, 29 yaş)

“İnsanın her şeyi çocukları olur. Başka kimse beni etkilemez. Evet, düşürürse onlar strese düşürür. Hayatıma mal olur, hem de Allah’ım korusun... çocuklarıma çok düşkünüm... ufak bir şeylerine dayanamam... oğlun olursa evlendirirsin. Seni çok yakın bir strese sokar... Evlat bakımından strese girersin. Bu kız oğlan fark etmez” (K3, 48 yaş)

“Belki işimde o gün olması gereken bir şey var ve o olmuyorsa strese girerim... ast üst ilişkileriyle ilgili eğer ki işyerinizdeki biriyle problem yaşıyorsanız mutlaka astınızla ya da üstünüzle de ilgili bir problem yaşarsınız... evin düzeni konusunda biraz stresliyim onu söyleyeyim. Çalıştığım zaman problem oluyor evi temizlemek, mutlaka adet olduğum dönemlerde evimin temiz olmasını istiyorum, böyle bir rahatsızlığım var. Mutfak inanılmaz derecede bana kokuyor gibi gelir. O yüzden hep mutfak temizlerim hasta olmadan önce. O gün mutfakta kokabilecek yiyecekleri yapmam. Çünkü çok ciddi mide bulantıları çekiyorum... ağrılarım daha da artar. Adetten beş saat öncesinden itibaren yirmi dört saatlik dilim içerisinde bunlar olur. Eşimde strese sokuyor. Gelecekle ilgili kaygılarım artıyor. Şu an içimde bulunduğumuz durumu göz önüne alırsam gelecekte neler olacağını düşünmek beni strese sokuyor. Çünkü henüz çocuğumuz yok. Yoğun çalışıyoruz, bazen de bazı şeyleri evimizde düzgün götüremiyoruz” (K2, 29 yaş)

“Ufak bir şey olsa hemen strese girerim. Bir laf duysam... yapamadığım bir şey olsa strese girerim” (K13, 43 yaş)

“Günlük yaşamımda sanki bir şeylere yetişemeyeceğim, bitiremeyeceğim, o anda istediğim olmayacak, böyle korkularım oluyor” (K1, 35 yaş).

“İlk başta eşim. Onunla anlaşılamadığımız için çok strese düşüyorum... en büyük stresim eşim” (K18, 42 yaş)

“Eşimin çevresi... alışık olmadığım bir ortama düştüm... uyum sağlayamıyorum, çocuğumla dediğim gibi böyle çok huysuz bir çocuğa sahibim çok iyi aslında ama... onu kendi şeylerime göre yetiştirmek istiyorum. Fakat dış etkenler sürekli ne bileyim, bırak şöyle olsun, böyle olsun o zaman farklı yaşıyor. Eşimin ailesinin yöntemlerine göre yetişiyor çocuk” (K9, 24 yaş)

“Ya kendi ailemden kaynaklanan önce sağlık mesela beni çok strese düşürüyor... kızımın alakalı sağlık problemim varsa... ondan sonra işte maddi durum beni etkiler. Onun dışında ailem ya da kız kardeşlerimin ne bileyim şiddete ya da herhangi bir şeye maruz kalması... Sadece bunlara çok ciddi anlamda takılırım” (K15, 25 yaş)

“Çocuklarım diyeceğim. Bir de şartlar, maddi problemler. Nasıl? Benim oğlum şeker hastası, ben ev hanımıyım. Evin bütün ihtiyaçlarını eşim karşılıyor. Yani benim elime sabit verilen tek haftalık harçlığım... o hafta içinde kıt kanaat harcamam lazım... oğlum evde şeker hastası olduğu için sürekli diyet abur cubur o tür şeyler yediriyorum, o yüzden maddi konuda sıkıntı çekiyorum, kızım sigara kullanıyor, şu anda benim kızım çalışmıyor. İşte beni en çok yıpratın şeyler onlar... Çalışma isteği yok. Sadece lafta kalıyor... normal olarak çok stresli oluyor. Kızımın o stresi de yansıyor, çok agresif oluyor. Oğlan da şeker hastası olduğundan beri çok agresif. Biri bir kanalı istese öbürü diğer kanalı istiyor. Biraz yüksek sesle konuşuyorlar. Benim evimde küçük. Eşim de bir ses duydu mu uyanıyor uyuyamıyor. Bir yandan onu rahat ettireyim diye uğraşıyorum. Bir yandan çocukları susturmaya çalışıyorum. O kadar çok geriliyorum ki bu... hemen hemen her akşam bu sorunları yaşıyorum... bunların dışında insanların yalan söylemesi, sözünde durmaması ve beni kullanmaya çalışması, sahte olması moralimi çok bozuyor. Söz verip tutmadılar mı veya bir randevuya geç kaldılar mı, tepki veririm. İnsanlara pek güvenmem” (K8, 41 yaş)

“Evdeki sorunlar oluyor işte. Kayınpeder, kaynana, kayın işte onlardan dolayı strese girdiğim oluyor. Bu sene iyi, geçen sene üzerimde aşırı stres vardı” (K16, 22 yaş)

“Şu anda kızım var yani onun sorunlarıyla baş etmek zaten zor. İster istemez strese giriyorum, iş yerinde de gerginlikler olabiliyor. Bunlar strese sokabiliyor... adet öncesi dönemlerde çok stres görüyorum, iki haftayı çok yoğun yaşıyorum işte o zaman başka biri oluyorum” (K6, 34 yaş)

3.9.2. Stresten kurtulmak, rahatlamak için neler yaparsınız? diye sorulduğunda kadınların büyük çoğunluğu (n=18) stresle olumlu baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar. Görüşme yapılan kadınların yarısına yakını (n=9) dışarı çıkıp dolaştıklarını veya elişi ile uğraştıklarını (n=9) ifade etmiştir. Bu yöntemlere ilaveten diğer yöntemler arasında gazete, kitap gibi bir şeyler okumak (n=9), konuşmak (n=2) ve film izlemek (n=3) kadınların stresle baş etme yöntemlerinden bazılarıdır. Araştırmaya katılan kadınların yarısı (n=10) olumlu yöntemlerin yanında olumsuz baş etme yöntemlerini de kullanmaktadır. Kadınlardan birkaçı (n=2) sigara içtiğini, hiçbir şey yapmadığını (n=2), bağırdıklarını (n=2), yalnız kalmak istediklerini (n=4), kapılarını kilitleyip kimseye açmadıklarını (n=2) ve uyumak istediklerini (n=2) belirtmişlerdir.

“Sigara içiyorum... bilmiyorum unutmaya çalışırım ama tabi unutulmaz mümkün değil... düşünürüm çok düşünürüm yatarken bile o konuyla yatarım. Sabah kalktığımda o konuyla kalkarım. Sanki beynimde sabaha kadar hiç uyumamış gibi olurum. Beynimde o konu böyle çalışır... sabahta o şekilde uyanırım... rahatlamak için elişini çok seviyorum örgü örmeyi. Bulmaca çözüyorum, gazete, dergi okumayı, televizyon seyretmeyi seviyorum” (K4, 38 yaş)

“Dışarıya çıkarım. Temiz hava alırım. Daha da stresim geçmedi mi, girer yeniden bağırırım içeriye, eşime. Çünkü en büyük şeyim bağırarak. Rahatlatıyor, eşim hiç seslenmiyor karşımda. Daha da çok strese giriyorum... eşimde bana bağırırsa belki bu kadar stres olmam. Gazete okurum ve en büyük zevkim bulmaca çözmektir” (K18, 42 yaş)

“Ya biriyle konuşuyorum, çünkü içimi döktüğümde o streten kurtuluyorum ya da odama kapanıp ailemin albümüne resimlerine bakıp öyle atlatıyorum” (K16, 22 yaş)

“Birisiyle konuşma ihtiyacı duyuyorum. Yani kendi başıma kesinlikle kalamıyorum... Uyuyorum. Bazen de kimseyi istemeyip devamlı uyuma eğilimine de girebiliyorum. İlaç almadan kendimi uyuşturup uyuyabiliyorum yani... rahatlamak için, müzik dinlerim... İnternette gazete okurum... Bazen örgü, onun dışında bir arkadaşına gitmeyi veya alışveriş yapmayı uygun görürüm” (K1, 35 yaş)

“Rahatlamak için yaptığım bir uğraş... arkadaşlar ve konuşmak. Ondan sonra bir şeyler yemek içmek yani o an değişik bir şey olsun, güleyim isterim. Yani zaman zaman mesela elişi yaparım. Yani onu yaparken kafamdaki düşünce dağılır. Bir şey düşünmem ona veririm kendimi beni rahatlatır. Ama bu sürekli yaptığım bir şey mi hayır... televizyon izlemesini, müzik dinlemesini çok seviyorum onlar beni rahatlatıyor” (K19, 25 yaş)

“Streten kurtulmak için pek bir şey yapmam ama müzik dinlerim, ona da imkan bulursam artı spor salonu benim stres attığım en güzel yer. Uyurum veya işte bir çay, bir kahve içerim. Bunlar benim için rahatlatıcıdır” (K14, 29 yaş)

“Streten kurtulmak, rahatlamak için tütsü yakarım. Aromatik mumlar, aromatik yağ ve su karışımı örneğin lavantayı yakarım. Hem evimde güzel kokuyor o zaman... limon ya da portakalı yedikten sonra ocakta kokusu çıksın diye yakarım. Mutlaka oda spreyim vardır. Evimi temizlerim, streten kurtulmak için kokudan yararlanırım... eğer problemimi kendim halledemiyorsam, o an yanımda kim varsa konuşabileceğim... telefonla ulaşabileceğim biriyle paylaşırım mutlaka streten kurtulmak için... bazen biraz yüksek sesle, rahatlatıcı klasik müzik dinlerim. Eğer evde uygun bir zamandaysam resim yaparım. Eğer ki fırsatım varsa cam boyarım. Uzun zamandır elime almadığım bir kitap varsa tekrar başlarım, yine yarıda bırakırım. Deniz kenarına giderim. Kuma basmak beni rahatlatır. Denizi seyredirim” (K2, 29 yaş)

“O ortam, stresli olay neyse ondan uzaklaşmaya çalışırım... rahatlamak için kitap okurum, film izlerim ondan sonra. Şimdi yeni yeni kurslara başladım” (K5, 42 yaş)

“Rahatlamak için kitap okuyorum. Zaten ev işinden çocukların işinden fırsat kalmıyor. Yemek yiyorum” (K17, 42 yaş)

“Doktora gittim ilaç verdi nasıl bir ilaç deseniz bilmiyorum, aldım duruyor... çünkü doktor ben bu hapı veriyorum sana ama içmeni istemem neden, çünkü sen sıkıldığın zaman bir şey olsa bile kapıyı kapat çık yürüyüş yap, çık hava al, bende aynısını yapıyorum... derin derin nefes almaya çalışıyorum ya da kendimi kilitliyorum, suçu olsun olmasın 24 saat hiç kimseyle konuşmam, ne yerim ne içerim hiç bir şey. Geçen sene camiye gittim mesela evde kalmak istemediğim için orda kaç tane kadın var... onların dertleri şuydu buydu derken bu bana bir tür terapi gibi geldi hoşuma gitti, öyle çalışmayı severim... ev işi yani örgüdür danteldir. Mutfağa girerim, her çeşit yemeği değerlendiririm, çoğunlukla ne varsa ondan bundan şundan ölçsüz, tarifsiz yaparım” (K10, 43 yaş)

“Çok sabrediyorum, çok dua ediyorum yani en büyük dayanağım odur... kendi kendime yardımcı oluyorum... insan ilaçlara bağlandı mı? ...bağımlı gibi bir şey oluyorsun... el işleri yapıyorum... evime bir katkı olsun diye yapıyorum yani rahatlatıyor biraz... eşim rahatsız, artık kaldıramıyor yükü. Günden güne yükümüz ağırlaşıyor” (K11, 30yaş)

“Bazen çok aşırı derecede stresli olduğum zaman, mesela nefes alamıyorum. Saçma sapan konuşmaya başlıyorum ya da hiç yoktan bağırıp çağırmaya başlıyorum. Çevremdekiler de şaşırıyor. Ben de ne yapıyorum? Evde isem kalkıp ılık bir duş alıyorum veya o an kendimi iyi hissediyorsam, kendimi hemen dışarı atarım... kütüphaneye giderim bir şeyler okurum sonra çıkar eve gelirim... bazen de çok sıkıldığım zaman mesela hiçbir insanı dinleyecek tahammülüm olmaz. O yüzden kendimi ya kapatırım, ya da yataktan çıkmam. Yatağın içinde düşünürüm sigara içerim. O saatler sürer. Yani kabuğuma çekilirim bazen... el işi yaparım... elimden geldiği kadar insanlara yardım etmeye çalışırım bu da benim elimde olan bir şey değil.” (K8, 41 yaş)

“Evlendikten sonra... kayınvalidem, kayınbabam ve eşimin çevresi her şeyi... insanı hor görürler. Mesela bir şey desen gülsen, aa sen gelinsin bunu yapamazsın, derler. Kendi ailemden öyle bir şey görmediğim için çıkıp gitsen gidemezsin. İşte bebeğin var, atamazsın. Bir şekilde çileye katlanıyorsun. İster istemez emrivakiler oluyor eziliyorsun.

Gençlik yıllarım hep çileyle geçti şimdi ne kadar söz sahibi olsan ne kadar dünyalar benim olsa da yani bende eksik bir şey bırakıyor. Gözüme gelmiyor, şimdiki yaşantım... yani gençliğin gitmiş... şimdiden sonra can sağlığımla uğraşıyorum. İsteyip de yapamadıklarını şimdi yapamazsın ki. Yani ne yaşına gider, ne bana gider. ... yapamazsın çünkü gelin sahibisin, torun sahibisin. Bir takım özlemler tabii ki vardır içimde, şimdi o özlemleri istesem de yapamam ki. Bu da ne oluyor sıkıntı oluyor. İşte o zaman annelere hasret bıraktılar. Eşim şofördü giderdi... üç ay, dört ay, altı ay gelmezdi. ... sen kırk kişinin içinde canın çıkasıya kadar çalışıyorsun. Makine var kullanmazlar, tüp var kullanamazsın ha birde ocak yak derler. Akşama kadar çamaşır yıka, derler. Gelen gidenin kahrını çek derler. Neymiş gelinmiş... o zaman eşimle beraber gezmek isterdim... en basiti denize gitmek isterdim... yani eşim de biliyor benim bu özlemlerimi, isteklerimi... stresten kurtulmak için el işi yaparım, ev işi yaparız yemek falan. Mesela bizim ev yemeklerimiz yöresel biraz ağır olduğu için uğraşmak gerekiyor. Onla uğraştığın zaman birazda mırıldandığın zaman olur gider” (K3, 48 yaş)

“Stresten kurtulmak için hiçbir şey yapamıyorum. Temizlik yapıyorum, işe gidip geliyorum yani düşünmemeye çalışıyorum ama isteyken bile kafam hep dolu” (K9, 24 yaş)

“Makyaj yaparım, banyo yaptığımda kendimi daha arınmış hissediyorum” (K15, 25 yaş)

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar yorumları ile birlikte verilmektedir. Sonuçlar, premenstrual sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimleriyle ilgili olarak beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık ve stres durumları olmak üzere sekiz başlık altında tartışılmıştır.

4.1. Kadınların Beslenme Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kadınlardan bazıları yemek yemenin önemli olmadığını, onlar için bir şey ifade etmediğini ya da ne yediğinin önemli olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun sabahları düzenli kahvaltı yaptıkları, dört kadının ise kahvaltıda tüketmesi gereken besinleri tüketmediği tespit edilmiştir. Kadınların yarısı iki ana öğün, bazıları (n=6) üç ana öğün ve beş ile beşten fazla öğün (n=4) yemektedirler. Kadınların ara öğünlerine bakıldığında da tek yönlü ve sağlıksız beslendikleri görülmüştür. Katılımcıların abur cubur (n=6) veya ekmek arası (n=4) şeklinde atıştırmalar yaptığı hatta ekmek arasıyla (n=2) bütün öğünlerini geçiştirdiği belirlenmiştir. Katılımcıların düzenli olarak her besin grubundan yemedikleri, bazılarının tek yönlü karbonhidrat ağırlıklı, bazılarının kırmızı etten zengin beslendikleri, düzenli beyaz et, sebze ve meyve tüketmedikleri tespit edilmiştir. Görüşme yapılan kadınlar her gün karbonhidrat, protein, sebze ve meyve yemeleri gerektiğini bilmemektedir.

Premenstrual sendromda beslenmenin önemli olduğu, fazla karbonhidrat alma, aşırı yeme, aşırı kafein tüketmenin PMS belirtilerini arttırdığı bilinmektedir. Bu dönemde

yüksek kalorili yiyecekler kısıtlandığında ve düzenli egzersizler yapıldığında yakınmaların azaldığı görülmüştür (Güneş ve ark 1997). Menstrual şikayetlerle baş etmede beslenmenin düzenlenmesi ve gevşeme yöntemleri (düzenli egzersiz, stresle baş etme yolları) uygulanması konusunda genç kızların desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Taşcı 2006).

Kadınların adet öncesi alımını arttırdıkları yiyeceklere bakıldığında, tamamına yakınının tatlı içeren yiyecek tükettikleri belirlenmiştir. Literatürde de kadınların adet öncesi alımını arttırdığı yiyecekler arasında tatlı içeren gıdalar ilk sıralarda yer almaktadır. Tatlı olarak çikolata yiyen kadınlar, katılımcıların hemen hemen yarısını oluşturmuştur. PMS’de çikolata, kola, kahve, alkol, nikotin, kırmızı et, şeker ve tuz içeren yiyeceklerin kısıtlanması önerilmektedir (London ve ark 2003). Güneş ve ark (1997)’nin çalışmasında çikolata, salam, sosis gibi yüksek kalorili yiyeceklerin kısıtlanması ile PMS yakınmalarının azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada kadınların yüksek kalorili yiyecekleri daha çok tükettiği görülmüştür.

Karbonhidratlara olan isteğin artması PMS’de sık görülen bir durumdur ve luteal faz boyunca serotonin düzeyindeki azalmaya yanıt olarak oluştuğu düşünülmektedir (Pınar 2007). Hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde karbonhidrat ile beslenmenin beyindeki serotonin seviyesini arttırdığı saptanmıştır. Bazı araştırmacılar PMS’li kadınların farkında olmadan karbonhidrat ile beslenmeyi arttırarak kendi kendilerini tedavi etme yolunu seçtiklerini düşünmektedirler (Hourani ve ark 2004). Görüşme yapılan kadınların da kendilerini bu şekilde tedavi ettiği düşünülebilir. Nagata ve ark (2004)’nın 356 kız öğrenciyle beslenme ve premenstrual belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, yüksek konsantrasyonlu karbonhidrat içeren yağlı yiyecekler tüketmeleri ile premenstrual belirtiler arasında bir ilişki olabileceği belirtilmiştir. Kızılkaya (1994) yaptığı çalışmasında iki ayrı gruba, premenstrual şikayetlerin azaltılmasına yönelik diyet (çay, kahve kola, şeker, tuz alımının kısıtlanması, B6, Mg, çinko içeren yiyecekler yenilmesi) önermiştir. Ayrıca gruplardan birine diyetle birlikte gösterilen egzersizi uygulamalarını, diğer gruptakilere ise diyetle birlikte progressif gevşeme tekniklerini uygulamalarını önermiştir. Bu çalışmanın sonucunda diyet ve egzersiz ile diyet ve progressif gevşeme yapan grupların her ikisinde de premenstrual şikayetlerin tümünde anlamlı düzeyde bir azalma saptanmıştır.

4.2. Kadınların Spor/ Egzersiz Yapma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Görüşme yapılan kadınların tamamı egzersiz yapmanın sağlık için önemini bilmektedir. Ancak katılımcıların çoğu (n=12) egzersiz yapmamakta ya da düzensiz egzersiz yapmaktadırlar. Bu araştırmada kadınlardan bazılarının yürüyüş yaptığı veya ara sıra egzersiz yapmaya çalıştığı ve sadece bir kişinin profesyonel yardım alarak düzenli spor salonuna gittiği belirlenmiştir. Bu araştırmada haftada üç ve üzerinde egzersiz yapanlar oldukça azdır.

Yürüyüş yapan ya da vücut egzersizleri yapan kadınların tamamına yakını bunlar için özel zaman ayırmamakta ve profesyonel yardım almadan yapmaktadırlar. Güneş ve ark (1997)'nin çalışmasında düzenli egzersizler yapıldığında PMS yakınmalarında azalma görüldüğü belirtilmiştir. Dickerson ve ark (2003)'ü pratik aerobik egzersizlerinin PMS kontrolündeki belirtileri azalttığını bildirmiştir. Beden egzersizleri, aerobik egzersizleri, hızlı yürüyüş, jogging ve aerobik dansı genellikle PMS belirtilerini azaltmaktadır (London ve ark 2003). Kondüsyon egzersizleri, premenstrual sıvı retansiyonunda etkin bir tedavidir. Bu tür egzersizler, menstruasyon öncesindeki haftada günde en az 30 dakikaya çıkarılmalıdır (Demir ve ark 2006). Sağlık davranışlarını inceleyen bir başka araştırmada kadınların erkeklere göre daha az egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Pasinlioğlu ve Gözüml 1998).

Egzersizin beta-endorfin düzeyini arttırarak duygu değişimleri ile depresyon belirtilerini dengelediği düşünülmektedir. Tedavide egzersizin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Kadınlar üzerinde yapılmış bir çalışmada, egzersizin kadınların yarısından fazlasında PMS belirtilerini hafiflettiği açıklanmıştır. Genel olarak egzersizin PMS belirtilerini hafifletmeye %80 oranında yardımcı olduğu ve düzenli egzersiz yapanlarda PMS'nin ciddi belirtilerinin daha az görüldüğü bilinmektedir. Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu, premenstrual depresyonda azalma ve stresin azaldığı gözlenmiştir. Dolayısıyla bu azalma, harcanan fiziksel enerji ile bağlantılı bulunmuştur (Pınar 2007).

Prior ve ark (1987)'ı altı ay boyunca düzenli egzersiz yapan kadınlarda meme hassasiyetinin, su retansiyonunun, depresyon ve stres belirtilerinin azaldığını belirtmektedir. Lustyk ve ark (2004)'ı da yaptıkları çalışma sonucunda PMS'li kadınlarda stresi azaltmak için egzersizi önermektedirler. Aganoff ve Boyle (1994), çalışmasında sporcu bayanlarda PMS'yi değerlendirmiş ve düzenli egzersiz yapan grubun düzenli egzersiz yapmayan gruba göre zayıf konsantrasyon, negatif etki, davranışsal tepki, ağrı gibi Menstrual Distres Şikayet Listesi'ne ait puanların istatistiksel olarak daha düşük olduğunu belirtmiştir. Düzenli olarak yapılan egzersiz, belirtilerde azalma ve duygusal iyileşme sağlamaktadır (Demir ve ark 2006). Bayram (2007) yaptığı çalışmada, sporcu bayanlar ile sedanter bayanlarda görülen PMS'yi karşılaştırmış ve sporcu bayanlarda bu hastalığın daha az görüldüğünü belirtmiştir. PMS vakalarında düzenli egzersiz ile birlikte kendi kendine yapılan gevşeme yöntemlerini uygulamak ta belirtilerin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Ruhi 1992). Egzersiz yapan kadınlarda kızgınlık ve depresyonda azalma olur, aynı zamanda endokrin sistem de etkilenir. Efor sarf etmekle kortizon, testosteron, prolaktin, P-endorfin ve GH artarken, estrogenin metabolik klerensi hızlanarak kan düzeyi düşer (Acar 1996). Egzersiz yapma literatürde de belirtildiği gibi egzersiz yapmanın PMS yakınmaları üzerinde olumlu etkileri olmasına rağmen bu çalışmada kadınların düzenli ve yeterli egzersiz yapmadığı görülmüştür.

4.3. Kadınların Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmada kadınların yarısının düzenli olarak uyudukları, diğer yarısının ise düzenli uyuyamadıkları belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınlar geceleri yattıklarında huzurlu olamadıkları için uyuyamadıklarını ve stresin uyku düzenlerini etkilediğini belirtmiştir. Kadınların uyuma sürelerine bakıldığında katılımcıların bazıları (n=7) uyku için uygun olan altı ile sekiz saat arasında uyurken, beş kişi üç ile altı saat arasında ve diğer beş kişi ise on saat ve üzerinde uyuduğunu belirtmiştir. Görüşmeye katılan kadınlardan tamamına yakınının çeşitli nedenlerle uykusunun kesintiye uğradığı görülmüştür. Kadınların çoğunluğu uykularının kesintiye uğramasından dolayı sinirli olduklarını (n=9), yorgunluk (n=2) ve sersemlik (n=1) hissettiklerini belirtmiştir.

Dickerson ve ark (2003)'ı PMS olan kadınların uyku ile ilgili sorunlar yaşadığını, uykusuzluk ya da aşırı uyuduklarını belirtmektedir. Bu araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur. Uyku bozuklukları PMS'nin en çok görülen belirtilerinden biridir (Karadağ 2001). Bununla birlikte Amerikan Kadın Sağlığı Ofisi (2007) PMS'li kadınların geceleri sekiz saat uyuması gerektiğini belirtmektedir.

4.4. Kadınların Sağlıklarını Olumsuz Etkileyen Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Katılımcıların tamamına yakınının sağlık açısından kötü alışkanlıkları bulunmaktadır. Kadınlardan dokuz tanesi sigara içmektedir. Bu sigara içen kadınlardan bazılarının günde bir paket sigara içtiği, bazılarının ise yarım paket veya yarım pakete yakın sigara içtiği belirlenmiştir. Katılımcılardan üç kişi de artık sigara içmediğini, bıraktıklarını ifade etmiştir. Görüşme yapılan kadınlar sigara alışkanlıklarından bahsederken sigarayı bırakmak istediklerini ancak bırakamadıklarını belirtmişlerdir.

Sigara içme miktarı arttıkça PMS sıklığıda artmaktadır. Sigaranın, PMS'yi artırıcı bir etkisi vardır, PMS tedavisinde belirtileri azaltmak için sigara tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir (Demir ve ark 2006). Masho ve ark (2005)'nin yaptıkları bir çalışmada genç ve sigara içenlerde PMS prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Pınar (2007) sigara kullanımı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Cohen (2002) günde dörtten fazla sigara içenlerde premenstrual belirtilere daha sık rastlandığını ifade etmektedir. Wittchen ve arkadaşları (2002) ise PMS'li hastalarda nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu saptamıştır. Bu araştırmada literatürle uyumlu olarak kadınların çoğunluğu sigara içmektedir.

Araştırmaya katılan kadınlardan bazılarının günde ortalama yarım ile bir litreye yakın kola içtiği saptanmıştır. Araştırmada kola içen katılımcılardan birinin su yerine kola içtiğini ifade etmesi dikkat çekici bir bulgudur. Güneş ve ark (1997)'nin yaptığı bir çalışmada sık kola içenlerde PMS sıklığı içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Görüşme yapılan kadınların çay içme durumuna bakıldığında tamamına yakını (n=17) çay tüketmektedirler. Günde en az üç ile yedi fincan arasında içenlerin sayısı yedi kişi, yedi fincan ve üstünde içenlerin sayısı dokuz kişidir. Ayrıca çay içen kadınlar çayın kendilerini rahatlattığını ifade etmişlerdir. Yapılan araştırmaların çoğunda PMS belirtileri ile çay arasında ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada kadınların çoğunluğu çok miktarda çay tüketmektedir. Güneş ve ark (1997)'nin yaptığı bir çalışmada iki bardak çay içenlerde PMS sıklığı %16.2, üç bardak çay içenlerde %18.3, daha çok içenlerde %33 bulunmuştur. Çay içme miktarı arttıkça PMS sıklığı da artmaktadır.

Araştırmada kadınların yarısı yaşamlarında kahve kullanmaktadır. Son çalışmalar, kafein tüketimiyle PMS'nin şiddeti arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Demir ve ark 2006). Çünkü kafein stimülandır, gerginlik, irritabilite ve duygusal labiliteyi artırır (Adıgüzel ve ark 2007). Kafein aynı zamanda meme gerginliğine neden olabilecek benign meme hastalıkları ile de ilişkilidir. Bu nedenle de kısıtlanması uygun olur (Demir ve ark 2006). Uykusuzluğun ve menstruasyon öncesi sinirliliğin giderilmesinde kafein içeren içeceklerin kısıtlanması tavsiye edilmektedir (Dickerson ve ark 2003). Pınar (2007)'da PMS'de kafein alımının kısıtlanmasını önermektedir.

4.5. Kadınların İletişim Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Görüşme yapılan kadınların çoğu iletişim kurmada güçlük yaşamadığını ifade ederken, beş kişinin iletişim kurmada sorun yaşadığı saptanmıştır. Kadınların çoğunun eşi veya sevgilisiyle iletişim problemi yaşadığı sadece üçünün iletişim problemi yaşamadığı belirlenmiştir. Kızılkaya çalışmasında (1994) Paulson'un menarş ve menstruasyona ilişkin olumsuz tutumlar ile aile içi ilişkilerde bozukluk gibi psikolojik faktörler ve PMS şiddeti arasındaki ilişkiyi destekleyen pozitif bulgular saptadığını vurgulamıştır. Yaşam biçimleri ve meslek seçimlerinin PMS'ye etkileri üzerine olan bir çalışmada (York ve ark 1989), belirtilerin evlilikte doyumsuzluk derecesiyle paralellik göstererek arttığı ve işi olan ancak bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınlarda PMS şikayetlerinin fazla olduğu, ev kadınlığını kendi seçmiş ve çocuklu kadınlarda ise şikayetlerin en alt düzeyde bulunduğu gözlenmiştir. Ussher (2003)'in yaptığı çalışmada premenstrual belirtileri olan kadının ailesiyle etkileşimi

iyi ise belirtilerin daha kolay ve kısa sürede atlatıldığı bulunmuştur. Bu bilgiye göre görüşmeye katılan kadınların eşleri ile problem yaşamaları PMS belirtilerini daha kolay ve kısa sürede atlatamadığını düşündürmektedir.

Görüşmeye katılan kadınlardan 17 kişi yakınlarının olduğunu ve 10 kadının problemlerini yakınlarıyla mutlaka paylaştığı dört kadının ise paylaşmadığı belirlenmiştir. Demir ve ark (2006) araştırmalarında, yıllar geçtikçe premenstrual belirtilerinizin artış nedenini neye bağlıyorsunuz, diye sorulduğunda kadınların %12.6'sı kişisel sorunlar, %5.3'ü ise aile ile geçimsizlik olduğunu belirtmişlerdir. Er ve ark (2008)'ı yaptıkları bir araştırmada PMS yaşayanların %50.6'sının sosyal yaşamlarının bu rahatsızlıktan dolayı etkilendiğini bulmuştur. Amerikan Kadın Sağlığı Ofisi (2007) PMS'li kadınlara “arkadaşlarınızla konuşun” önerisinde bulunmaktadır. Sosyal desteği düşük seviyede olan kişilerde PMS'nin etkisi şiddetlenir. Bu nedenle menstrual siklus belirtilerinde sosyal destek verilmelidir (Haywood ve ark 2007). Connolly (2001) PMS'nin tedavisinde kadınlara problem çözme, empatik dinleme, psiko-eğitim gibi değişik alanlarda destek gruplarına katılmayı önermektedir.

4.6. Kadınların Duygusal Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Katılımcıların arasında mutlu olduğunu ifade eden sadece bir kişidir. Katılımcıların çoğunun çok hassas ve ağlamaya meyilli oldukları, en küçük olayda bile duygularını uç sınırlarda yaşayabildikleri belirlenmiştir. Kadınlardan bazılarının gün içinde bile kendini umutsuz ve çaresiz hissettiği, sadece bir kişinin kendini umutsuz ve çaresiz hissetmediği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada (Güneş ve ark 2000), kadınlardan kişilik yapılarının genel olarak nasıl olduğunu ifade etmeleri istenmiş, genellikle sakin yapıda olduğunu söyleyenlerde PMS sıklığı %19.2 iken, genellikle sinirli, heyecanlı ve gergin olduğunu söyleyenlerde %34.1 olarak saptanmıştır. Demir ve ark (2006)'nın yaptığı araştırmada, kadınların kişilik yapılarına göre dağılımı, kendi ifadeleri ile içe dönük (%9.4), dışa dönük (%20.5), agresif saldırgan (%6.7), mantıklı kuralcı (%28.3), duygusal (%35) olarak belirtilmiştir. PMS'nin psikolojik belirtileri bu araştırmaya katılan kadınlarda da görülmektedir.

Görüşme yapılan kadınların yarısı geleceğe olumlu baktıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları geleceğe olumlu veya olumsuz bakma durumlarının şartlara göre değiştiğini belirtirken, bazılarının ise geleceğe olumsuz baktığı belirlenmiştir. Katılımcılar için hayatın anlamı incelendiğinde kadınların yarısı için olumlu şeyler ifade ettiği saptanmıştır. Kadınlardan bazıları için hayat gereklilik ve bazıları için ise hayat olumsuz şeyleri ifade etmektedir. Kadınların içinde bulunduğu olumsuz duyguların geleceğe bakma durumlarını da olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Woods ve ark (1985)'ı, negatif yaşam olaylarının premenstrual ve menstrual olumsuz duygulanım ve menstrual su retansiyonunun artması ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Aynı şekilde büyük yaşam olaylarının ve günlük stresörlerin negatif duygulanım, su retansiyonu ve performans bozukluğuyla kesin olarak bağıntılı olduğu belirtilmektedir. Perkonigg ve ark (2004)'ı yaşanan travmatik olayların premenstrual belirtileri ortaya çıkardığını ve belirtileri şiddetlendirdiğini bildirmektedir. Yücel ve ark (2009)'nın yaptığı bir çalışmada PMS'nin depresyon riskini arttırdığı belirlenmiştir.

4.7. Kadınların Sağlık Tutumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Görüşmeye katılan kadınlardan tamamına yakınının vücuttaki sağlık ile ilgili değişiklikleri fark ettikleri belirlenmiştir. Kadınların yarısından fazlası vücudundaki değişiklikleri fark ettiğinde sağlık kuruluşuna gitmektedir. Kadınlardan bazıları ise vücuttaki değişiklikleri fark ettiklerinde önce bekleyip hastalığı çok ağırlaşırsa sağlık kuruluşuna gittiğini belirtmiştir.

Katılımcıların çoğunun kendiliğinden düzenli sağlık kontrollerine gitmediği bunlardan sadece yedi kişinin çağrıldığı sürece sağlık kontrollerine gittiği saptanmıştır. Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam ettirmesini etkiler. Bireyin sağlığının içsel kontrolü, kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini yansıtmaktadır (Yıldırım 2005). Yetişkinlikte yaşam biçiminin bir parçası olan davranışların genellikle ergenlik döneminde kazanıldığı, çocuk ve ergenlere doğru davranışı kazandırabilmenin yetişkinlerin davranışlarını değiştirmekten daha kolay olduğu vurgulanmaktadır (Geçkil ve ark 2006). Kadınların sağlıkla ilgili olarak düzenli sağlık

kontrollerine gitmeyişleri değiştirilmesi gereken bir yaşam biçimi olduğunu göstermektedir.

4.8. Kadınların Stres Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Görüşmeye katılan kadınlar birçok olayın kendilerini strese düşürdüklerini belirtirken ortak noktalardan biri de kadınların çoğunun, ev sorunlarının kendilerini strese düşürdüğünü ifade etmesidir. Kadınların gün içindeki bir şeyleri yetiştirme koşturmasının ve iş hayatının da kendilerini strese düşürdüğü belirlenmiştir. Kadınlarda hayat stresörlerinin olması, premenstrual belirtilerin şiddetli yaşanmasına neden olmaktadır (Gökçe 2006). Coughlin (1991)'in yapmış olduğu çalışmada PMS'li kadınların stresli yaşam olayları skalası çok yüksek çıkmıştır. Stresin azaltılması, mümkün olduğu kadar sorumlulukların azaltılması ve günün belli bir bölümünün yoga gibi rahatlama tedavilerine ya da tekniklerine ayrılması ile sağlanabilir (Ceydeli 2007). Hala birçok kadın azaltamayacakları stres yaşarlar. Çocuklarının ve yaşlı akrabalarının bakım sorumluluğu, ev işleri ve iş hayatı dengelenmelidir (Berek 2004). Bu araştırmada da kadınların sorumluluklarının fazla olduğu görülmektedir.

Adıgüzel ve ark (2007)'nın çalışmasında en sık görülen ve şiddetli hissedilen PMS belirtileri sinirli, huzursuz ve sıkıntılı hissetmek olarak belirlenmiştir. Son yıllarda değişik kültürlerdeki kadınlarda yapılan araştırmalarda, premenstrual belirtilerin oluşumunda sosyal, kültürel faktörlerin, aktivite durumunun ve yaşam stresinin önemli rolü olduğu gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe premenstrual belirtilerinde artış olduğunu ifade eden kadınlara (%37.4), bunu neye bağladıkları sorulduğunda %45.2'si stresli çalışma koşulları, %5.3'ü de ekonomik nedenleri dile getirmişlerdir (Demir ve ark 2006).

Araştırmada kadınların çoğunluğu stresle olumlu baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar. Kadınların yarısı olumlu yöntemlerin yanında olumsuz baş etme yöntemlerini de kullanmaktadır. Stresle baş etmede kullandıkları yöntemler şunlardır: Dışarı çıkıp dolaşmak, elişi ile uğraşmak, gazete, kitap gibi bir şeyler okumak, başkalarıyla konuşmak, film izlemek, sigara içmek, hiçbir şey yapmamak, bağırmak, yalnız kalmak,

kapılarını kilitleyip kimseye açmamak ve uyumaktır. Çeşitli hobiler ve sosyal faaliyetlerin arttırılması PMS üzerinde pozitif etki yaratmaktadır (Ceydeli 2007). PMS'li masaj yapılan ve yapılmayan (Girman ve ark 2003) kontrol grupları kıyaslandığında masaj yapılan kadınlarda PMS belirtileri gerilemiştir. Ayrıca yoga yapan kadınlarda da yapmayanlara göre PMS şikayetleri daha az görülmektedir. Pınar (2007) egzersiz programının stresle baş etmede yarar sağladığını belirtmiştir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar PMS'li kadınların beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumlarını ortaya çıkardığı için sadece görüşme yapılan kadınlarla sınırlıdır, genellenemez. PMS yakınmaları olan ve görüşme yapılan kadınların yaşam biçimleriyle ilgili sonuçlar aşağıdaki gibidir.

- Kadınlardan bazıları için yemek yemenin önemli olmadığı, onlar için bir şey ifade etmediği ya da ne yediğinin önemli olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunun sabahları düzenli kahvaltı yaptıkları, ancak bazılarının da kahvaltıda tüketmesi gereken besinleri tüketmediği tespit edilmiştir. Kadınların yarısı iki ana öğün yemektedirler. Kadınların ara öğünlerine bakıldığında da tek yönlü ve sağlıksız beslendikleri görülmüştür. Katılımcıların düzenli olarak her besin grubundan yemedikleri, bazılarının tek yönlü karbonhidrat ağırlıklı, bazılarının kırmızı etten zengin beslendikleri, düzenli beyaz et, sebze ve meyve tüketmedikleri tespit edilmiştir. Beslenme ile ilgili olarak kadınların öğün sayılarının ve yedikleri besinlerin yetersiz olduğu görülmüştür. Adet öncesi alımını arttırdıkları yiyeceklere bakıldığında katılımcıların tamamına yakınının tatlı içeren yiyecek tükettikleri belirlenmiştir.
- Kadınların tamamı egzersiz yapmanın sağlık için önemini bilmekte, ancak çoğu egzersiz yapmamakta ya da düzensiz egzersiz yapmaktadırlar. Yürüyüş yapan ya da vücut egzersizleri yapan kadınların tamamına yakını bunlar için özel zaman

ayırmamakta ve profesyonel yardım almadan yapmaktadır. Sadece bir kişinin profesyonel yardım alarak düzenli spor salonuna gittiği belirlenmiştir.

- Kadınların yarısı düzenli olarak uyku uyumakta iken, kalan yarısının düzensiz uyku uyudukları tespit edilmiştir. Aynı zamanda kadınların geceleri yattıklarında huzurlu olamadıkları için uyuyamadıkları ve stresin uyku düzenlerini etkilediği belirlenmiştir. Katılımcıların bazıları uyku için uygun olan altı ile sekiz saat arasında uyurken, diğerleri ise ya yetersiz uyku uyumakta ya da aşırı uyku uyumaktadırlar. Kadınlardan tamamına yakınının çeşitli nedenlerle uykusunun kesintiye uğradığı görülmüştür. Görüşmeye katılan kadınların çoğunun uykularının kesintiye uğramasından dolayı sinirli oldukları, yorgunluk ve sersemlik hissettikleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların tamamına yakınının sağlık açısından kötü alışkanlıkları bulunmaktadır. Katılımcı kadınlardan bazılarının günde bir paket sigara içtiği, bazılarının ise yarım paket veya yarım pakete yakın sigara içtiği belirlenmiştir. Görüşme yapılan kadınların sigara alışkanlıklarını bırakmak istedikleri, ancak bırakamadıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınlardan bazılarının günde ortalama yarım ile bir litreye yakın kola içtiği, kola içen katılımcılardan birinin su yerine kola içtiği saptanmıştır. Kadınların çay içme durumuna bakıldığında tamamına yakını çay tüketmektedir. Günde üç fincanın üstünde içenlerin sayısı çoğunluktadır.
- Görüşme yapılan kadınların çoğu iletişim kurmada güçlük yaşamadığını ifade ederken beş kişinin iletişim kurmada sorun yaşadığı saptanmıştır. Kadınların çoğunluğu eşi veya sevgiliyle iletişim problemi yaşamaktadır. Kadınların çoğunluğunun yakınları vardır ve bunların bir kısmı problemlerini yakınlarıyla mutlaka paylaşmaktadır.
- Katılımcıların arasında mutlu olduğunu ifade eden sadece bir kişidir. Katılımcıların çoğunun çok hassas ve ağlamaya meyilli oldukları, en küçük olayda bile duygularını uç sınırlarda yaşayabildikleri belirlenmiştir. Kadınlardan bazılarının gün içinde bile kendini umutsuz ve çaresiz hissettiği saptanmıştır. Kadınların yarısı geleceğe olumlu bakmaktadır. Katılımcılardan bazıları geleceğe olumlu veya olumsuz bakma durumlarının şartlara göre değiştiğini belirtirken, bazılarının ise geleceğe olumsuz

baktığı belirlenmiştir. Kadınların yarısı için hayatın anlamı olumlu şeyler ifade etmekte, bazıları için hayat gereklilik, bazıları için ise hayat olumsuz şeyleri ifade etmektedir.

- Kadınlardan tamamına yakını vücuttaki sağlık ile ilgili değişiklikleri fark ettikleri saptanmış ve yarısından fazlası vücudundaki değişiklikleri fark ettiğinde sağlık kuruluşuna gitmektedir. Kadınların çoğunun kendiliğinden düzenli olarak sağlık kontrollerine gitmedikleri belirlenmiştir.
- Katılımcıların büyük çoğunluğu stresle olumlu baş etme yöntemlerini kullanmaktadır. Kadınların yarısı olumlu baş etme yöntemlerinin yanında olumsuz baş etme yöntemlerini de kullanmaktadırlar.

5.2. Öneriler

PMS yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinde kadınların tamamına yakınının sağlık yönünden ve PMS'nin şiddetini artırıcı yönde olumsuz davranışları vardır. Bu bilgiler ışığında aşağıdaki öneriler ortaya çıkarılmıştır.

- Kadınların beslenme konusundaki eksikleri nedeniyle verilecek eğitimde; az ve sık aralıklarla beslenme, tuzdan az, kafein içermeyen içecek ve yiyeceklerden yeme, diyetle kalsiyum, magnezyum, yeşil sebze, yeterli su içilmesi ve vitamin E içeren yiyecekler alma gibi PMS'yi olumlu etkileyecek beslenme davranışları yönünde eğitim ve danışmanlık verilmelidir.
- Düzensiz egzersiz yapan kadınlara spor yapmayı hayatlarının parçası haline getirmeleri ve neler yapabilecekleri konusunda gereken eğitim verilmelidir.

- Kadınların uykuya dalmakta yaşadıkları sorunlardan dolayı uyumadan önce kendi kendine yapabilecekleri rahatlama teknikleri öğretilmeli ve yeteri kadar (sekiz saat) uyku uyumaları desteklenmelidir.
- Kadınların tamamına yakının sağlığını olumsuz etkileyen alışkanlıklarından dolayı özellikle çay, sigara, kahve ve kola alımını azaltmaları yönünde bilgilendirilmelidirler.
- Kadınların sağlıklarına yeterince önem vermedikleri saptanmıştır. Bu nedenle kendi sağlıklarının sorumluluğunun onlara da ait olduğu, düzenli yapılması gereken sağlık kontrollerinin neler olduğu ve yapabilecekleri konusunda eğitim verilmelidir.
- Kadınların çoğunun yapmış olduğu stresle olumlu baş etme yöntemlerinin desteklenmesi ve bazı kadınlarında yapmış olduğu stresle olumsuz baş etme yöntemlerinin azaltılması yönünde danışmanlık yapılmalıdır.
- Kadınların eşleri ile iletişim problemlerinin en aza indirilmesi konusunda ve aile üyelerinin PMS ile baş etmede kadına destek olması konusunda danışmanlık yapılmalıdır.
- Hemşireler PMS’de kadınlara eğitim, destek ve danışmanlık vermede aktif rol almalıdır.
- Araştırmanın daha büyük örneklem grupları ile tekrarlanması ve PMS belirtilerinin yoğun yaşandığı premenstrual dönem ile belirtilerin görülmediği menstruasyon sonrası dönemdeki verilerinin karşılaştırılması önerilebilir.

ÖZET

Araştırma premenstrual sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacı ile niteliksel olarak yapılmıştır. Veriler 18.03.2008 ile 25.10.2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından literatüre göre hazırlanmış soru formu, görüşme formu ve geçerlik-güvenirliği Gençdoğan tarafından yapılmış PMS Ölçeği ile toplanmıştır. İzmir İli Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran ve kriterlere uygun olan 20 kadınla ses kayıt cihazı kullanılarak derinlemesine görüşme yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır.

Beslenme ile ilgili olarak görüşme yapılan kadınların yarısının (n=10) öğün sayısı ikidir. Kadınların çoğu (n=12) düzenli spor yapmamaktadır. Kadınların tamamına yakınının (n=18) çeşitli sebeplerle uykusu kesintiye uğramaktadır ve kadınların sağlığını olumsuz etkileyecek kötü alışkanlıkları vardır. Kadınlardan bazıları (n=5) günde bir paket sigara içmektedir. Günde yedi fincan ve üstünde çay içenler dokuz kişidir. Görüşme yapılan kadınların çoğu (n=15) eşi veya sevgilisiyle iletişim problemi yaşamaktadır. Kadınların çoğu (n=13) evdeki sorunların kendilerini strese düşürdüğünü belirtmişlerdir. Kadınların kendiliğinden olması gereken sağlık kontrollerini yaptırmadığı görülmüştür.

PMS yakınması olan kadınların beslenme, spor, uyku, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, iletişim, duygusal durum, sağlık tutumu ve stres durumları gibi konularda eğitim ve danışmanlık gereksinimleri olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının PMS yakınmaları olan kadınlarla birlikte ailelerini de kapsayacak şekilde eğitim ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kadınlar, premenstrual sendrom, yaşam biçimi.

SUMMARY

The research was made qualitatively aiming to examine the life forms of women who have complaints about premenstrual syndrome. The datas were collected by interviews made deeply with twenty applicants chosen in suitable criteria from preclinical gynecology service of the Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Gynecological and Birth Hospital at İzmir by using a voice recorder with questionnaire prepared by the researcher according to literature, interview form and PMS scale which validity and reliability have done by Gençdoğan, between 18th March and 25th October of 2008. The descriptive analysis method was used in the evaluation of datas.

The half of women (n=10) interviewed about feeding habits have two times of meal a day. Most of the women (n=12) don't play sports regularly. Almost all of them (n=18) have sleeping problems and harmful addictions that effect their health. Some of the women (n=5) smoke twenty cigarettes a day. The number of women drinking over seven cups of coffee and tea a day is nine. Most of women (n=15) have lack of communication with their husband or lover. Most of them (n=13) thought about their home-based stress. It's also shown that they don't care about routine check-ups.

Women having complaints about PMS need education and counseling about feeding, sports, sleeping, habits, communication, sensitivity, healthcare and controlling their stress. Medical profession should educate and advise not only the women who have complaints about PMS but also their family's together.

Key words: Women, PMS, life style

KAYNAKLAR

Acar B (1996) *Premenstruel sendrom*, Editörler: AH Kişnişçi, E Gökşin, T Durukan, K Üstay, A Ayhan, T Gürkan, SL Önderoğlu, Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, s: 810-821, Ankara.

Acar E, Sey Y (2006) *Teknolojik yenilik üzerine kalitatif bir araştırma deneyimi*, İTÜ Dergisi/ A Mimarlık, Planlama, Tasarım, 5(2): 51-58.

Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı AE (2007) *Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması*, Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2): 1-8.

Aganoff JA, Boyle GJ (1994) *Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms*, Journal of Psychosomatic Research, 38(3): 183-192.

Akdeniz F, Gönül AS (2004) *Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi*, Klinik Psikiyatri, Ek 2, s: 70-74.

Aksu H, Sokullu G (2008) *Premenstrual sendrom ve günlük yaşam üzerine etkileri*, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 17(2): 111-119.

Aksu FM (1998) *Kadın hastalıkları ve doğumda başağrıları menstruel migren ve premenstruel gerilim sendromu*, İÜ Cerahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Başağrıları, Baş Dönmeleri Sempozyumu, 10-11 Aralık 1998, İstanbul, s: 125-129.

Atasü T, Şahmay S (2001) *Premenstrual sendrom*, Jinekoloji Kadın Hastalıkları, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s:524, İstanbul.

Aydın A (2003) *Çocuğu kanser olan annelerin aile yükü'nün belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A (2008) *Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması*, CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (1): 2.

Bayram OG (2007) *Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması*, Bakırköy Tıp Dergisi, 3(3): 104-110.

Bayram OG, Aktaş A (2008) *Menstruasyon sporcularda günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkiler?*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 24(1): 113-121.

Berber S, Karaöz B (2005) *Üniversite öğrencilerinde premenstrual döneme ilişkin yakınmalar ve bunlara yönelik uygulamaların incelenmesi*, 4.ncü Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20–23 Nisan 2005, Ankara, s: 246–247.

Berek SJ (2004) *Sık görülen psikiyatrik problemler*, Çeviri Editörü: A Erk, Novak Jinekoloji, 13. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, s: 329 İstanbul.

Better Health Channel (2008) *Premenstrual syndrome*, Erişim: [www.betterhealth.vic.gov.au/bhcv2/bhcarticles.nsf/pages/premenstrual_syndrome?open], Erişim Tarihi: 22.11.2008.

Ceydeli N (2007) *Premenstrual sendrom*, Anadolu Sağlık Merkezi Kadın Sağlığı Merkezi Bölümü, Erişim: [www.realage.com.tr], Erişim Tarihi: 28.05.2007.

Chou BYP, Morse AC (2005) *Understanding premenstrual syndrome from a chinese medicine perspective*, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11(2): 355-361.

Cohen L (2002) *Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women*, The Harvard Study of Moods and Cycles Journal of Affective Disorders, 70(2): 125-132.

Connolly M (2001) *Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management*, Advances in Psychiatric Treatment, 7: 469–477.

Coşkun A, İnanç N, Okumuş H, Taşkın L, Ekizler H, Karanisoğlu H, Yılmaz D, Kömürcü N, Pasinlioğlu T (1996) *Üreme organ yapı ve fonksiyonel bozuklukları*, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı, s: 202–203, İstanbul.

Dambro RM (1997) *Premenstrual sendrom*, Çeviri Editörü: EÜ Değerli, Klinik Tanı ve Tedavi, Nobel Tıp Kitapevleri, s: 832, İstanbul.

Debus M (2003) *Niteliksel araştırmalara giriş*, Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı, Çeviren: Hande Harmancı, Marmara Sağlık Eğitim Araştırma Vakfı, Yayın No: 2, İstanbul.

Demir B, Algül LY, Güvendağ ESG (2006) *Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması*, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 3(4): 262–270.

Dickerson ML, Pharm D, Mazyck PJ, Hunter HH (2003) *Premenstrual syndrome*, American Family Physician, 17 April, 67 (8): 1743-1752.

Domoney CL, Vashisht A, Studd WWJ (2003) *Premenstrual syndrome and the use of alternative therapies*, Annals New York Academy of Sciences, 997: 330-343.

Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A (2008) *Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(3): 231-236.

Figert EA (2005) *Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact*, Integrative Physiological & Behavioral Science, April-June 2005, 40(2): 102-113.

Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H (2007) *Progesterone for premenstrual syndrome*, Issue 2, The Cochrane Library 2007, Issue 2, page: 1-15, Erişim: [http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003415.html], Erişim Tarihi: 10.09.2008.

Geçkil E, Yıldız S (2006) *Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(2): 19-26.

Gegez EA (2007) *Keşifsel araştırma ve kalitatif çalışmalar*, Pazarlama Araştırmaları, 2. Baskı, Beta Basım AŞ, s: 58-61, İstanbul.

Gençdoğan B (2006) *Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek*, Türkiye’de Psikiyatri, 8(2): 82–86.

Gepshtein Y, Pltnikoff GA, Watanabe K (2008) *Kampo in women’s health: japan’s traditional approach to premenstrual symptoms*, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 14(4): 427–435.

Gold BE, Bair Y, Block G, Greendale AG, Harlow DS, Johnson S, Kravitz MH, Rasor OM, Siddiqui A, Sternfeld B, Utts J, Zhang G (2007) *Diet and lifestyle factors associated with premenstrual symptoms in a racially diverse community sample: study of women’s health across the nation (SWAN,)* Journal Of Women’s Health, 16(5): 641-656.

Gökçe G (2006) *Bir grup çalışan kadında premenstrual semptom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Gürel H, Gürel AS, Karayel M (1998) *Genç kızlarda premenstruel semptomların sıklığı ve okul hayatı & depresyon üzerine etkisi*, Türk Fertilité Dergisi, 6(1-2): 86-93.

Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M (1997) *Malatya’da lise öğrencilerinin premenstrual sendrom sıklığı*, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 4(4): 403-406.

Haywood A, Slade P, King H (2007) *Psychosocial associates of premenstrual symptoms and the moderating role of social support in a community sample*, Journal of Psychosomatic Research, 62: 9-13.

Hsiao MC, Liu CY (2007) *Unusual manifestations of premenstrual syndrome*, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 61 : 120-123.

Hourani LL, Yuan H, Bray MR (2004) *Psychosocial and lifestyle correlates of premenstrual symptoms among military women*, Journal of Women's Health, 13: 7.

Indusekhar R, Usman BS, O'brien S (2007) *Psychological aspects of premenstrual syndrome*, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 21(2): 207-220.

İnce N (2001) *Adolesan dönemde premenstruel sendrom*, Türkiye Klinik Tıp Bilimleri, 21 (5): 369-373.

Jones WH, Wentz CA, Burnett SL (1989) *Dysmenorrhea, premenstrual syndrome and related disorders*, Novak's Textbook of Gynecology, 7nd Ed., Williams & Wilkins, pp: 251-258, Baltimore.

Karadağ F (2001) *Adet öncesi disforik bozukluk*, Psikiyatri Dünyası, 5 (1): 11-14.

Karanisanoğlu H (1996) *Menstruasyon siklus problemleri*, Editör: H. Seçim, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Personeli Önlisans Eğitimi, s: 52-53, Eskişehir.

Kızılkaya N (1994) *Premenstrüel şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Koçoğlu D (2006) *Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Koci A, Strickland O (2006) *Relationship of adolescent physical and sexual abuse to premenstrual symptoms (PMS) in adulthood*, Issues in Mental Health Nursing, 28: 75-87.

London LM, Patricia, Ladewig W, Ball WJ, Bindler CR (2003) *Women's health care*, Maternal Newborn & Child Nursing Family Centered Care, Prenticehall, pp: 47, Newjersey.

Lustyk MKB, Widman L, Paschane A, Ecker E (2004) *Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology*, Women & Health, 39(3): 35-44.

Masho SW, Adera T, South-Paul J (2005) *Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome*, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 26(1): 33-39.

McKinley Health Center (2005) *Nutrition and premenstrual syndrome*, Erişim: [www.mckinley.uiuc.edu], Erişim Tarihi: 18.10.2008.

Mishell RD (2005) *Premenstrual disorders epidemiology and disease burden*, The American Journal of Managed Care, 11(16) : 473-477.

Müderriş İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşcı S, Bayatlı M (1999) *Genç kadınlarda premenstruel disforik bozukluk prevalansı*, Klinik Psikiyatri, 2: 197-201.

Nagata C, Hirokawa K, Shimizu H (2004) *Soy, fat, and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in japanase women*, BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, June, 111 (6): 594-599.

Nutrition Action Healthletter (2001) PMS, Erişim: [http://www.cspinet.org/nah/index.htm], Erişim Tarihi: 12.10.2008.

Pearlstein T, Steiner M (2008) *Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update*, J Psychiatry Neurosci, 33(4): 291-301.

Perkonigg A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen H-U (2004) *Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stres disorder*, The Journal of Clinical psychiatry, 65(10): 1314-1322.

Pınar A (2007) *15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Polat A, Yücel B (2004) *İki uçlu duygudurum bozukluğu olan kadınlarda premenstrüel sendromun değerlendirilmesi*, Nöropsikiyatri Arşivi, 41(1-4) : 5-20.

Pasinlioğlu T, Gözüml S (1998) *Birinci sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları*, C Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2) : 60-67.

Prior JC, Vigna Y, Sciarretta D, Alojado N, Schulzer M (1987) *Conditioning exercise decreases premenstrual symptoms: a prospective, controlled 6-month trial*, Fertil Steril, 47(3): 402-408.

Ruhi F (1992) *Premenstruel sendrom*, Türkiye Klinik Tıp Bilimleri, 12: 71-79.

Sarı YH (2001) *Down sendromlu çocuğu olan ailelere yönelik bir durum çalışması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Schnall S, Abrahamson A, Laird DJ (2002) *Premenstrual syndrome and misattribution: a self-perception, individual differences perspective*, Basic and Applied Social Psycholog, 24(3): 215-228.

Scott RJ, Disaia JP, Hammand BC, Spellacy NW (1997) *Menstruasyon ve menstrual fonksiyon bozuklukları*, Editör Erez S, Erez R, Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, 7.baskı, J.B. Lippincott Company & Yüce Yayın AŞ, s: 665–678, İstanbul.

Sülü E (2006) *Yoğun Bakımda Yatan Çocuk Hastaların Annelerinin Manevi Bakım (Spritüel Bakım) Gereksinimleri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Şatıroğlu H (1990) *Premenstrüel sendrom etyolojisinde su ve tuz retansiyonunun yeri*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara.

Trout KK, Basel-Brown L, Rickels RM, Schutta HM, Petrova M, Freeman WE, Tkacs CN, Teff LK (2008) *Insulin sensitivity, food intake, and cravings with premenstrual syndrome: a pilot study*, Journal of Women's Health, 17(4): 657-665.

Taşcı DK (2006) *Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6): 434–442.

Taşkın L (2005) *Üreme siklusu problemleri*, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 7. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, s: 578, Ankara.

Taylor RC, Lillis C, Mone LP, Lynn P (2008) *Sexuallity, fundamentals of nursing the art and science of nursing care*, 8nd Ed., Lippincott Williams &Wilkins, pp: 1051, Philadelphia.

T C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2000) *Kontraseptif yöntemler*, Cilt II, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, s: 179-180, Ankara.

Tortumluoğlu G, Selçuk E, Cansu S, Kaplan F, Katar T, Bulut N (2007) *Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevelansı*, 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Sempozyum Kitabı, 3-4 Mayıs 2007, İzmir, s: P37.

U S Department of Health and Human Services, Office on Women's Health (2007) *Premenstrual syndrome*, January 2007, Erişim: [www.womenshealth.gov], Erişim Tarihi: 16.11.2008.

Ussher JM (2003) *The ongoing silencing of women in families: an analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy*, Journal of Family Therapy, 25(4): 388-405.

WHO (2003), *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, World Health Organization 2003, Geneva.

Wittchen H-U, Becker E, Lieb R, Krause P (2002) *Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community*, Psychological Medicine, 32(1): 119-132.

Woods NF, Most A, Longenecker GD (1985) *Major life events, daily stressors and perimenstrual symptoms*, Nursing Research, 34(5): 263-267.

Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PMS (2007) *Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome (Review)*, The Cochrane Library 2007, Issue 2 Erişim: [http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001396.html], Erişim Tarihi: 06.10.2008.

Yıldırım N (2005) *Üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Yıldırım A, Şimşek H (2008) *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, 6.ncı Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Yonkers AK (2004) *Management strategies for PMS/PMDD*, Supplement to The Journal of Family Practice, September,15-20.

Yonkers AK, O'brien PMS, Eriksson E (2008) *Premenstrual syndrome*, The Lancet, 372 (9637): 446-447.

York R, Freeman E, Lowery B, Straus JF (1989) *Characteristics of premenstrual syndrome*, Obstet Gynecol, April 1989, 73(4): 601-605.

Yurdakul B (2008) *Nitel araştırma yöntemleri semineri*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.

Yücel M (2005) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 2. Baskı, Palme Yayıncılık, Ankara.

Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersor MA, Gençdoğan B, Özveren Ö (2009) *Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10 (1): 55-61.

Yüksel N (2001) *Premenstrual sendrom*, Ruhsal Hastalıklar, 2.Baskı, Çizgi Tıp Kitabevi, s:238, Ankara.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1977 yılında Karabük’te doğmuştur. İlk ve ortaokul eğitimini Karabük’te, lise eğitimini Zonguldak Sağlık Meslek Lisesi’nde tamamladıktan sonra 1995 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmaya ve eşzamanlı olarak da Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ebelik Bölümü’nde eğitime başlamıştır. Eğitimini 1997’de tamamladıktan sonra 2001 yılına kadar İzmir’de sonra Malatya İli’nde iş yaşamına devam etmiştir. İnönü Üniversitesi, Malatya Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü’nde 2002 yılında lisans eğitimine başlamış ve 2005 yılında mezun olmuştur. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda 2006 yılında yüksek lisans çalışmalarına başlamıştır. Halen İzmir Dr Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi’nde ebe olarak çalışmaktadır.

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesine kadar tüm aşamalarında sabrını esirgemeyen, tezime değerli katkılarda bulunan, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım saygıdeğer hocam Yrd Doç Dr Hilmiye Aksu'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim Yrd Doç Dr Nevin Akdolun Balkaya'ya, Doç Dr Zekiye Karaçam'a ve tüm ders hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli kadınlara,

Bugüne gelene kadar gösterdikleri özveri ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşime, kızıma, aileme ve kız kardeşime sonsuz teşekkür ederim.

EKLER

EK 1. Soru Formu

PREMENSTRUAL SENDROM YAKINMALARI OLAN KADINLARIN YAŞAM BİÇİMLERİNİN İNCELENMESİ

Kadınlar yaşamlarının 30–35 yılını adet öncesi dönemi ile ilgili yakınmalarla geçirmektedir. Benzer hormonal değişiklikler geçirmelerine rağmen adet öncesi yakınmalar değişiklik göstermektedir. Bu araştırma adet öncesi yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi amacı ile yapılacaktır. Bu amaçla düzenlenen anket formunu doldurmanız istenmektedir. Sorulara vereceğiniz cevaplar, sadece istatistiki olarak değerlendirilecek, tüm cevaplarınız ve kimlik bilgileriniz bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde gizli tutulacaktır.

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

Adınız Soyadınız

1. Yaşınız:.....

- a) <18
- b) 19–23
- c) 24–29
- d) 30–35
- e) >36

.....

Adresiniz

.....

.....

Telefon Numaranız

.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuryazar
- b) İlk- ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) Üniversite ve lisansüstü eğitim

3. Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul

4. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile

5. Gelir düzeyiniz nedir?

- a) Gelir giderden yüksek
- b) Gelir gidere denk
- c) Gelir giderden düşük

6. Sosyal güvenceniz nedir?

- a) Emekli Sandığı
- b) SSK

- c) Bağkur
- d) Güvencesi yok
- e) Diğer

7. Eşinizin eğitimi nedir?

- a) Okuryazar
- b) İlk - ortaokul mezunu
- c) Lise mezunu
- d) niversite ve zeri

8. Kaç yıldır evlisiniz?.....

- a) 1 yıl ve altı
- b) 2–5 yıl
- c) 6–9 yıl
- d) 10 yıl ve üzeri
- e) Evli değil

9. Ne iş yapıyorsunuz?

- a) Ev hanımı
- b) Memur-iřęi
- c) Emekli
- d) Serbest meslek
- e) Diğer

10. İlk adetinizi kaç yaşınızda oldunuz?

.....

11. Gebelik geğirdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Çocuğunuz var mı?

- a) Var
- b) Yok

13. Kaç ocuğunuz var?.....

- a) Yok
- b) 1
- c) 2 ve üzeri
- b) Yok

EK 2. Premenstrual Sendrom Ölçeği

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

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

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK 3. Görüşme Formu

BESLENME

Günde kaç öğün beslenirsiniz?
Sabahları düzenli kahvaltı eder misiniz?
Kahvaltınız neleri içeririr?
Yiyecekleri alırken nelere dikkat edersiniz?
(Fiyat, tat, koruyucu madde, tarih)
Her gün düzenli olarak yediğiniz besin grubu var mı?
Adet öncesi dönemde ilginizi çeken ve alımını arttırdığınız besinler neler?

SPOR

Egzersiz yapar mısınız?
Ne kadar sıklıkta yaparsınız?
Hangi sporları yapıyorsunuz?
Yaptığınız spor için uzmanlardan yardım alıyor musunuz?

UYKU

Düzenli uyur musunuz?
Uykunuz kesintiye uğrar mı?
Uyumadan önce kendinizi rahatlatmak için yaptığınız bir şey var mı?
Kaç saat uyursunuz?

SAĞLIKLARINI OLUMSUZ ETKİLEYEN ALIŞKANLIKLAR

Sigara, kola, kahve, alkol vs. alışkanlığınız var mı?
Ne kadar tüketirsiniz? Bir günde aldığınız miktar?

İLETİŞİM

İnsanlarla çabuk iletişim kurabilir misiniz?
Problemlerinizi kimlerle paylaşırsınız?
Eşinizle iletişim problemi yaşıyor musunuz?
Sevdiklerinizle ne kadar vakit geçiriyorsunuz?
İlişkilerinizi uzun süre devam ettirebilir misiniz?

DUYGUSAL DURUM

Kendinizi duygusal açıdan nasıl hissediyorsunuz?
Duygularınızı nasıl ifade edersiniz?
Kendinizi umutsuz, çaresiz hissettiğiniz anlar sık sık oluyor mu?
Geleceğe nasıl bakıyorsunuz?
Hayat sizin için ne anlam ifade ediyor?

SAĞLIK TUTUMU

Vücudunuzda sağlıkla ilgili değişiklikleri fark eder misiniz?
Düzenli kontrollere gider misiniz?
Sağlıkla ilgili bilgi almak için kitap, dergi vs takip eder misiniz?
Kilonuzu korur musunuz?

STRES

Etrafınızda sizi strese düşüren durumlar nelerdir?
Stresten kurtulmak için neler yaparsınız?
Rahatlamak için yaptığınız bir uğraşınız var mı?

EK 4. İzmir Dr Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR DR. ELİYARI ÜSTÜNDAĞ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ
BAŞTABIİLİĞİ

SAYI : B-10-4- İSM.4-35-65-57/ 5643
KONU : Yüksek Lisans Öğrencisi
Gülhan SOKULLU'nun Araştırması.

TARİH: 18/09/2007

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
AYDIN

İLGİ : 11.09.2007 tarih ve 05410 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülhan SOKULLU'nun belirtilen tarih ve konularda hastanemizde Araştırma yapması talep edilmektedir.

Gülhan SOKULLU'nun belirttiği konuda Araştırma yapması uygun görülmüş olup, ancak Etik Kurul Kararı tarafımıza gönderilmesinden sonra hastanemizde çalışmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Abdullah TAŞYURT
Baştıbip

EK 5. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADC.0.01.00/ 010-239
Konu :

21.9/2007

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 20.09.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan II nolu karar ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Mustafa BİRİNGİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR II

Protokol No : 2007/00182

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı- AYDIN

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Premenstrüel sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi" isimli tek merkezli araştırması yeniden görüşüldü.

Hatırlanacağı gibi 04.09.2007 tarihli kurul kararımızda; çalışmanın yapılacağı İzmir İli Dr. Ekrem Hayri ÜSTÜNDAĞ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nden izin belgesinin dosyada bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca dosyada bulunan Bilgilendirilmiş Olur Metin Formunda yer alan "*Size ait tüm bilgilerin gizli tutulacağından emin olabilirsiniz.*" ifadesinin "*Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır.*" şeklinde düzeltilmesi de gerekmektedir." denilmiştir.

Gelen dilekçe ekinde, izin belgesi ile yeni Bilgilendirilmiş Olur Metin Formunun dosyaya konulmak üzere geldiği görülmüştür.

Sonuçta, çalışmanın protokolu, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

09100 AYDIN

Tel: 256- 225 31 66/ 140- 149

Faks : 256- 212 31 69

internet adresi: <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

e-posta: etik@adu.edu.tr

EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/010-82
Konu :

27.1.3.200...

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU
ASYO Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 25.03.2009 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 10 nolu karar ilişikte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR 10

Protokol No : 2007/00182
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU- ASYO- Doğum-Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Etik Kurul'un 20.09.2007 tarih, 11 sayılı ve II nolu kararıyla ön onay verilen: Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hilmiye AKSU'nun "Premenstrüel sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerinin incelenmesi" isimli araştırmasının sonuç raporu görüldü.

Dilekçesinde çalışmanın- tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 7. Bilgilendirilmiş Olur Metni

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi’ dir.

Bu araştırmanın amacı, Premenstrual Sendrom yakınmaları olan kadınların yaşam biçimlerini incelemektir. Bu araştırma için gerekli bilgilerin toplanması amacıyla hazırlanmış formlarda kadınları tanıtıcı bilgiler, kadınların adet dönemi ile ilgili bilgiler ve yaşam biçimine (sağlık, spor, beslenme, sağlıklarını olumsuz etkileyen alışkanlıklar, uyku, duygusal durum) ait bilgiler yer almaktadır. Veri toplama formunda belirtilen durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmaya engel değildir. Sizden randevu alınarak size ulaşmak ve yüz yüze görüşme yapmak istenecektir. Formların doldurulması ve gerektiğinde ses kayıt cihazı eşliğinde görüşmek yeterli ve önemlidir.

Araştırmamıza katılmanız isteğinize bağlıdır, istediğiniz herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmamıza katılmayı kabul ettiğinize dair bu formu (bilgilendirilmiş olur formu) imzalamanız gerekiyor. Size ait tüm bilgilerin gizli tutulacağından emin olabilirsiniz.

Araştırma hakkında daha detaylı bilgiyi Gülhan SOKULLU’dan alabilirsiniz. Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no, varsa faks no.)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, İmzası, Tarih, Adresi (telefon no varsa faks no)

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı, İmzası, Tarih
Gülhan SOKULLU

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Tarih, Görevi:

+ Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.

EK 8. Bilgilendirilmiş Olur Formu

1. Aşağıda imzası olan ben “Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi ” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
2. Bu çalışmayı yürüten Gülhan SOKULLU çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Gülhan SOKULLU’ya çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, Yrd Doç Dr Hilmiye AKSU ve Gülhan SOKULLU ile tam bir uyum içinde çalışmayı kabul ediyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve özellikle dünya çapında tıp yetkililerine verebileceğini kabul ediyorum.
6. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Kadının adı, soyadı, adresi.

İmza, tarih:

Doktorun adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

Tanığın adı, soyadı, adresi:

İmza, tarih:

* Bu belgenin birer kopyası gönüllüye ve hekime verilecek ve hasta dosyasına eklenecektir.