



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMENSTRUAL SENDROM YAŞAYAN KADINLARIN
KULLANDIKLARI GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
UYGULAMALARI**

Hanife UÇAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

Düzce, 2020



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMENSTRUAL SENDROM YAŞAYAN KADINLARIN
KULLANDIKLARI GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP
UYGULAMALARI**

Hanife UÇAK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

Düzce, 2020

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp
Uygulamaları” adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 16/01/2020

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Nadire ERCAN TOPTANER
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Başkan



Dr. Öğretim Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN
Düzce Üniversitesi
Üye

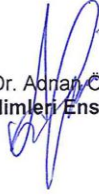


Dr. Öğretim Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ
Düzce Üniversitesi
Üye



Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 20 /02 /2020 tarih ve 2020/92 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Adnan ÖZÇETİN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



BEYAN

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

16/01/2020

Hanife UÇAK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında bilgi, destek ve katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, bana sürekli rehberlik eden ve çalışmamı destekleyen çok değerli danışman hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN'a ,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca çok değerli bilgilerini bizimle paylaşan ve yol gösteren ve her zaman destek olan saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ'a

Hayatımın her döneminde ve her konuda bana her türlü desteği sağlayan ve sevgilerini hiç esirgemeyen sevgili aileme, çalışmaya gönüllü katılan tüm katılımcılara en içten duygularıyla teşekkür ederim.



TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Premenstrual Sendrom ve Prevelansı	6
2.2. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi	7
2.3. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri	8
2.3.1. Yaş.....	8
2.3.2. Genetik	8
2.3.3. Stres.....	9
2.3.4. Çalışma durumu	9
2.3.5. Doğurganlık özellikleri	9
2.3.6. Medeni durum	9
2.3.7. Sigara kullanımı	10
2.3.8. Kahve tüketimi	10
2.4. Premenstrual Sendromun Belirtileri	10
2.5. Premenstrual Sendromda Tanı	11
2.6. Premenstrual Sendromda Tedavi.....	13
2.6.1.Farmakolojik tedavi	13
2.6.1.1. Ovulasyonun baskılanması	13
2.6.1.2. Diğer psikotropik ajanlar	15
2.6.2. Cerrahi Tedavi.....	15
2.7. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı.....	16
2. 8. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	16

2.9. Premenstrual Sendromda Kullanılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları.....	18
2.9.1. Bitkisel tedaviler	18
2.9.2. Vücut terapileri	19
2.9.2.1. Masaj.....	20
2.9.2.2. Akupunktur ve akupresür.....	20
2.9.2.3. Refleksoloji	20
2.9.2.4. Fitotreapi	21
2.9.3. Zihin ve beden teknikleri	21
2.9.3.1. Yoga.....	21
2.9.3.2. Fiziksel egzersiz.....	22
2.9.3.3. Hipnoz.....	22
2.9.4. Sıcak uygulama	23
2.10. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Hemşirelik Yaklaşımları.....	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	26
3.4.1. Bağımsız değişkenler	26
3.4.2. Bağımlı değişkenler	26
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	26
3.5.1. Kişisel bilgi formu.....	27
3.5.2. Premenstrual sendrom ölçeği	27
3.6. Uygulama Aşamaları	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR	30
4.1. Kadınların PMS Yaşama Durumunun İncelenmesi	30
4.2. PMS Yaşayan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri.....	30
4.3. PMS Yaşayan Kadınların GETAT Uygulamaları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	35

5. TARTIŞMA	41
5.1. Kadınların PMS Yaşama Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.2. PMS'nin Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
5.3. Kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	44
5.4. PMS Yaşayan Kadınların Kullandıkları Tedavi Yöntemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
5.5. PMS Yaşayan Kadınların Kullandıkları GETAT Yöntemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	51
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	70
8.1: Kişisel Bilgi Formu	70
8.2: Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	75
8.3: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	77
8.4: Etik Kurul Onayı	79
8.5: Araştırma Uygulama İzni	81
8.6: Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin Yazısı.....	82
9. ÖZGEÇMİŞ	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3. 1: Araştırmanın uygulama şeması	28
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1: ACOG’a göre PMS’nin sık görülen belirtileri ⁵	10
Tablo 4.2: PMS yaşayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=296).....	30
Tablo 4.3: PMS yaşayan kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı (n=296).....	31
Tablo 4.4:PMS yaşayan kadınların menstruasyon özelliklerine göre dağılımı (n=296)	32
Tablo 4.5: PMS yaşayan kadınların PMS risk faktörlerinin dağılımı (n=296).....	32
Tablo 4.6: PMS yaşayan kadınların özelliklerinin dağılımı (n=296)	33
Tablo 4.7:PMS yaşayan kadınların GETAT uygulamaları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=296).....	35
Tablo 4.8: PMS yaşayan kadınların GETAT yöntemlerini kullanma-yararlılık durumu (n=248).....	36
Tablo 4.9: PMS yaşayan kadınların yaş grupları ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	37
Tablo 4.10: PMS yaşayan kadınlarda eğitim durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	38
Tablo 4.11: PMS yaşayan kadınlarda çalışma durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	38
Tablo 4.12: PMS yaşayan kadınlarda kahve tüketimi ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	39
Tablo 4.13: PMS yaşayan kadınlarda anne veya kız kardeşte menstruasyon öncesi şikayet yaşama durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	39
Tablo 4.14: PMS yaşayan kadınlarda öfke durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248).....	40
Tablo 4.15: PMS yaşayan kadınların PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	40

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologist
APA	American Psychological Association
AWHONN	Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
BJOG	An International Journal of Obstetrics and Gynaecology
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GABA	Gamma-aminobutyric acid
GETAT	Geleneksel ve tamamlayıcı tıp
GnRH	Gonadotrophin-releasing hormone
HRT	Hormon replasman tedavisi
KOK	Kombine oral kontraseptif
LLPDD	Geç luteal faz distrofik bozukluk
PMD	Premenstrual distrofik bozukluk
PMS	Premenstrual sendrom
MAO	Progesteron monoamin oksidazı
NCCIM	Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi
NIH	Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü
SSRI	Selektif serotonin geri alım inhibitörleri
TAH-BSO	Total abdominal histerektomi bilateral salpingooferektomi

ÖZET

PREMENSTRUAL SENDROM YAŞAYAN KADINLARIN KULLANDIKLARI GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

Hanife UÇAK

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN

Ocak 2020, 83 sayfa

Üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen problemlerden biri olan Premenstrual Sendrom (PMS) tekrarlayıcı, psikolojik, fiziksel, davranışsal belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Kadınlar bu belirtileri azaltmak için, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanmaktadır. En sık kullanılan yöntemlerden birisi de Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarıdır. Araştırma, premenstrual sendrom yaşayan kadınların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin “Kadın Hastalıkları ve Doğum” polikliniğine başvuran 357 kadın oluşturmuştur. Veriler kişisel bilgi formu ve Premenstrual sendrom yaşama durumunu belirlemek amacıyla Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, Kolmogorov Smirnov testi, Pearson Korelasyon Katsayısı, Ki-Kare Testi, Fisher’s Kesin (Exact) Ki-Kare Testi, Freeman-Halton Fisher Kesin (Exact) Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda kadınların PMSÖ’den ortalama $129,67 \pm 19,17$ puan aldıkları bulunmuştur. Kadınların %82,9’unun PMS yaşadığı, PMS yaşayan kadınların %83,8’inin GETAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir. PMS yaşayan kadınların %26,2’si rezene çayını kullandığı %60’ının yarar gördüğü, %26,8 vücut terapilerinden masajı kullandığı %90,7 ‘sinin yarar gördüğü, %23,8 ‘inin yürüyüş yaptığı %96,6 ‘sının yarar gördüğü, %85,1 ‘inin duş aldığı %99,6 ‘sının yarar gördüğü, %90,7’sinin karına sıcak uygulama yaptığı, %99,6’sının yarar gördüğü bulunmuştur. Kadınların, PMS’de kullanılan GETAT yöntemleri ve bu yöntemlerin yararlılıkları konusunda bilgilendirilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Hemşirelik, Kadın Sağlığı, Menstrual Siklus, Premenstrual Sendrom.

ABSTRACT

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE APPLICATIONS USED BY WOMEN WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

Hanife UÇAK

Master's Thesis, Department of Nursing

Thesis Advisor, Assist. Prof. Dr. Filiz SÜZER ÖZKAN

October 2020, 83 pages

Premenstrual Syndrome (PMS), one of the most common problems in women of reproductive age, occurs with repetitive, psychological, physical and behavioral symptoms. Women use pharmacological and non-pharmacological methods to reduce these symptoms. One of the most common methods is Traditional And Complementary Medicine Practices. The research was carried out to determine the traditional and complementary medicine practices used by women experiencing premenstrual syndrome. The sample of the descriptive study was 357 women who applied to the "Gynecology and Obstetrics" polyclinic of Düzce University Health Practice and Research Center. The data were collected by using the personal information form and the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) in order to determine the life situation of premenstrual syndrome. In the evaluation of the data, number, percentages, Kolmogorov Smirnov test, Pearson Correlation Coefficient, Chi-Square Test, Fisher's Exact Chi-Square Test, Freeman-Halton Fisher Exact (Exact) Chi-Square tests were used. As a result of the research, it was found that women received an average of 129.67 ± 19.17 points from PMSS. It was determined that 82.9% of women experienced PMS and 83.8% of women living with PMS used GETAT methods. 26.2% of women experiencing PMS use 60% of fennel tea, 26.8% of them use massage from body therapies, 90.7% benefited, 23.8% walk, It was found that it benefited, 85.1% took a shower, 99.6% benefited, 90.7% applied hot to the abdomen, 99.6% benefited. It can be suggested that women be informed about the GETAT methods used in PMS and their usefulness.

Key words: Menstrual Cycle, Nursing, Premenstrual Syndrome, Traditional and Complementary Medicine, Women's Health.

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın yaşamının 30–35 yılını kapsayan ve doğal bir olay olan menstruasyon, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir¹. Premenstrual Sendrom (PMS) ise bu dönemde görülen menstrual problemlerden birisidir². PMS, ruhsal, davranışsal (depresyon, halsizlik, aşırı uyku hali, duygusal dalgalanmalar, libidoda artma, irritabilite, gerginlik, dikkat eksikliği gibi) ve fiziksel (göğüslerde büyüme ve hassasiyetin artması, büyümesi, vücutta su tutulumu, kilo artışı, baş ağrısı, bulantı-kusma, konstipasyon-diye, aşırı yeme isteği, susama hissi, ciltte akne görülmesi gibi) belirtiler ile ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler menstruasyon öncesi dönemde ortaya çıkmakta, menstruasyonun başlamasıyla ortadan kalkmaktadır³. PMS birçok kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir⁴.

Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN) Amerikan Kadın Doğum Birliği (American Psychological Association, ACOG), Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association, APA) tarafından PMS tanısı için bazı ölçütler yayınlanmıştır. AWHONN'a göre PMS değerlendirirken tıbbi, psikolojik, sosyokültürel ve yaşam tarzı gibi faktörler göz önüne alınmalıdır⁵.

Modern ve bilimsel tedaviler dışında uygulanan tedaviler geleneksel tıp olarak adlandırılmaktadır⁶. Tıbbi tedavi ile birlikte, tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedavi ve bakım sistemleri ise tamamlayıcı tıp olarak adlandırılmaktadır^{7,8}.

İnsanlığın varoluşundan günümüze kadar birçok hastalık ile yapılan mücadele, modern tıptan tamamlayıcı ve alternatif tedavilere kadar çeşitlilik göstermektedir. Tamamlayıcı ve alternatif tıp terimleri genellikle, bir başlık altında toplanmakta ve bir bütün olarak değerlendirilmektedir⁷.

Dünya üzerinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT); akupunktur, homeopati, ozon tedavisi, oksijen tedavisi, mezoterapi, masaj, hipnoz, ayurveda, aromaterapi, yoga, kriyoterapi, meditasyon, osteopati, refleksoloji, kaplıca tedavisi, termal tedavi, SPA tedavisi, hidro terapi, müzikoterapi, plates gibi çeşitli yöntemler uygulanmaktadır⁹.

Tamamlayıcı tedavilerin, son yıllarda özellikle kadın sağlığı, ortopedi, nöroloji ve palyatif bakım alanlarındaki kullanımında bir artış vardır^{10,11}.

Aynı zamanda tamamlayıcı ve alternatif tedaviye olan ilgi de giderek artmaktadır. Dünya’da Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İsviçre, Küba, Japonya, Şili gibi ülkelerde nüfusun %40’ından fazlası geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi genellikle yılda bir kez kullanmaktadır¹². Ülkemizde yapılan çalışmalarda GETAT kullanım oranı %60 ile %98,3 arasında değişmektedir^{13,14,15,16}. Kişilerin %42,4’ünün ağrıyı gidermek için kullandıkları belirlenmiştir¹⁷. PMS ‘nin tedavisinde yakın zamana kadar sadece ilaçla tedavi uygulanmaktaydı fakat klinik araştırmalar ile farmakoterapiler (seçici serotonin geri alım inhibitörleri), anksiyolitik ajanlar, gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) agonistleri, diüretik spironolakton, steroidal olmayan anti-enflamatuvar ilaçlar ve oral kontraseptifler dahil olmak üzere tedavilerin kombinasyonunun gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Bilişsel ve davranışsal terapiler, aerobik egzersizler, homeopatik ilaçlar, refleksoloji, ışık terapisi, masaj terapisi, diyet ve beslenme düzenlemelerinin, premenstrual semptomları tedavi etmek için yıllar içinde tek tedavilerden daha faydalı olduğu sonucuna varılmıştır^{18,19}.

Kadınların PMS’de ilaç dışında kullandıkları yöntemler araştırıldığında %20-%62 oranında bitki çayı, %34 oranında vitamin desteği gibi yöntemler bulunmuştur^{20,21}.

Premenstrual sendromun tanımlanması ve belirtilerin yönetiminde, farkındalığın artırılmasında hemşireler önemli rol oynamaktadır²². Hemşireler, PMS yaşayan kadına ve ailesine holistik yaklaşımda bulunmalı, sorunlarının çözümünde yardımcı olmalıdır⁸. Sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesinde payı yüksek olan hemşireler danışmanlık rolünü, bireysel ve/veya destek grupları oluşturarak holistik yaklaşımla gerçekleştirmeli ve kanıta dayalı uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmalıdır^{23,24}. Başoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınlara verilen psiko-eğitimin PMS semptomlarının azaltılmasında olumlu etkiye sahip olduğunu belirlenmiştir. Aynı zamanda bu eğitimin PMS ‘ye yönelik hemşirelik girişimlerine eklenmesi önerilmiştir²⁵.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin GETAT kullanma oranı %87,3 olarak belirlenmiş olup, %69,9’unun masajı, % 44,7’sinin terapötik dokunmayı, % 74,7’sinin gevşeme terapilerini, %27,7’sinin aromaterapiyi, %45,9’unun müzik terapisini kullandıkları belirlenmiştir^{26,27}.

Hemşirelerin bu uygulamaları doğru ve etkin şekilde yapabilmesi için hemşirelik eğitimi, kongre/kurs ve hizmet içi eğitim programlarında bu konulara yer verilmesi gerekmektedir. Böylelikle hastaların GETAT kullanma durumları, GETAT kullanımının olumlu ve olumsuz yönleri, uygulanan ürün ya da müdahalenin dozu ve sıklığı, kullanım nedenlerinin GETAT konusunda donanımlı hemşireler tarafından değerlendirilebileceği ve hastaların karşılaşabileceği komplikasyonları azaltılabileceği dřnlmektedir²⁸.

PMS tüm kadınları etkileyebilmektedir. Bu alışmada PMS yaşayan kadınlar tespit edilerek kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.



GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrual Sendrom ve Prevelansı

Premenstrual sendrom (PMS), menstrual siklusun geç luteal fazında ortaya çıkan menstruasyonun başlamasından birkaç gün sonra azalan veya kaybolan birçok siklusta tekrarlayan psikolojik, fiziksel, davranışsal belirtiler topluluğudur. Bu belirtiler kadınların %80'inde görülmekle birlikte kadınların %5'inde klinik olarak anlamlı olacak şekilde şiddetlidir²⁹.

Premenstrual sendromun farklı dönemlerde farklı tanımları yapılmıştır. PMS'nin tarihine bakıldığında ilk olarak Hipokrat; ürperme, baş ağrısı ve yorgunluğu menstruasyon başlangıcının işareti olarak kabul etmiş, bu durumu Histeri olarak adlandırmıştır^{2,30}. PMS'ye dair ilk tanımlayıcı araştırma, 1931 yılında Dr. Rober T. Frank tarafından yapılmıştır. Frank, premenstrual dönemde yaşanan aile içi anlaşmazlıklara, aşırı mutsuzluğa neden olan, belirli aralıklarla meydana gelen atakların duygusal ve sosyal yönden maliyetine dikkat çekmiş ve bu durumun kadınların hormonlarıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir³¹.

Amerikan Kadın Doğum Birliğine göre PMS tanısı konulabilmesi için bir kadında menstruasyon başlamadan önceki beş gün içerisinde belirtilerin görülmesi ve menstruasyon başladıktan sonra dört gün içinde belirtilerin bitmesi gerekmektedir³². Premenstrual Sendrom yaşayan kadınlarda göğüslerde hassasiyet, kiloda artış, ödem, yorgunluk, konstipasyon gibi fizyolojik, sinirlilik, anksiyete gibi psikolojik, huzursuzluk hali ve depresyon gibi davranışsal belirtiler görülebilir³³.

Geç Luteal Faz Distrofik Bozukluk (LLPDD), Premenstrual Distrofik Bozukluk (PMDD) terimleri de sık olarak PMS terimi yerine kullanılabilir. Bir kadının PMDD tanısı alabilmesi için, duygusal ve davranışsal belirtilerin günlük hayatının işleyişini bozacak düzeyde şiddetli olması gerekmektedir. Bu belirtiler menstrual siklusunun geç luteal fazın son haftasında görülmeli, birkaç gün içinde düzelmelidir³⁴.

Dünyada 40 milyonun üzerinde kadın bu belirtileri yaşamaktadır³⁵. Kadınların % 90'ı sadece hafif premenstrual belirtileri yaşarken, yaklaşık %20'si de günlük hayatlarını ciddi şekilde etkileyen bu belirtilerle baş etmek zorundadır³⁶. Ülkemizde yapılan çalışmaları incelediğimizde PMS prevelansı %20,1- %65 arasında değişmektedir^{18,24,37,38,39,40,41,42}.

2.2. Premenstrual Sendromun Etyolojisi

Premenstrual sendrom ile ilgili geçmişten günümüze birçok tanım yapılmış olmasına rağmen etyolojisine ilişkin bilgi azdır. Hormonal dengesizlikler, tiroid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, stres ve genetik faktörler'in PMS'nin etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir³. Östrojen ve progesteron hormon seviyelerinde meydana gelen anormallikler ilk teoriler arasındadır fakat semptom gösteren ve göstermeyen kadınlar arasında farklılık göstermediği için kanıtlanamamıştır ve progesteron seviyesinin farklılığını gösteren çalışma yoktur. Kabul edilen etyoloji Ovarial Siklus merkezlidir. Bu teori Gonadotrophin-Releasing Hormone (GnRH) analogları ile yapılan tedavi ve menopozdan sonra, gebelik boyunca, puberteden önce belirtilerin eksikliği ile desteklenmektedir^{43,44,45}.

Cinsiyet hormonları kan beyin bariyerini kolaylıkla geçmektedir. Hipotalamus ve Amigdala dahil beyin bir çok alanında reseptörleri mevcuttur^{43,44}. Kan beyin bariyerini geçebilen allopregnanolone ve pregnanolone adı verilen iki psikoaktif madde vardır. Allopregnanolone, Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) sistemini uyarır. GABA reseptörleri, ruh hali, bilişsel değişikliklerle ilişkilidir^{43,45}. GABA reseptörleri yüksek konsantrasyona maruz kaldıktan sonra allopregnanolone karşı daha az duyarlı hale gelir, dolayısıyla luteal fazda görülen belirtiler artış gösterir⁴³.

Beyindeki serotonerjik sistem östrojen ve progesterondan etkilenir. Progesteron Monoamin Oksidazı (MAO) artırırken, 5- Hidroksitriptamin seviyesini düşürür ve bu depresif duruma neden olur. Östrojen Monoamin Oksidaz (MAO)'ın dejenerasyonunu artırır böylece beyindeki serbest triptofan kullanılabilirliğini artırır. Böylelikle serotonin taşınımı artar, beyindeki 5- Hidroksitriptamin alanlarını uyarır ve antidepresan etki oluşturur^{43,46}. Brayshaw ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada PMS'li kadınların %94'ünde tiroid fonksiyon bozukluğu saptamıştır⁴⁷.

Ovulasyonun başlamasıyla aldosteron seviyesi yükselmeye başlar ve luteal faz boyunca sürekli yüksek seyreder. Böylelikle yüksek seyreden aldosteron karın bölgesinde ve ekstremitelerde su ve sodyum tutulumu ile pek çok kadında PMS döneminde kilo artışı, şişkinlik hissine neden olur^{48,49,50}. Hipoglisemiye ilişkin teori ilk kez 1925 yılında ortaya konulmuştur⁵¹. Menstruasyon süresince uzamış hipoglisemi olduğu saptanmıştır. Bu durumun karbonhidrat'a karşı toleransı arttırdığı ve bu dönemlerde kadınlarda oluşan tatlı yeme isteğini açıkladığı düşünülmektedir^{50,51,52}.

2.3. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri

2.3.1. Yaş

PMS insidansı yaygın olsa da menstruasyon gören kadınlar arasında tıbbi yardıma gereksinim duyan kadınların birçoğu 30 yaşın üzerindedir ve genellikle birkaç yıldır semptom yaşadıklarını ifade etmektedir⁵³. PMS ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Sternfeld ve arkadaşlarının 21-45 yaşları arasında toplam 1194 kadınla yapmış olduğu çalışmada yaşın artmasıyla birlikte PMS şiddeti puanının azaldığı sonucuna varılmıştır⁵⁴. Diğer bir çalışmada ise; lisans ve yüksek lisans öğrencileri de dahil olmak üzere, kadın üniversite öğrencilerinin % 39,85'inin PMS olduğu bildirilmiştir⁵⁵. Nijerya'da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin % 84,5'inin en az bir premenstrual belirtiyi yaşadığı belirlenmiştir⁵⁶. Ülkemizde ise toplum çalışmaları incelendiğinde 15–49 yaş grubundaki kadınlarda PMS yaygınlığı %5,9–76 arasında belirlenmiştir^{3,18,37,44}.

Bölükbaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada PMS yaşayan kadınların yaş ortalaması 31,81 olarak bulunmuştur⁵⁷.

Lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, PMS'nin yaygınlık oranının %42,7 ile % 67,5 arasında olduğu saptanmıştır^{44,58,59}. Diğer bir çalışmada ise genç kızların % 61,4 'ünün PMS yaşayan olarak nitelendirilebileceği belirlenmiştir⁶⁰.

Vichnin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada PMS tedavisi için başvuran kadınların çoğunluğunun yaşları yirmili yaşların ortaları ile otuzlu yaşların sonları arasındadır⁶¹. Yapılan topluluk çalışmalarında PMS prevalansı 15-49 yaş grubundaki kadınlarda % 5,9 ile % 90 arasında bulunmuştur^{62,63,64}.

2.3.2. Genetik

PMS ve genetik ilişkisi ile ilgili yapılan çalışmada adolesan kızlar ile annelerinin benzer PMS semptomları yaşadıkları belirlenmiştir⁶⁴. Kendler ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada monozigotik ikizlerde PMS sıklığı dizigotik ikizlere göre iki kat fazla bulunmuştur⁶⁵.

Diğer bir çalışmada ise; perimenstrual şikayet öyküsü olan kadınların %55,6 oranıyla en çok kız kardeşlerinin perimenstrual dönemde semptomlar yaşadığı bulunmuştur³⁸.

2.3.3. Stres

Stresli olaylar kadınların fizyolojik dengesini etkileyerek, menstrual yaşantısını değiştirir ve premenstrual belirtilere karşı hassas olmalarına neden olur⁶⁶.

Lustyk ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada PMS düzeyi yüksek olan kadınların, PMS düzeyi düşük olanlara göre anlamlı derecede daha fazla stres yaşadıkları belirlenmiştir⁶⁷. Fernandez ve arkadaşları 285 PMS'li, 285 kontrol grubu ile yapmış oldukları çalışmada orta ve yüksek algılanan stres seviyelerinin PMS oranlarındaki artışla ilişkili olduğunu saptamıştır⁶⁸.

2.3.4. Çalışma durumu

Demir ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınlarda premenstrual semptomların artış göstermesinde ekonomik faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir³⁷. PMS semptomlarının görülmesinde kadınların çalışma durumuna ilişkin yapılan çalışmalarda PMS, çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara oranla önemli ölçüde yüksek bulunmuştur⁶⁹. Premenstrual sendrom görülmesi ile gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır⁵⁷. Farklı ülkelerdeki çalışmalar, PMS belirtilerinin, PMS ile olası stres ilişkisine sahip, üst düzey eğitilmiş kadınlar arasında, eğitilmemiş kadınlardan daha yaygın ve daha ciddi olduğunu göstermiştir^{19,70}.

2.3.5. Doğurganlık özellikleri

Bölükbaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadınların %69,9'u doğum sonrasında, adet öncesi yaşadıkları sorunlarda değişiklik olmadığını ifade etmiştir⁵⁷. Warner ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada premenstrual semptom prevalansının ilk üç çocukta artarken, dördüncü çocuk ve sonrasında prevalansın giderek azalmakta olduğunu belirtmiştir⁷¹. Çocuk sahibi olmayan kadınların çocuğu olan kadınlara göre daha fazla premenstrual semptomları yaşadığı belirlenmiştir^{72,73,74}.

2.3.6. Medeni durum

Yapılan çalışmadan elde edilen verilere göre PMS'nin evli kadınlarda görülme sıklığı daha azdır⁵⁷. Tschudin ve arkadaşları İsviçre'de 391 PMS'li kadınla yapmış olduğu çalışmada PMS prevalansını evli olmayan kadınlarda, evli kadınlara oranla daha yüksek bulmuştur⁷⁵.

2.3.7. Sigara kullanımı

Hirokawa ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigara kullananlarda, sigara kullanmayanlara göre premenstrual dönemdeki ağrı, dikkat , davranış değişiklikleri, otonom reaksiyonlar, sıvı retansiyonu, negatif duygulanım problemlerinin daha fazla olduğunu bulmuştur⁷⁶. Yapılan çalışmadan elde edilen verilere göre PMS, hiç sigara içmeyenlerde (% 13,9), 1-10 arası içenlerde (% 20,8), 11-20 arası içenlerde (% 30,0), 21'den fazla içenlerde (% 55,6) oranında bulunmuştur³⁷. Sigara içme ile PMS gelişiminin incelendiği çalışmada da sigara içen kadınlarda iki-dört yıl içinde PMS gelişme riskinin sigara içmeyen kadınlara göre 2,1 kat fazla olduğunu belirlenmiştir⁷⁷.

2.3.8. Kahve tüketimi

Yapılan çalışmalarda kafein alımının azaltılmasının premenstrual belirtilerin hafifletilmesinde anlamlı ve pozitif etkisinin olduğu düşünülmektedir^{43,44}. Önal yapmış olduğu çalışmada PMS ve kafein tüketimi arasında ilişkiye rastlamamıştır⁴¹.

2.4. Premenstrual Sendromun Belirtileri

ACOG'a göre PMS'nin bazı yaygın belirtileri şunlardır⁵:

Tablo 2. 1: ACOG'a göre PMS'nin sık görülen belirtileri⁵

SEMPATOM KÜMELERİ	ÖRNEK
Duygusal Belirtiler	• Depresyon, • Öfke patlamaları, • Sinirlilik, • Anksiyete, • Duygusal dalgalanmalar, • Sosyal içe kapanma, • Cinsel istekte değişiklikler, • Uykusuzluk, • Dikkat eksikliği,
Fiziksel Belirtiler	• Ödem ve kilo artışı, • El ve ayaklarda terleme, • Deri problemleri, • Sindirim sistemi problemleri, • Yorgunluk, • Göğüslerde hassasiyet, • Karın ağrısı, • Baş ağrısı, • Yemek yeme isteğinde artış.

Akmalı 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada, kadınların premenstrual dönem şikayetleri arasında en fazla unlu-tatlı yiyecekler yeme isteği (%23,5), kendini şişmiş hissetme (%22,9) ve göğüslerin en ufak dokunmaya duyarlı olmasını (%21,3) saptamıştır³⁹.

Sağlam ve arkadaşlarının 2019 yılında 720 kadın ile yapmış oldukları çalışmada PMS prevalansı %48,75 olup, PMS ve sinirlilik arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır⁴².

Yapılan bir diğer çalışmada; PMS ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu ve PMS saptanan kadınların %84'ünde, PMS saptanmayan kadınların %16'sında depresyon riskinin olduğu belirlenmiştir⁷⁸.

2.5. Premenstrual Sendromda Tanı

Premenstrual sendromun belirtilerinin her kadında farklı olması nedeniyle kesin tanı koymak güçtür. AWHONN, ACOG, APA tarafından PMS tanısı için bazı ölçütler yayınlanmıştır. AWHONN'a göre PMS'yi değerlendirirken tıbbi, psikolojik, sosyokültürel ve yaşam tarzı gibi faktörler göz önüne alınmalıdır. Ayrıca PMS semptomları en az üç menstruel siklus boyunca görülmedir. ACOG'a göre; semptomlar menstruasyondan beş gün önce başlamalı, menstruasyonun başlamasıyla semptomlar azalmalıdır^{5,79}.

Premenstrual sendrom tanısı; üç ana unsur üzerinde odaklanmaktadır. Bunlardan birincisi; semptom ve bulgular luteal fazda görülmeli ve menstrual kanamanın başlamasından sonraki bir- iki gün içinde iyileşmelidir; ikincisi, semptomlar ve belirtiler birkaç menstrual siklusa tekrarlamalıdır; üçüncüsü ise, semptom ve bulgular tekrarlayıcı olmalı ve diğer tıbbi veya psikolojik bozukluklardan kaynaklanmamalıdır⁸⁰. PMS için tanısıl kriterler, klinik olarak anlamlı PMS'yi normal menstruasyon döngüsü değişikliklerinden ayıran geniş semptom aralığını, semptomların geçici düzenini ve kritik semptom şiddetini tanımalıdır⁸¹.

San Diego Kaliforniya Üniversitesi'ne göre PMS tanısı koyabilmek için geçmiş menstrual döngünün her birinde menstruasyondan beş gün önce depresyon, sinir patlaması, irritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal çekilme gibi duygusal belirtilerden, meme hassasiyeti, abdominal distansiyon, baş ağrısı, ekstremitelerde ödem gibi somatik belirtilerden en az biri olmalıdır. Semptomlar üç siklus boyunca tekrarlamalıdır⁸¹.

Semptomlar menstrual siklusun dördüncü gününden 13. gününe kadar görülmemelidir⁸². Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü Tanı Kriterlerinde; Menstruasyon başlamadan önceki altı günlük aralıkta, siklusun beş ile 10. günleri ile karşılaştırıldığında premenstrual sendrom semptom şiddetinde %30 artış görülmesi ve bu değişikliklerin birbirini izleyen en az iki menstrual döngü boyunca semptom günlüğü ile kayıt edilmesi gerekmektedir^{82,83}.

Premenstrual sendrom için özel bir laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır. Eksiksiz anamnez ve fiziksel muayene önemlidir⁸⁴. Anamnez alırken kadın PMS risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. PMS tanısında fiziksel muayene ise, vücut organlarında bir bozukluk olup olmadığını belirlemek açısından önemlidir. Anamnezde tıbbi öykü kapsamında genç olma, yeme bozukluğunun olması, kardiovasküler hastalık, tromboembolitik bozukluk, hipertansiyon, karaciğer, safra kesesi hastalığı, diyabet, göğüs hastalıkları, tiroid fonksiyon bozukluğu veya endokrin hastalıklar, cinsel istekte değişim, ailede kanser, premenstrual semptom öyküsü, osteoporoz öyküsü alınmalıdır. Menstruasyon öyküsü kapsamında; ooforektomi veya histerektomi, menstruasyon döngüsünde değişiklik, intermenstrual kanama, lekelenme, kullanılan kontraseptif yöntem hakkında bilgi alınmalıdır.

Premenstrual semptom kapsamında;

- En şiddetli ya da rahatsız edici belirtiler nelerdir?
- Siklus boyunca belirtiler ne zaman görülmektedir?
- Belirtileri şiddetlendiren veya azaltan herhangi bir durum söz konusu mu?
- Belirtilerin başlamasını ve artmasına neden olan faktörler nelerdir?
- Hangi belirtileri yaşıyorsunuz?
- Belirtilerin nedeni nedir?
- Belirtilerde mevsimsel farklılıklar var mı?
- Belirtiler iş hayatınızı etkiliyor mu?
- Belirtilerin diğer olumsuz etkileri nelerdir?
- Herhangi bir tedavi uyguladınız mı? soruları kadınlara sorulur⁸⁵.

Premenstrual sendromu belirlemek amacıyla “Premenstrual Değerlendirme Formu”, “Premenstrual Sendrom Ölçeği”, “Menstrual Distres Şikayet Listesi”, “Premenstrual Belirti Tarama Aracı” kullanılmaktadır⁸⁶.

2.6. Premenstrual Sendromda Tedavi

Premenstrual sendromun etiyolojisi bilinmediğinden, tedavinin amacı semptomların hafifletilmesidir. Tedavi hastanın semptomlarına göre kişisel olarak düzenlenmelidir. Genel olarak tedavi yanıt oranları, iyi teşhis edilmiş bir semptom alt grubu için uygun bir tedavi seçildiğinde iyileşir⁸⁷.

Semptomların zamanlaması ve şiddetine uygun kişiselleştirilmiş tedavi sağlamak önemlidir⁸⁷. Başlangıç olarak tüm PMS hastalarına nonfarmakolojik tedavi başlanması önerilmektedir. Dünyada hem AWHONN hem de ACOG rehberleri, hedefleri belirlemek için hasta ile fikir birliği ve uzman görüşü ile tedaviye başlamayı önerir.

Premenstrual sendrom tedavisinde adımlar; fizyolojik değişiklikler hakkında tatmin edici, eğitici destekleyici terapi, duygu durum belirtileri ve yiyecek istekleri; özellikle karbonhidrat yönünden zengin yiyecekler ve içeceklerin iyileştirilmesine yönelik diyet değişiklikleri kalsiyum takviyeleri, sıvı tutulmasını hafifletmek için aerobik egzersiz ve diüretik kullanımını içerir⁵.

2.6.1.Farmakolojik tedavi

2.6.1.1. Ovulasyonun baskılanması

2.6.1.1.A. Hormonal tedavi

Ciddi PMS semptomları için birçok uzman hormonal tedavi uygulamaktadır. Tedavinin amacı; hipotalamo-gonadal döngüyü baskılamaktır; ancak bu durum osteoporoz riskini artırarak, sıcak basmalarına yol açarak tıbbi menopoza neden olabilmektedir. Bu nedenle bu olası yan etkileri engellemek için östrojen ve progesteron etkisi gösteren tedavi başlanır. Mishra ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bazı hastalar bu tedavi uygulandığında semptomların tekrar ettiğini ifade etmiştir. Bu nedenle bu çalışmada alternatif olarak uzmanlar Gonadotropin Salgılayan Hormon Analogları (GnRH agonistleri) ile tibolon kullanmıştır⁸⁸.

2.6.1.1.B. Danazol

Ovulasyonu baskılayarak PMS tedavisinde de etkili olduğu gösterilen sentetik bir kısmi androjen agonisti / antagonisti ve gonadotropin inhibitörüdür.

Hirsutizm ve teratojenite komplikasyonları nedeniyle ilk olarak tercih edilen tedavi şekli olmamaktadır⁸⁸.

2.6.1.1.C. Kombine oral kontraseptifler (KOK)

Yonkers ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma, kombine oral kontraseptiflerin (KOK) PMS tedavisinde tutarlı ve olumlu sonuçlar verdiğini göstermiştir⁸⁹. Oral kontraseptiflerin kullanımı dismenoreyi, menstrual kanamanın yoğunluğunu ve süresini azaltmaktadır. Premenstrual semptomlar genellikle ovulatuvar dönemde görüldüğü için, ovulasyonun baskılanması semptomları azaltmaktadır⁴¹. KOK kullanımına bağlı yan etki olarak bulantı, göğüs ağrısı ve intermenstrual vajinal kanama görülebilmektedir⁹⁰.

2.6.1.1.D Seçici Serotonin geri alım inhibitörleri

Pek çok çalışma selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI), çoğunlukla duygusal semptomları olan PMS'nin birinci basamak tedavisi olarak kullanılmasını önermektedir. SSRI'lar hem psikolojik hem de fiziksel semptomları iyileştirmektedir.

SSRI'ların kısa etki başlangıcı, bu ilaçların, belirtilerin görüldüğü luteal evreye göre, temel premenstrual bozukluğu olan kadınlarda; ilk menstruasyon siklusunda yararlı olması beklenmektedir⁹¹.

Cunningham ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada PMS semptomlarının aktif tedavi grubu %60-90 rahatlama yaşarken, plasebo grubu %30-40 rahatlama yaşamıştır⁹². SSRI uygulamasına yönelik bir sistematik incelemede araştırmacılar menstrual siklus sırasında günlük fluoksetin, sertralin, paroksetin, sitaloqram ve flüoksaminin uygulanmasını ve luteal fazda aralıklı programla günlük sertralin ve sitaloqramın uygulanmasını incelemeleri sonucunda hem sürekli hem aralıklı programların benzer etkileri olduğunu belirlemiştir⁴¹. Başka bir meta-analiz, sürekli uygulamanın, PMS yönetimi için aralıklı uygulamadan daha iyi bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir⁹³.

Marjoribanks ve arkadaşlarının yapmış olduğu meta analizde, SSRI'lar, tedavinin zamanlamasına göre etkinlikteki farklılıklara ilişkin net bir kanıt içermeden PMS semptomlarının hafifletilmesinde etkili olmuştur.

Birçok kadın SSRI kullanımını bıraktıktan sonra tekrarlayan PMS ve şiddetli semptomlar bildirmektedir. En sık görülen yan etkiler; bulantı, halsizlik, yorgunluk, cinsel istekte azalma, terleme olarak belirlenmiştir.

Olumsuz etkiler alınan doza bağlı olmakla birlikte her kadına özel olarak yaygın görünmektedir⁹⁴. Uzun süreli tedavi önerilerini bildirmek için kullanılabilecek kanıt olmamakla birlikte SSRI'lar üzerinde yapılan çalışmaların çoğu en fazla üç ay sürmektedir⁸⁷.

2.6.1.1.E. Gonadotropin salgılayan hormon analogları (GnRH)

Yapılan bir meta-analiz sonucunda GnRH agonistlerinin PMS semptomlarını %8.66 oranla iyileştirdiği bildirilmiştir. GnRH agonistlerinin fiziksel olarak psikolojik belirtilerden daha iyi bir etkiye sahip olduğu saptanmış fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır⁹⁵. GnRH agonistlerinin kullanımı, amenore, osteoporoz, vazomotor semptomlar gibi tipik postmenopozal semptomlarla karakterize tıbbi olarak baskılanan bir menopozal duruma yol açar. Bu yan etkileri azaltmak için Hormon Replasman Tedavisi (HRT) tedavisi gerekir. Progesteron kullanılır, ancak bu hormon PMS benzeri belirtilere neden olabilir. Bu nedenle, belirtilerin tekrarını önlemek için tibolon kullanılabilir⁹⁵.

2.6.1.2. Diğer psikotropik ajanlar

Antidepresanlar seratojenik etki ortaya çıkardıkları için faydalıdır. En baskın semptomu sinirlilik olan hastalar için anksiyolitik ilaçlar kullanılır. SSRI'lere kıyasla bu ilaçların PMS için etkinliği azdır⁹⁵.

2.6.2. Cerrahi Tedavi

PMS'de cerrahi uygulama diğer tedavi yöntemlerine cevap vermeyen kadınlarda uygulanabilmektedir ve ciddi komplikasyonlar taşımaktadır. Cerrahi tedavi olarak histerektomi ve Total Abdominal Histerektomi Bilateral Salpingooferektomi (TAH-BSO) yapılması konusunda tartışmalar devam etmektedir^{96,97}.

2.7. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Yaklaşımı

PMS'nin tanınması ve belirtilerine yönelik tedavi uygulanmasında hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Hemşire; kadının PMS ile ilgili yaşadığı semptomları belirlemede yardımcı olmalıdır. PMS ve PMS'nin hayati bir durum olmadığı konusunda , PMS ile ilgili tıbbi olmayan tedavi yöntemleri hakkında bilgi (beslenme, egzersiz) vermelidir⁹⁸.

Düzenli egzersiz, PMS yaşayan kadınlarda duygusal belirtileri azaltarak rahatlama sağlamakta, konstipasyon, göğüslerde hassasiyet ve ödem'in azalmasına yardımcı olmaktadır.

Kadınlarda serotonin seviyesini yükseltip PMS belirtilerini azaltabileceği düşüncesiyle karbonhidrat yönünden zengin besinler tüketmeleri konusunda bilgi vermelidir. Tıbbi tedavide ise, doktor önerisine göre diüretikler, analjezikler, trankilizanların alınması önerilebilir⁹⁸.

2. 8. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları hem araştırma konusu olması hem de kullanılmış bir yöntem olması nedeniyle, dünya çapında gittikçe önem kazanmaktadır. Bu durum gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Genel bir terim olarak GETAT, geleneksel tıp ile aynı şekilde yaygın olarak bilinmeyen çeşitli uygulamaları, ürünleri ve tıbbi veya sağlık sistemlerini kapsar⁹⁹. Kelimenin tam anlamıyla,“alternatif” terimi, tıbbi tedavinin yerine geçen herhangi bir pratik uygulamayı tanımlar; “tamamlayıcı” terimi ise tıbbi tedaviyi tamamlayan pratik uygulamaları tanımlamaktadır^{100,101}.

Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCIM); Tamamlayıcı ve alternatif terimlerini genellikle geleneksel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli tıbbi ve sağlık müdahaleleri, uygulamaları, ürünleri veya disiplinleri grubu olarak tanımlar¹⁰¹.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleneksel tıbbı “Fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde, teşhis edilmesinde, tedavi edilmesinde, sağlığın korunmasında ve iyileştirilmesinde farklı kültürlerle özgü teoriler, inançlar ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı” olarak tanımlamaktadır^{102,103}.

Son yıllarda toplumun GETAT uygulamalarına ilgisi artmıştır. Bu konuda toplumun tutumu olumlu olmakla birlikte birçok sağlık uzmanı arasında bu yaklaşımların klinik olarak etkinliği hakkında tartışmalar bulunmaktadır.

Bazı bilim uzmanları bu uygulamaların etkin olduğuna inandığını belirtse de, pek çok bilim uzmanı bu uygulamaların etkinliğine kuşku ile yaklaşmaktadır. Bu nedenle, son dönemde GETAT yaklaşımlarının etkinliğine bakılarak yapılan pek çok çalışma bu yaklaşımların uygulanması ile elde edilen kar/ zarar durumunun anlaşılmasını sağlamıştır¹⁰⁴.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamaları Çin, Kore, Japonya ve Hindistan gibi birçok Asya ülkelerinde, hastalıkların tedavisinde ve yönetiminde esas olarak kullanılmaktadır¹⁰⁵.

Dünyada GETAT uygulamalarını incelediğimizde bu oranlar ortalama Amerika'da %42,1, Avustralya'da %48,2, Fransa'da %49,3, Kanada'da %70,4, Kolombiya'da %40, Şili'de %71, Çin'de %70 ve Afrika ülkelerinde %80 olarak bulunmuştur¹⁰⁶.

Peltzer ve arkadaşları 32 ülkede yapmış olduğu çalışmada katılımcıların % 26,4'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullandıklarını belirlemiştir¹⁰⁷. Malezya'da yapılan ulusal anket çalışmasında, nüfusun % 29,3'ünün bir tür sağlayıcı aracılığı ile GETAT hizmeti aldığı, %21,5 'inin bu hizmetleri son on iki ayda aldığı belirlenmiştir¹⁰⁸.

Ülkemizde ise; Oral ve arkadaşlarının Aile Sağlığı Merkezinde yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların %65,8'nin herhangi bir GETAT yöntemini kullandıkları belirlenmiştir¹³.

Ülkemizde; 2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanunun Ek-13 üncü maddesi ile 663 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin (ğ) bendine dayanılarak kurulmuştur¹⁰⁹. 27 Ekim 2014 tarihinde Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği Taslağı Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılı başında hazırlanmış, ilgili kurumlardan görüşlerini istenmiştir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 29158 sayı ile Resmi Gazete'de yayımlanmıştır¹¹⁰.

Türkiye'de GETAT'a yönelik eğitim araştırma hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ağustos 2019 itibariyle 63 adet hizmet veren uygulama merkezleri bulunmaktadır¹¹¹.

2.9. Premenstrual Sendromda Kullanılan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” yayınlanmıştır¹¹⁰. Yönetmeliğe göre bu uygulamalar; fitoterapi, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, müzik terapi, hipnoz, kupa uygulaması, homeopati, ozon uygulaması, sülük tedavisi, osteopati, akupunktur, refleksoloji, kayropraktik, apiterapidir¹¹². An International Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)’a göre PMS’de kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları şunlardır¹¹³:

2.9. 1. Bitkisel tedaviler

Premenstrual sendrom tedavisinde bitkisel tedavilerden yararlanılmaktadır. Yapılan çalışmadan elde edilen verilere göre rezene çayı, gül çayı, zeytinyağ tüketimi, vitamin desteği ve beslenmenin PMS tedavisinde kullanılan yöntemler olduğu bulunmuştur^{114,115,116}.

Ülkemizde PMS semptomlarından birisi olan dismenore’nin önlenmesine yönelik çalışmada kadınların % 4,6’sının rezene çayı tükettiği belirlenmiştir¹¹⁷. Tayvan’da yapılan bir çalışmada PMS semptomlarından olan dismenorenin tedavisinde gül çayı içmenin dismenore tedavisinde faydalı olabileceği bulunmuştur¹¹⁵.

B vitaminleri tiamin, niasin, riboflavin, B-6 vitamini, folat ve B-12 vitaminleri, PMS etyolojisinde etkili olan nörotransmitterlerin metabolizmasında farklı mekanizmalar yoluyla rol oynarlar¹¹⁸.

Sharma ve arkadaşları’nın premenstrual semptom bildiren 60 kadında yapmış oldukları randomize klinik bir çalışmada üç ay boyunca 100 mg piridoksin / d takviyesi alan kadınların, premenstrual semptomlarında önemli ölçüde azalma saptamıştır¹¹⁹.

Premenstrual sendrom tanısı almış 466 kadınla yapılmış çalışmada kadınlara üç menstrual periyod boyunca günlük olarak 1,200 mg kalsiyum takviyesi yapılmış PMS semptomlarında %48 azalma saptanmıştır¹²⁰.

18-30 yaş arasında PMS’li olan kadınlarda yapılan çalışmada D vitamini desteği sonucu; sinirlilik, iş gücünde azalma, sosyal etkinliklerde azalma, yorgunluk ve fiziksel belirtilerde azalma olduğu saptanmıştır¹²¹.

Walker ve arkadaşlarının hafif premenstrual semptomlar yaşayan 38 kadınla yaptığı çalışmada beslenme takvimine günlük 200 mg magnezyum eklenmesiyle semptomların azaldığı belirlenmiştir¹²².

B grubu vitaminleri ise; GABA, serotonin ve dopamin nörotransmitter sentezi ile bağlantılıdır, her bir nörotransmitterin eksik oluşu PMS'deki depresyon gibi bazı psikolojik semptomlarla ilişkilendirilmektedir^{123,124}.

Bryant ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada besinlerle günde 1,9 mg B vitamini alan kadınların daha az B vitamini alan kadınlarla karşılaştırıldığında PMS riskinin % 25'e kadar azaldığı belirlenmiştir¹²⁵.

Üç ay boyunca günde iki gr balık yağı verilen 139 kadının oluşturduğu randomize klinik çalışmada balık yağı; depresyon, dikkat eksikliği, endişe hali ve ödem derecesini azaltmıştır. Balık yağının baş ağrısı ve göğüslerde hassasiyete ilave olarak belirtilerin süresinin kısalmasıyla da ilgili olduğu düşünülmektedir¹²⁶.

Lise ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada proteinden gelen enerji yüzdesi daha yüksek olan grupta PMS prevalansının da yüksek olduğu belirlenmiştir. Lise öğrenci grubunda, karbonhidrat alımı yüksek olan öğrencilerde daha düşük PMS prevalansı belirlenmiştir¹²⁷.

Yüksek oranda yağ alımı, dolaşımdaki östrojen seviyesini artırabildiği için premenstrual dönemde hormonal değişikliklere sebep olabilmektedir⁷⁶. Besinlerle alınan sodyum östrojen karaciğerden anjiyotensin sentezini uyarır ve aldosteron salınımını artırmaktadır, ve böylece PMS semptomlarından şişkinlik, göğüslerde hassasiyeti ile sonuçlanan sıvı tutulumunun artmasına neden olduğu ileri sürülebilir¹²⁸.

Wong ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadınların bitkisel/geleneksel yöntemlerin kullanımı %19,4 olarak belirlenmiştir¹²⁹.

2.9.2. Vücut terapileri

PMS'de vücut terapileri sınıflandırılmasında; masaj, akupunktur, akupresür, refleksoloji, fitoterapi uygulanmaktadır.

2.9.2.1. Masaj

Tahran’da 30 PMS ‘li öğrenciyle yapılan çalışmada masaj uygulamasının psikolojik belirtilerin % 64,8’ini ve fiziksel belirtilerin % 56,7’sini azalttığı belirlenmiştir¹³⁰.

2018 yılında Rafsanjan Üniversitesi Tıp Bilimleri Üniversitesinde okuyan 120 PMS’li öğrenciyle yapılan çalışmada sardunya aromaterapi masajının fiziksel ve zihinsel belirtileri azalttığı belirlenmiştir¹³¹. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların PMS semptomlarından olan karın ağrısını gidermek için % 60 oranında masaj yaptıkları belirlenmiştir¹¹⁷.

2.9.2.2. Akupunktur ve akupresür

Akupunktur, Çin ve Japonya’da 2000 yılı aşkın süredir kullanılmakta olan bir Çin tıbbi tedavisidir. İnce metal iğnelerin cilde ve altta yatan dokuların vücuttaki kesin noktalara yerleştirilme prensibine dayanmaktadır. İğne tek başına, çeşitli şekillerde döndürülmesiyle veya elektrikle uyarılabilir (elektro akupunktur)¹³².

Akupresür ise aynı akupunktur noktalarını iğne kullanmaksızın uyarmanın bir diğer yoludur. Akupresür, akupunktur noktalarına baskı ve masaj uygulayan tıbbi bir girişim gerektirmeyen güvenli ve etkili bir masaj tekniğidir¹³³.

Akupunktur; SSRI ilaçlarından çok daha düşük yan etki oranına sahip, farmakolojik olmayan etkili bir tedavi seçeneği olabilmesi nedeniyle PMS’de kullanılmaktadır¹³⁴.

Premenstrual sendrom yaşayan kadınlarda akupunktur veya akupresür etkisini inceleyen 277 kadının dahil edildiği beş randomize kontrollü çalışma derlemesinde Akupunktur’un kontrol grubu ile karşılaştırıldığında genel ruh halini ve fiziksel PMS semptomlarını azaltabildiği; Akupresür’ün ise kontrol grubu ile karşılaştırıldığında orta ile şiddetli PMS semptomları olan kadınların sayısını azaltabildiği bulunmuştur. Akupunktur veya akupresür’ün güvenliğini belirlemek için yeterli kanıt bulunamamıştır¹³⁵. Kelderhouse ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada akupunktur uygulanan kadınlarda PMS semptomlarında azalma olduğu saptanmıştır¹³⁶.

2.9.2.3. Refleksoloji

Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü Refleksolojiyi; “vücut bölümleri, salgı bezleri ve organlar ile ilişkili olan ellerde ve ayaklarda refleks noktalarının elle uyarılması ilkesiyle ilgili olan bir bilim” olarak tanımlamıştır¹³⁷. Refleksoloji premenstrual sendromda sıklıkla kullanılmaktadır¹³⁸.

Premenstrual sendrom ve refleksoloji üzerine yapılan çalışmada; refleksoloji'nin kadınların PMS belirtilerinin, dismenore şikayetlerinin azalmasında rol oynadığı; konstipasyon, halsizlik, uyku hali, karın ağrısı gibi belirtilerin azaltılmasında kullanılabileceği belirlenmiştir¹³⁹.

2.9.2.4. Fitotreapi

Fitoterapi tıbbi bitkiler aracılığıyla hastalıklardan korunma veya tedavi olma anlamına gelen terimdir. PMS tedavisinde Vitex agnus castus (hayıt ağacı) bitkisi yaygın olarak kullanılmaktadır. Vitex agnus-castus PMS'nin konstipasyon, sinirlilik, duygusal dalgalanma, migren, göğüslerde hassasiyet semptomlarını azaltmada en popüler ve iyi araştırılmış özelliklerinden birisidir¹⁴⁰. Araştırmacılar vitex'in prolaktin hormonunun seviyesini azaltarak, östrojen ve progesteron dahil diğer hormonların dengelenmesine yardımcı olup PMS semptomlarını azalttığını düşünmektedir¹⁴¹.

Premenstrual sendromda Vitex agnus castus'un bitkisinin kullanıldığı 14 adet randomize kontrollü araştırmanın 13'ünde Vitex agnus castus bitkisinin tüm premenstrual sendrom belirtileri üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir¹⁴².

2.9.3. Zihin ve beden teknikleri

2.9.3.1. Yoga

Yoga, Sanskritçe bir kelimedir; Bireyin kendi içsel yaşantısına yapmış olduğu zihinsel bir yolculuktur. Yoga egzersizi fiziksel, nefes alma, zihinsel eylemlerden oluşur.

Pozitif farkındalık, sağlığın iyileştirilmesi ve gevşemeyi sağlar. Yoga; kortizol, epinefrin, norepinefrin ve glukoz'un kan dolaşımına katılımını düzenler¹⁴³.

Yoga egzersizinin PMS'de uygulanması üzerine çalışmalar mevcuttur. Hindistan'da yapılan çalışmalarda yoga egzersizi yapan PMS'li kadınların anksiyete, kalp hızı ve kan basıncının azalmasında olumlu yönde etkileri olduğu belirlenmiştir^{144,145}.

2005 yılında İran'da PMS'li kadınlara yapılan çalışmada yoga egzersizi sonucu fiziksel, davranışsal, duygusal belirtilerin önemli ölçüde azaldığı PMS tedavisinde kullanılabileceği belirlenmiştir¹⁴⁵.

2.9.3.2. Fiziksel egzersiz

Beta-Endorfin seviyesi menstrual döngünün geç luteal fazında cinsiyet hormonları nedeniyle azalmaktadır. Fiziksel egzersiz ile birlikte endorfin seviyesinde artış gözlenir ve psikolojik belirtilerde azalma meydana gelmektedir. Hipotalamusta duygusal kontrolü sağlayan leptin düzeyi fiziksel egzersizle azalmaktadır. Bu durum PMS 'nin psikolojik belirtilerinin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir¹⁴⁶.

Fiziksel aktivite, adrenal kortizol'ün azalması, endorfin'in artmasını sağlayarak PMS'nin psikolojik belirtilerinin azalmasını sağlar¹⁴⁷. Fiziksel aktivite düzeyi ve premenstrual sendrom sıklığı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça premenstrual sendrom belirtilerinde azalma görülmüştür. Çalışmaya katılan kadınlar premenstrual yaşayan ve yaşamayan şeklinde ikiye ayrıldığında premenstrual sendrom yaşamayan kadınların düzenli fiziksel egzersiz yaptığı belirlenmiştir¹⁴⁸.

2010 yılında yapılan çalışmada üç ay boyunca düzenli egzersiz yapan PMS'li kadınların fiziksel ve psikolojik belirtilerde önemli ölçüde azalma olduğu belirlenmiştir¹⁴⁹. Bir diğer çalışmada sekiz hafta boyunca düzenli egzersiz yapan kadınların PMS semptomlarının azalmasında etkili olduğu bulunmuştur¹⁴⁶.

Gevşeme egzersizlerinin PMS'nin fiziksel ve psikolojik belirtilerini kontrol etmeye yönelik yapılan çalışmada, otonomik aktivite ve PMS'nin sempatik semptomlarının azalmasının incelenmesi amacıyla gevşeme tekniği kullanılmıştır³⁰. Wells ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada gevşeme egzersizleri PMS'nin psikolojik ve fiziksel belirtilerini azaltmaktadır¹⁴⁹.

2.9.3.3. Hipnoz

Hipnoz; bilinen en eski tedavi yöntemi olup bilinçaltına ulaşmanın temel yoludur. Eğitimli bir hekim veya sağlık profesyoneli tarafından uygulanan hipnoz tamamlayıcı ve alternatif tıp alanında güvenli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

Anksiyete ve ağrı ile baş edebilmek için uygulanabilmektedir. Hipnoz ile yapılan tedaviye hipnoterapi adı verilmektedir¹⁵⁰. Stanley ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada dismenore ve premenstrual sendrom belirtilerinin hipnotik odaklanma ve telkinlerle azaltılabileceği belirlenmiştir¹⁵¹.

2.9.4. Sıcak uygulama

Vücudun bir bölümüne veya tamamına sıcaklık veren ya da sıcaklık yayılmasını sağlayan birtakım fiziksel yöntemlerin uygulanmasına sıcak uygulama adı verilmektedir. Tedavi etmek veya tedaviye yardımcı olmak amacıyla yapılır. Sıcak uygulama kas gerilimini azaltarak, spazmın ortadan kalkmasını sağlayarak ağrıyı azaltmaktadır¹⁵². Kadınlar sıcak uygulama yaparken suyun sıcaklığı 40-55°C üzerine çıkmamalı, uygulama süresi 30 dk'yı geçmemelidir¹⁵³.

Demirci yapmış olduğu çalışmada PMS semptomlarından ağrının giderilmesinde kadınların %52,8'inin karına, ayaklara sıcak uygulama yaptığını, sıcak duş aldığını belirlemiştir¹⁵⁴. Diğer bir çalışmada ise sıcak uygulama oranı %50,9 bulunmuştur¹¹⁷.

2.10. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Hemşirelik Yaklaşımları

27 Ekim 2014 tarihinde resmi gazetede yayınlanan 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile GETAT uygulamaları resmi olarak kabul edilmiştir¹¹⁰. Bu doğrultuda, sağlık bakım profesyonellerinin alternatif tedavilerin faydaları- komplikasyonları- uygulama yöntemleri- kullanılmaması gereken durumlar konusunda daha donanımlı olmaları gerekmektedir²¹.

Hemşire teorisyen Jean Watson, hemşirenin insana bakarken onun ruhuna bakmayı, bireyin ne yaşadığını anlamayı, samimi şekilde dinlemeyi, sevginin şifa gücünü, rahatlığın vermiş huzur ve enerjiyi tanıması ve öğrenmesi gerektiğini belirtmektedir¹².

Bu açıdan hemşireliğe bakıldığında, tamamlayıcı destekleyici uygulamaların aslında hemşireliğin temelini oluşturduğu görülmektedir. Hemşirelerin bireyin zihin- beden-ruh odağına önem veren bütüncül meslek grubu olarak eğitilmeleri önemlidir. Ülkemizde ve Dünya'daki birçok ülkede sağlık bakım sistemi hastalık ve tedaviye odaklanmakta, doktoru esas almaktadır. Ancak sağlık bakımındaki temel noktanın sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların azaltılması, bireyin fiziksel, ruhsal sosyal destek ihtiyacının uygun şekilde karşılanması olmalıdır¹⁵⁵.

Benjamin ve arkadaşları sağlık bakım profesyonellerinin eğitiminde yeni uygulamalar gerektiği, sağlık profesyoneli yetiştiren okullar ile tamamlayıcı destekleyici uygulama liderlerinin işbirliğine ihtiyaç olduğu, kanıta dayalı geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların ders programına eklenmesi ve iyi şekilde planlanması gerektiğine dikkat çekmiştir¹⁵⁶.

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH), NNCIM tarafından sağlık profesyoneli yetiştiren okulların ders programlarına geleneksel ve tamamlayıcı uygulama anlayışının yerleştirilmesi, tamamlayıcı destekleyici uygulamaların lisans öğrencilerinin ders programına eklenmesi, masaj, aromaterapi, iyileştirici dokunma, akupresür gibi alanlarda verilecek sertifika programları ile sağlık profesyonellerinin yetişmesi desteklenmektedir. Ayrıca geleneksel ve tamamlayıcı tıp hemşire koçluğu, bütüncül hemşire koçluğu gibi alanlarda eğitim programları da düzenlenmektedir.

Ülkemizde ise henüz sağlık profesyoneli yetiştiren okulların ders programlarında geleneksel ve tamamlayıcı tıp anlayışına dayanan bir ders programı çalışması yoktur. Bazı lisans ve lisansüstü programlarda seçmeli ders olarak verilmektedir¹⁵⁷.

Hemşirelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi ve görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada yoga, diyet desteği, meditasyon, müzik terapi akupunktur uygulamalarını bildikleri belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %7,9'unun diyet desteği, %3'ünün akupunktur ve fitoterapi uygulamaları ile ilgili eğitim aldıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %56,2 'si mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde (hizmet içi) alternatif/tamamlayıcı tedavi ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir¹⁵⁷.

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavide hemşirenin sorumlulukları üç aşamada incelenmektedir.

- ✓ Hemşire hasta için tamamlayıcı tedavi uygulamasının uygunluğunu tanılamak için bilgi, beceri ve karara sahip olmalıdır.
- ✓ Hemşire tedaviyi güvenli ve etkili bir şekilde uygulayabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve karara sahip olmalıdır.
- ✓ Hemşire tedavinin olası sonuçlarının farkında olmalı ve sonuçlarla başa çıkabilmelidir.
- ✓ Hemşireler GETAT yöntemlerinin uzman, eğitilmiş, sertifikalı kişiler tarafından uygulanması gerektiği konusunda hastalara danışmanlık vermelidir⁶.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Premenstrual Sendrom yaşayan kadınların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda;

1. Kadınlarda PMS düzeyi nedir?
2. PMS yaşayan kadınların GETAT yöntemlerini kullanma durumu nedir?
3. PMS yaşayan kadınlar hangi GETAT yöntemlerini kullanmaktadır?
4. PMS yaşayan kadınların kullandıkları GETAT yöntemlerinin yararlılık durumu nedir? sorularına yanıt aranmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın verileri Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin “Kadın Hastalıkları ve Doğum” polikliniğinde toplanmıştır. Hastanede gebe polikliniği, infertilite polikliniği, jinekoloji polikliniği, perinatoloji polikliniği olmak üzere dört adet Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve bir adet müdahale odası bulunmaktadır. İki adet hemşire, iki adet tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Kurumda Düzce Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama ve Araştırma Merkezi (DÜGETAM) bulunmakta, iki adet hemşire görev yapmaktadır. Kupa, sülük, larva, ozon, akupunktur, hipnoz, mezoterapi, apiterapi, fitoterapi, müzik terapi uygulamaları yapılmaktadır. Kupa uygulamasını hemşireler yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Ocak 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran 4973 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Türkiye’de kadınlarda Premenstrual Sendrom sıklığının incelendiği çalışmalar dikkate alınarak^{18,23,24,37,38,39,40,41,42} tahmini orantı/oran/sıklık %50, hata sınırı %5 ve %95 güvenle yapılan hesaplamada 357 olarak bulunmuştur. $n = (N \cdot t^2 \cdot p \cdot q) / (d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q)$ formülü kullanılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

Araştırmaya,

- ✓ Okuma yazma bilen,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden.
- ✓ Gebe ya da lohusa olmayan,
- ✓ Premenepozal dönemde olmayan,
- ✓ Kronik hastalığı bulunmayan,
- ✓ Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kadınlar alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız değişkenler

Sosyodemografik özellikler: Yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durumu, eş öğrenim durumu, eş çalışma durumu, evlilik yaşı, evlilik süresi,

Doğurganlık özellikleri: Gebelik sayısı, doğum şekli, son doğum yılı, düşük, kürtaj öyküsü,

Menstruasyon özellikleri: Menarş yaşı, siklus ve menstruasyon süresi,

Premenstrual sendrom açısından risk faktörleri: Sigara kullanımı, şekerli gıda tüketimi, egzersiz yapmama, kahve tüketimi, menstruasyon öncesi şikayetler, anne veya kız kardeşte PMS şikayetleri, öfke kontrolü, anemi durumu.

3.4.2. Bağımlı değişkenler

PMS düzeyi, PMS ölçeği toplam puanı ve dokuz alt boyut puanları.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1), ve “Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)” (Ek 2) ile araştırmacı tarafından yüzü yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanılmıştır. Veriler toplanmaya başlanmadan önce araştırmacı tarafından kadınlara araştırmanın amacı açıklanarak ve gerekli bilgiler verilerek yazılı onamları alınmıştır.

3.5.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilen^{158,159,160,161,162,163,164} bilgi formu; kadının yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, menarş yaşı, menstruasyon özellikleri, PMS risk faktörlerini içeren 37 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Premenstrual sendrom ölçeği

Premenstrual sendrom ölçeği (PMSÖ); Gençdoğan¹ tarafından geliştirilen, premenstrual belirtilerin şiddetini ölçen, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve ölçek toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. PMSÖ’ nün uygulanması kişinin geriye dönük olarak “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumu dikkate alınarak değerlendirmesi ile yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220’dir. Puan yükseldikçe Premenstrual Sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir. PMSÖ toplam puanı %50’den fazla olanlar PMS pozitif olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin güvenirlilik çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.75 olarak bulunmuştur¹. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

3.6. Uygulama Aşamaları

Tez önerisinin hazırlanması ve sunulması 01.06.2018- 02.07.2018
Etik kurul izni ve kurum izninin alınması 10.04.2018-21.05.2018
Nicel verilerin toplanması 01.01.2018-31.12.2018
Örneklem büyüklüğüne Kişisel Bilgi Formu, PMSÖ uygulanması PMS yaşayan kadınların GETAT yöntemlerinin sorgulanması 01.01.2018-31.12.2018
Veri analizlerinin yapılması 01.04.2019-01.05.2019
Araştırmanın raporlanması ve yazılması 01.07.2019-20.12.2019

Şekil 3. 1: Araştırmanın uygulama şeması

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş ve $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort $\pm$ ss) verilmiştir. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan Premenstrual Sendrom Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile incelenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ölçek ve alt boyut puanları, ilgili maddelerin toplamı alınarak elde edilmiştir. Buna göre; uygulanacak analizlere karar verebilmek için tüm puanlara Kolmogorov Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Test sonucunda puanların normallik varsayımını sağladığı görülmüş ve bu nedenle karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. Sayısal iki değişken arasında nedensel olmayan ilişkilerin derecesinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. İki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığı Ki-Kare Testi ile incelenmiş olup Ki-Kare Testi varsayımları sağlanamadığı durumlarda ise 2x2 tablolarda Fisher's Kesin (Exact) Ki-Kare Testi ve nxm tablolarda ise Freeman-Halton Fisher Kesin (Exact) Ki-Kare testi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmada, araştırmanın yapıldığı yerde görev yapan tüm çalışanlara ve araştırmaya alınan kadınlara araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında açıklama yapılarak, kadınların onayları sözlü ve yazılı olarak alınmıştır. (EK3) Araştırmanın uygulanması için Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu (EK4) ve Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinden (EK5) yazılı izin alınmıştır. Premenstrual Sendrom Ölçeğini geliştiren Prof. Dr. Başaran Gençdoğan'dan yazılı izin alınmıştır. (EK6).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada veri toplama sürecinde kadınlar ile görüşme sırasında poliklinik ortamının yoğun olması, poliklinik sıralarının geçmesi düşüncesi gibi tedirginlikleri, anket uygulamak istememeleri kadınlar ile görüşmeyi kesintiye uğratmıştır.

4. BULGULAR

Premenstrual sendrom yaşayan kadınların kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu kısımda verilmiştir.

4.1. Kadınların PMS Yaşama Durumunun İncelenmesi

Tablo 4.1: Kadınların PMS yaşama durumu

	Sayı (n=357)	Yüzde (%)
PMSÖ		
PMS var (≥ 110)	296	82,9
PMS yok (< 110)	61	17,1

Araştırmaya katılan kadınların %82,9'unun PMS yaşadığı saptanmıştır.

4.2. PMS Yaşayan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4. 2: PMS yaşayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=296)

	Min.-Maks.	Ort $\pm$ SS
Yaş	18-40	27,94 $\pm$ 3,982
	Sayı (n=296)	Yüzde (%)
Eğitim Durumu		
Okuryazar-İlkokul	23	7,8
Ortaokul	12	4,1
Lise	188	63,5
Yüksekokul ve üzeri	73	24,7
Gelir getiren işte çalışma durumu		
Evet	133	44,9
Hayır	163	55,1
Medeni Durum		
Evli	249	84,1
Bekar	47	15,9
Eşin Öğrenim Durumu		
Okuryazar - ilkokul	23	7,8
Ortaokul	12	4,1
Lise	188	63,5
Yüksekokul ve üzeri	73	24,7
Evlilik Yaşı	16-31	22,36 $\pm$ 2,995
Evlilik Yılı	1-21	6,03 $\pm$ 3,806

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

PMS yaşıyan kadınların yaş ortalaması 27,94±3,982 bulunmuştur. Kadınların %84,1'i evli, %63,5'i lise mezunu, %55,1'i ise çalışmamaktadır.

Tablo 4.3: PMS yaşıyan kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı (n=296)

	Sayı	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı		
1	102	46,6
2	97	44,3
3	20	9,1
En son yapılan doğum şekli		
Normal	76	34,7
Sezaryen	143	65,3
Son doğum süresi		
1 yıl	36	16,4
2 yıl	67	30,6
3-4 yıl	69	31,5
5-6 yıl	25	11,4
7 yıl ve üzeri	22	10,0
Düşük öyküsü		
Evet	50	16,9
Hayır	246	83,1
Kürtaj öyküsü		
Evet	5	1,7
Hayır	291	98,3
Kullanılan aile planlaması yöntemi		
Doğum kontrol hapi	89	30,1
RIA	82	27,7
Kondom	31	10,5
Geri çekme	40	13,5
Kullanmıyorum	54	18,2

Tablo 4.3'te PMS yaşıyan kadınların doğurganlık özellikleri verilmiştir. PMS yaşıyan kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde %65,3'ünün sezaryen ile doğum yaptığı, %83,1'inin düşük, %98,3'ünün kürtaj öyküsünün olmadığı bulunmuştur. Kadınların %31,5'inin son doğumundan 3-4 yıl geçmiştir. Kadınların gebelikten korunmak için en çok doğum kontrol hapi (%30,1) kullandığı görülmektedir.

Tablo 4.4: PMS yaşıyan kadınların menstruasyon özelliklerine göre dağılımı (n=296)

	Min.-Maks.	Ort±SS
İlk menarş yaşı	11-16	12,43±0,940
Menstrual Siklus Aralığı	19-36	28,06±2,213
Menstruasyon Süresi	3-9	5,56±1,304
	Sayı	Yüzde (%)
Menstrual Siklus Düzeni		
Evet	253	85,5
Hayır	43	14,5

Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

PMS yaşıyan kadınların ilk menarş yaş ortalaması 12,43±0,940 iken menstrual siklus aralığının ortalaması 28,06±2,213 ve menstruasyon süresinin ortalaması 5,56±1,304 olarak bulunmuştur. Kadınların %85,5'inin menstrual siklusunun düzenli olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5: PMS yaşıyan kadınların PMS risk faktörlerinin dağılımı (n=296)

	Sayı	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Evet	64	21,6
Hayır	232	78,4
Şekerli gıda tüketimi		
Evet	68	23,0
Hayır	228	77,0
Egzersiz yapma durumu		
Evet	29	9,8
Hayır	267	90,2
Kahve tüketimi (günde 1 fincandan fazla)		
Evet	67	22,6
Hayır	229	77,4
Anne veya kız kardeşte menstruasyon öncesi şikayet yaşama durumu		
Evet	204	68,9
Hayır	92	31,1
Anemi yaşama durumu		
Evet	26	8,8
Hayır	162	54,7
Bilmiyorum	108	36,5

Tablo 4.5’te PMS risk faktörlerine ilişkin bulgular verilmiştir. PMS yaşayan kadınların %78,4 ‘ü sigara içmemekte %77,0’si şekerli gıdalar tüketmemekte, %90,2 ‘si egzersiz yapmamakta ,%77,4 ‘ü günde bir fincandan fazla kahve tüketmemektedir. Kadınların %54,7’si anemi yokken, %36,5’i anemisi olup olmadığını bilmemektedir. Kadınların %68,9’unun anne veya kız kardeşi menstruasyon öncesi şikayetleri yaşamaktadır.

Tablo 4.6: PMS yaşayan kadınların özelliklerinin dağılımı

Adet öncesi dönemde yaşanan şikayetler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Baş ağrısı	132	44,6	164	55,4
Karın ağrısı	166	56,1	130	43,9
Karında şişlik	60	20,3	236	79,7
Kramplar	64	21,6	232	78,4
Memelerde hassasiyet	92	31,1	204	68,9
Sırt ağrısı	29	9,8	267	90,2
Kilo artışı	51	17,2	245	82,8
Kabızlık	36	12,2	260	87,8
İştahta değişim	128	43,2	168	56,8
Ruh halinde değişimler	36	12,2	260	87,8
Hafif depresyon	137	46,3	159	53,7

Tablo 4.6: PMS yaşayan kadınların özelliklerinin dağılımı (devamı) (n=296)

Şikayetleri yaşama zamanı	n	%
Menstruasyonla birlikte	3	1,0
Menstruasyon öncesi	6	2,0
2-6 gün öncesi	186	62,8
7-10 gün öncesi	101	34,1
	Min.-Maks.	Ort±SS
Şikayetlerin Yaşandığı Ortalama Süre (gün)	1-10	4,59±1,531
	Sayı	Yüzde (%)
Öfkenin kontrol edilemediği zaman		
Evet	277	93,6
Hayır	19	6,4
Öfkenin kontrol edilemediği dönem		
Menstruasyon öncesi	243	82,1
Menstruasyon döneminde	32	10,8
Menstruasyon sonrası	1	0,3
Menstruasyon döneminde ağrı yaşama durumu		
Evet	295	99,7
Hayır	1	0,3
Ağrıyı azaltmak için kullanılan yöntem		
Doktora giderim	5	1,7
Ağrı kesici içirim	290	98,3
Ağrıyı geçirmek için ilaç dışında kullanılan yöntem		
Evet	266	90,2
Hayır	29	9,8
Diğer	20	6,8

Tablo 4.6’da PMS yaşayan kadınların özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %56,1’inin karın ağrısı, %46,3’ünün hafif depresyon, %44,6’sının baş ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %62,8’i şikayetlerini menstruasyondan 2-6 gün önce yaşamakta olup , şikayetleri yaşama ortalaması 4,59±1,531 gün olarak bulunmuştur. Kadınların %82,1’inin premenstrual dönemde öfkesini kontrol edemediği belirlenmiştir. Kadınların %99,7’si menstrual dönemde ağrı yaşamakta , %98,3’ü ağrısını geçirmek için ağrı kesici içmekte, %90,2’si menstrual ağrı yaşadığı dönemde ağrıyı geçirmek için ilaç dışında da bir şeyler yapmaktadır.

4.3. PMS Yaşayan Kadınların GETAT Uygulamaları ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.7: PMS yaşayan kadınların GETAT uygulamaları ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=296)

	Sayı	Yüzde (%)
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını bilme durumu		
Evet	124	41,9
Hayır	25	8,4
Biraz	147	49,7
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanma durumu		
Evet	121	40,9
Hayır	35	11,8
Biraz	140	47,3
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanma durumu		
Evet	248	83,8
Hayır	48	16,2

PMS yaşayan kadınların %49,7'sinin GETAT uygulamalarını biraz bildiği,%47,3'ünün biraz inandığı, %83,8'inin kullandığı bulunmuştur.

Tablo 4.8: PMS yaşıyan kadınların GETAT yöntemlerini kullanma-yararlılık durumu (n=248)

GETAT YÖNTEMİ	KULLANMA DURUMU				YARARLILIK DURUMU			
	Kullanıyorum		Kullanmıyorum		Oldu		Olmadı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bitkisel Tedaviler								
Rezene çayı	65	26,2	183	73,8	39	60,0	26	40,0
Gül çayı	8	3,2	240	96,8	0	0,0	8	100,0
Karına zeytinyağı sürme	8	3,2	240	96,8	3	37,5	5	62,5
Vitamin desteği alma	0	0,0	248	100,0	-	-	-	-
Vücut Terapileri								
Masaj	54	21,8	194	78,2	49	90,7	5	9,3
Akupunktur	3	1,2	245	98,8	2	66,7	1	33,3
Akupresör	0	0,0	248	100,0	-	-	-	-
Refleksoloji uygulama	1	0,4	247	99,6	1	100,0	0	0,0
Fitotreapi uygulama	0	0,0	248	100,0	-	-	-	-
Zihin ve Beden Teknikleri								
Yoga	29	11,7	219	88,3	27	93,1	2	6,9
Fiziksel egzersiz	10	4,0	238	96,0	8	80,0	2	20,0
Yürüyüş	59	23,8	189	76,2	57	96,6	2	3,4
Spor	4	1,6	244	98,4	3	75,0	1	25,0
Dua etme	6	2,4	242	97,6	4	66,7	2	33,3
Gevşeme Egzersizleri	12	4,8	236	95,2	9	75,0	3	25,0
Müzik dinleme	26	10,5	222	89,5	21	80,8	5	19,2
Hipnoz uygulama	4	1,6	244	98,4	0	0,0	4	100,0
Sıcak Uygulama								
Duş	211	85,1	37	14,9	210	99,5	1	0,5
Karına sıcak uygulama	225	90,7	23	9,3	223	99,1	2	0,9

Tablo 4.8 incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınlar bitkisel tedavilerden en çok (%26,2) rezene çayını kullanmakta olup kullananların %60'ının yarar gördüğü bulunmuştur. Kadınlardan vitamin desteği alan olmamıştır. Kadınlar, vücut terapilerinden en çok (%21,8) masajı kullanmakta olup kullananların %90,7'si yararını görmüştür. Akupresör, fitoterapiyi uygulayan olmamıştır. Kadınlar zihin ve beden tekniklerinden en fazla yürüyüş yöntemi (%23,8), yoga (%11,7) kullanmakta olup kullananların yoga (%93,1) ,yürüyüş (%96,6) yararını görmüştür. Hipnoz uygulayan kadınlar yarar görmemiştir. Kadınların %85,1'inin sıcak uygulama olarak duş aldığı, %90,7'sinin ise karına sıcak uygulama yaptığı bulunmuştur. Sıcak uygulama yapan kadınların %99,5'inin yarar gördüğü bulunmuştur.

Tablo 4.9: PMS yaşayan kadınların yaş grupları ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT kullanan	GETAT kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Yaş Grubu	18-25	N	64	15	79	10,305; 0,006*
		%	81,0	19,0	100,0	
	26-30	N	135	15	150	
		%	90,0	10,0	100,0	
	31 ve üstü	N	49	18	67	
		%	73,1	26,9	100,0	
Toplam			N	248	48	296
			%	83,8	16,2	100,0
χ^2 = Ki-Kare Testi	p=Anlamlılık Düzeyi		*:p<0,05			

Tablo 4.9 incelendiğinde, uygulanan ki-kare testi sonucunda; PMS yaşayan kadınlarda yaş grubu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre 26-30 yaş grubunda GETAT kullanım oranı (%90) 31 ve üstü yaş grubunda GETAT kullanım oranından (%73,1) anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.10: PMS yaşayan kadınlarda eğitim durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT kullanan	GETAT Kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Eğitim Durumu	Okuryazar- ilkokul/Ortaokul	N	16	19	35	47,569; 0,000***
		%	45,7	54,3	100,0	
	Lise	N	161	27	188	
		%	85,6	14,4	100,0	
	Yüksekokul ve üzeri	N	71	2	73	
		%	97,3	2,7	100,0	
Toplam	N	248	48	296		
	%	83,8	16,2	100,0		

χ^2 = Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi ***:p<0,001

Tablo 4.10 incelendiğinde, uygulanan ki-kare testi sonucunda; PMS yaşayan kadınlarda eğitim durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür (p<0,05). Buna göre eğitim durumu okuryazar-ilkokul/ortokul olan kişilerden GETAT yöntemi kullananların oranı (%45,7) eğitim durumu lise (%85,6) ve yüksekokul ve üzeri olan (%97,3) kişilerden anlamlı derecede daha azdır.

Tablo 4.11: PMS yaşayan kadınlarda çalışma durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT kullanan	GETAT kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Çalışma Durumu	Evet	N	121	12	133	9,199; 0,002**
		%	91,0	9,0	100,0	
	Hayır	N	127	36	163	
		%	77,9	22,1	100,0	
Toplam		N	248	48	296	
		%	83,8	16,2	100,0	

χ^2 = Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi **:p<0,01

Tablo 4.11 incelendiğinde, uygulanan ki-kare testi sonucunda; Çalışma durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür(p<0,05). Buna göre çalışan kadınlarda GETAT yöntemlerini kullanma oranı (%91) çalışmayan kadınlarda GETAT yöntemlerini kullanma oranından (%77,9) anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.12: PMS yaşayan kadınlarda kahve tüketimi ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT Kullanan	GETAT Kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Kahve tüketimi (günde bir fincandan fazla)	Evet	N	56	11	67	0,003; 0,959
		%	83,6	16,4	100,0	
	Hayır	N	192	37	229	
		%	83,8	16,2	100,0	
Toplam		N	248	48	296	
		%	83,8%	16,2	100,0	

χ^2 = Fisher Kesin (Exact) Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi

Tablo 4.12 incelendiğinde, uygulanan ki-kare testi sonucunda; PMS yaşayan kadınlarda kahve tüketimi ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.13: PMS yaşayan kadınlarda anne veya kız kardeşte menstruasyon öncesi şikayet yaşama durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT Kullanan	GETAT Kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Anne veya kız kardeşte menstruasyon öncesi şikayet yaşama durumu	Evet	N	178	6	184	20,156; 0,000***
		%	96,7	3,3	100,0	
	Hayır	N	70	17	87	
		%	80,5	19,5	100,0	
Toplam		N	248	23	271	
		%	91,5%	8,5	100,0	

χ^2 = Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi ***: $p<0,001$

Tablo 4.13' de PMS yaşayan kadınlarda anne veya kız kardeşte menstruasyon öncesi şikayet yaşama durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre annesi ya da kız kardeşi PMS yaşayanların GETAT kullanım oranı (%96,7) annesi ya da kız kardeşi PMS yaşamayanlardan (%80,5) anlamlı derecede daha fazladır.

Tablo 4.14: PMS yaşayan kadınlarda öfke durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=248)

			GETAT Kullanan	GETAT Kullanmayan	Toplam	χ^2 ; p
Öfkenin kontrol edilemediği zaman	Evet	N	234	43	277	1,524; 0,217
		%	84,5	15,5	100,0	
	Hayır	N	14	5	19	
		%	73,7	26,3	100,0	
Toplam		N	248	48	296	
		%	83,8%	16,2	100,0	

χ^2 = Fisher Kesin (Exact) Ki-Kare Testi p=Anlamlılık Düzeyi

PMS yaşayan kadınlarda öfke durumu ile GETAT yöntemi kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.15: PMS yaşayan kadınların PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

	X±SS	%95 Güven Aralığı (Ortalama için)		Min.	Max.
		Alt Sınır	Üst Sınır		
PMSÖ (Toplam Puan)	129,67±19,17	127,48	131,86	100	178
Depresif Duygulanım	21,69±4,437	21,19	22,20	11	35
Ansiyete	17,02±6,267	16,31	17,74	7	31
Yorgunluk	18,17±4,105	17,70	18,64	9	29
Sinirlilik	13,2±4,864	12,65	13,76	5	25
Depresif Düşünceler	16,87±4,666	16,34	17,41	7	29
Ağrı	10,96±3,419	10,56	11,35	3	15
İştah Değişimleri	12,29±2,968	11,95	12,63	3	15
Uyku Değişimleri	8,42±3,75	7,99	8,85	3	15
Şişkinlik	11,04±3,354	10,65	11,42	3	15

Kadınların PMSÖ'den ortalama 129,67±19,17 puan aldıkları bulunmuştur. Ölçek alt boyutları incelendiğinde; kadınların “depresif duygulanım” puan ortalaması 21,69±4,437, “anksiyete” puan ortalaması 17,02±6,267 “yorgunluk” puan ortalaması, 18,17±4,105 sinirlilik puan ortalaması, 13,2±4,864 “depresif düşünceler” puan ortalaması, 16,87±4,666 “ağrı” puan ortalaması, 10,96±3,419 “iştah değişimleri” puan ortalaması, 12,29±2,968 “uyku değişimleri” puan ortalaması 8,42±3,75 “şişkinlik” puan ortalaması 11,04±3,354 olarak bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular , literatür bilgisi ve araştırma soruları dikkate alınarak beş bölümde tartışılmıştır.

5.1. Kadınların PMS Yaşama Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların oranı %82,9 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda PMS görülme oranını; Önal (2011) 15-49 yaş arasında kadınlarla % 61,2⁴¹, Aba ve ark. (2018) genç kadınlarda %65,2²⁴, Adıgüzel ve ark. (2007) %40,3¹⁵⁹, Köse (2009) üniversite öğrencilerinde %79,9 olarak belirlemiştir³⁸.

Yapılan bir derlemenin bulgularına göre PMS'yi belirleyebilmek için 65 farklı ölçek ya da anketin bulunduğu ve bunların 199 farklı belirtiyi taradığı belirlenmiştir^{164,165}. PMS'de kullanılan anket, ölçek sayısı giderek artmaktadır¹⁶⁶. Premenstrual sendrom tanısı ve şiddetinin belirlenmesi amacıyla ülkemizde de Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF), Menstrual Distres Şikayet Listesi (MDQ) gibi sayıları giderek artan bir çok ölçek kullanılmaktadır^{159,166,167}.

PMS tanı kriterlerini geçmişe yönelik olarak sorguladıktan sonra geleceğe yönelik olarak onaylayan ya da onaylamayan çalışmalar olduğu gibi^{58,168,169,170} aynı zamanda PMS'yi ülkemizde ve yurt dışında tek soru ile belirleyen çalışmalar da bulunmaktadır^{4,171}.

Bu etkenler prevalans sonuçlarının değişikliklerini tanımladığı gibi PMS için risk faktörlerinin belirlenmesini de zorlaştırmaktadır. Bu nedenle çıkan prevalansın gerçek prevalansın üzerinde olabileceği düşünülmektedir. Özeren ve ark. (2013) Adet öncesi Bulguları Değerlendirme Formu kullanılarak yaptıkları çalışmada kadınların %87,4 'ünün hafif, orta,şiddetli PMS bulgularından birini yaşadığını belirlemiştir¹⁸.

Demir ve ark. (2006) ölçek kullanmadan tanı kriterlerine uygun anket sorularıyla veri toplayarak sağlık çalışanları ile yapmış oldukları çalışmada PMS prevelansını 20,1 bulmuştur³⁷.

Bu sonuca, kullanılan metotların farklı olması, çalışılan yaş ve meslek grubu, evren ve örneklem değişikliklerinin neden olduğu düşünülmektedir.

5.2. PMS'nin Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların yaş ortalaması $27,94 \pm 3,982$ olarak bulunmuştur. Johnson (1987) ve Vichnin ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmalarda PMS tedavisi için başvuran kadınların çoğunluğunun yaşlarının yirmili yaşların ortaları ile otuzlu yaşların sonları arasında olduğunu ve şikayetlerini son birkaç yıldır yaşadıkları belirlemiştir^{53,61}. Tayvan'da hemşirelerle yapılan bir çalışmada PMS sıklığının yaşa göre farklılık gösterdiği, 30 yaş ve altı kadınlarda %70.8, 30 yaş üstünde ise %29.2 olduğu belirlenmiştir¹⁷¹. Bölükbaş ve ark. (2011) PMS yaş ortalamasını 31.81 ± 6.68 olarak bulmuştur⁵⁷. Literatürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir.

Araştırmamıza katılan kadınlarda PMS görülme oranı; lise mezunlarında (%63,5) lisans mezunlarında ise; (%24,7) bulunmuştur. Khella (1992), Mitchel (1994), Er ve ark.(2008), Oğur (2004) 'un yapmış oldukları çalışmalarda PMS belirtilerinin, PMS ile olası stres ilişkisine sahip, üst düzey eğitilmiş kadınlar arasında, eğitilmemiş kadınlardan daha yaygın ve daha ciddi olduğunu göstermiştir^{19,70,171,172}.

Ancak çalışmamızda literatürden farklı olarak PMS görülme oranı lise mezunlarında, lisans mezunlarından daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucumuza benzer şekilde, Pınar (2011)'in Antalya'da yapmış olduğu çalışmada, lisans mezunu olan kadınlarda PMS oranı daha düşüktür¹⁶³. Bu durum çalışmamıza katılan kadınların çoğunluğunun lise mezunu olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda PMS, çalışmayan kadınlarda (%55,1) çalışan kadınlara (%44,9) oranla daha yüksek bulunmuştur. Bölükbaş (2011)'in evli kadınlarda PMS görülme durumu üzerine yapmış olduğu çalışmada gelir durumu yetersiz olan kadınların PMS düzeylerinin daha fazla olduğu bulunmuştur⁵⁷. Bu çalışmamızı desteklemektedir.

Arıöz ve ark. (2013), Bakır (2012) yapmış olduğu çalışmalarda ailelerin ekonomik gelirinin öğrencilerde PMS varlığını etkilemediği bulunmuştur^{160,173}

Çalışmamızın aksine Brezilya'da yapılan çalışmada PMS'nin en çok sosyoekonomik seviyesi yüksek olan kadınlar da görüldüğü belirlenmiştir¹⁷⁴.

PMS fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir durum olduğu için kadınların yaşadığı sosyoekonomik sıkıntılar ve kadının yaşam şartları PMS üzerinde olumsuz bir etki yapmış olabilir. Düşük eğitilmiş ve çalışmayan, ekonomik durumu orta ve kötü düzeydeki kadınların PMS açısından daha çok risk altında olduğu söylenebilir.

Gökçe (2006), Akyılmaz ve ark. (2003) yapmış olduğu çalışmalarda adolesan kızlar ile annelerinin benzer PMS semptomları yaşadıkları, aynı zamanda perimenstrual şikayet öyküsü olan kadınların da (%51,2- %69,0 oranları arasında) en çok kız kardeşlerinin bu semptomları yaşadığı bulunmuştur^{38,175}. Literatür'e paralel olarak çalışmamızda da PMS yaşayan kadınların %68,9'unun anne ve kız kardeşinde PMS öyküsü bulunmuştur.

Çalışmamızda PMS evli kadınlarda (%84,1) bekar olanlara (%15,9) oranla daha yüksek bulunmuştur. Singh (2004) çalışmasında PMS 'nin davranışsal semptomlarının evli kadınlarda daha fazla görüldüğünü belirlemiştir¹⁷⁶. Tschudin ve ark. (2010) İsviçre'de 391 PMS'li kadınla yapmış olduğu çalışmada PMS prevalansını evli olmayan kadınlarda, evli kadınlara oranla daha yüksek bulmuştur⁷⁵. Benzer şekilde Bölükbaş ve ark. (2011) PMS'nin bekar kadınlarda daha fazla görüldüğünü saptamıştır⁵⁷. Özeren ve ark. (2013) PMS ile medeni durum arasında ilişki saptamamıştır¹⁸. Literatürde farklı sonuçların bulunması çalışmaya katılan kadınların medeni durumunun homojen dağılmaması, yaş gruplarının farklı olması ile açıklanabilir^{23,24,33,40,41}.

PMS risk faktörlerinden birisi de doğurganlık özellikleridir. Önal (2011) yapmış olduğu çalışmada PMS yaşayan kadınların %73,2 'sinin çocuğu olduğunu belirtmiştir.⁴¹ Bizim çalışmamız da da kadınların %31,5'i son doğumunu 3-4 yıl önce yapmıştır. Literatürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemekte ve PMS'nin parite ile ilişkisini belirlemektedir.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların PMS yaşamayan kadınlara oranla daha az sigara (%78,4) içtikleri, daha az kahve tükettikleri (%77,4) bulunmuştur. Johnson ve ark. (2008) 2-4 yıl içinde sigara içenlerde PMS gelişme riskini 2,1 kat daha fazla bulmuştur⁷⁷.

Demir ve ark. (2006) yapmış olduğu çalışmada Hiç sigara içmeyenlerde (% 13,9), 1-10 arası içenlerde (% 20,8), 11-20 arası içenlerde (% 30,0), 21'den fazla içenlerde (% 55,6) oranında PMS olgusuna rastlanmıştır³⁷. Çalışmamız literatür kaynaklarıyla uyusmamaktadır. Bu durum çalışmaya katılan kadınların homojen dağılmamasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda kahve içmeyen kadınların (%77,4), kahve içen kadınlara oranla (%22,6) daha fazla PMS yaşadıkları belirlenmiştir.

Rasheed (2003) kafeinli içeceklerin tüketiminin premenstrual semptom şiddetinin üzerine anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğunu belirlemiştir¹⁷⁷.

Önal (2011) çalışmasında PMS ile kafein tüketimi arasında ilişkiye rastlamamıştır⁴¹. Bu sonuçların; araştırma yöntemi ve çalışılan gruplardaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda PMS'nin egzersiz yapmayan kadınlarda (%90,2) egzersiz yapan kadınlara oranla (%9,8) daha çok görüldüğü belirlenmiş olup, Premenstrual Sendrom Ölçeği ve Alt Boyutların Puan Ortalamalarının depresif duygulanım, anksiyete, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri puan ortalamasının anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur.

Teixeira ve ark. nın (2013) yapmış olduğu çalışmada kadınların fiziksel aktivite oranı arttıkça PMS belirtilerinde azalma olduğu belirlenmiştir¹⁴⁸. Benzer şekilde Samadi ve ark. (2013) 8 hafta düzenli aerobik egzersizin PMS semptomlarını azalttığını bulmuştur¹⁴⁶. Literaürden farklı olarak Selçuk ve ark. (2014) egzersiz yapan kadınların PMS puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu durumun egzersiz yapan kadınların beslenme şekilleriyle ilgili olduğu sonucuna varılmıştır²³. Literaürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir

5.3. Kadınların Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda PMS yaşayan kadınların PMSÖ ölçeğinden ortalama 129,67±19,17 puan aldıkları bulunmuştur. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan 21,69±4,437, anksiyete alt boyutundan 17,02±6,267, yorgunluk alt boyutundan 18,17±4,105, sinirlilik alt boyutundan 13,2±4,864, depresif düşünceler alt boyutundan 16,87±4,666, ağrı alt boyutundan 10,96±3,419, iştah değişimleri alt boyutundan 12,29±2,968, uyku değişimleri alt boyutundan 8,42±3,75, şişkinlik alt boyutundan 11,04±3,354 puan aldıkları bulunmuştur. (Tablo 4.15)

Akmalı (2017) tarafından bir devlet hastanesinde çalışan üreme çağındaki kadınlarla yapılan çalışmada kadınların PMSÖ'den ortalama 111,42±35,88 puan aldıkları bulunmuştur. Alt gruplarının puan ortalamaları en yüksek puandan en düşük puana göre sırasıyla; depresif duygulanım 16,85±6,75, yorgunluk 16,29±6,07, depresif düşünceler 14,89±6,77, sinirlilik 14,51±5,68, anksiyete 13,13±5,51, şişkinlik 9,75±3,58, iştah değişimleri 9,63±3,70, ağrı 8,44±3,54, uyku değişimleri 7,9±3,56 olarak bulunmuştur³⁹.

Yapılan bir diğerk çalışma da ise; kadınların PMSÖ'den ortalama $121,30 \pm 34,02$ puan aldıkları bulunmuştur. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan ortalama $20,32 \pm 6,54$, anksiyete alt boyutundan $14,95 \pm 6,15$, yorgunluk alt boyutundan $18,19 \pm 5,9$, sinirlilik alt boyutundan $15,67 \pm 5,41$, depresif düşünceler alt boyutundan $16,63 \pm 7,03$, ağrı alt boyutundan $8,49 \pm 3,2$, iştah değişimi alt boyutundan $9,40 \pm 3,43$, uyku değişimi alt boyutundan ortalama $8,17 \pm 3,38$ ve şişkinlik için $9,44 \pm 3,71$ puan aldıkları belirlenmiştir¹⁷³. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada ise; öğrencilerin PMSÖ'den ortalama $121,30 \pm 34,02$ puan aldıkları bulunmuştur. Ölçeğin depresif duygulanım alt boyutundan $20,32 \pm 6,54$ anksiyete alt boyutundan $14,95 \pm 6,15$ yorgunluk alt boyutundan $18,19 \pm 5,90$, sinirlilik alt boyutundan $15,67 \pm 5,41$, depresif düşünceler alt boyutundan $16,63 \pm 7,03$, ağrı alt boyutundan $8,49 \pm 3,12$, iştah değişimleri alt boyutundan $9,40 \pm 3,43$, uyku değişimleri alt boyutundan $8,17 \pm 3,38$, şişkinlik alt boyutundan $9,44 \pm 3,71$ puan aldıkları bulunmuştur¹⁷⁸. PMS ölçek puanlarındaki bu farklılıklara kadınların kişisel yaşam biçimi, beslenme şekilleri, stres gibi birçok faktörün neden olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda kadınların premenstrual dönemde yaşadıkları şikayetlere göre PMSÖ alt boyutları hesaplandığında en sık görülen semptomlara ilişkin alt boyutların depresif duygulanım, ağrı, yorgunluk en az görülen belirtilerin ise iştah değişimleri, depresif düşünceler olduğu belirlenmiştir. Genç kızların premenstrual ve menstrual yakınmalarla baş etme yollarının belirlenmesi için yapılan çalışmada ise, PMSÖ'ye göre depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, anksiyete ve sinirlilik en yaygın görülen PMS kaynaklı semptomlar olduğu bildirilmiştir¹⁷⁹. Çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların en fazla öfke (%93,6), karın ağrısı, (%56,1) hafif depresyon, (%46,3), baş ağrısı (%44,6), göğüslerde hassasiyet (%31,1) karında şişlik (%20,3) yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda PMS Semptomları bulunan kadınlar, belirtilerin görülme sıklığına göre incelendiklerinde; en sık görülen semptomlar, bel ağrısı (% 72,4), gerginlik-huzursuzluk (%72,4), sinirlilik-öfke (%72,4- %91,21), karında şişkinlik (%63,70- % 70,9) ve göğüslerde hassasiyet (% 66,9- %77,62), depresyon (%68,31), titreme (% 0,8) ve intihar düşüncesi (%0,4) ise en az görülen semptomlardır^{37,180}.

Bir diğerk çalışmada ise; kadınların premenstrual dönem şikayetleri arasında en fazla unlu, tatlı yiyecekler yeme isteğı (%23,5), kendini şişmiş hissetme (%22,9) ve göğüslerin en ufak dokunmaya duyarlı olması (%21,3) saptanmıştır⁸².

İspanya’da 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada göğüslerde hassasiyet (%81,6), sinirlilik (%53) ve ağlamaklı ruh hali (%48,7) belirtileri bulunmuştur¹⁸¹. Görüldüğü gibi, belirtilerin görülme sıklığı farklı olmakla birlikte, sık görülen belirtilerin sıralanması çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

5.4. PMS Yaşayan Kadınların Kullandıkları Tedavi Yöntemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kadınların (%1,7) menstruasyon ağrısını azaltmak için doktora gittiğı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda Önal (2011) kadınların %4,1’inin, Tangchai ve ark. (2004) ise kadınların %7,1’inin PMS belirtilerini azaltmak doktora gittiğı belirlemiştir^{41,179} Gün ve ark. nın (2014) PMS’de görülen belirtilerden birisi olan dismenore yönetiminde GETAT kullanma durumuna yönelik yapmış oldukları çalışmada kadınların %17’sinin doktora gittiğı bulunmuştur¹¹⁷.

Doktora gitme oranının farklılıklar göstermesi bölgesel, kültürel farklılıklar, kadınların menstruasyon ağrısını fizyolojik kabul etmesi ve evde tedavi yöntemlerini kullanmak istemeleri ile açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların tamamına yakınının (%98,3) menstruasyon döneminde ağrıyı azaltmak için ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda kadınların %33,3- %63,0 arasında ağrısını azaltmak için ilaç kullandığı belirlenmiştir^{2,167,173,182,183,184}. Literatürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir.

5.5. PMS Yaşayan Kadınların Kullandıkları GETAT Yöntemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda kadınların büyük bölümü (%90,2) menstruasyon ağrısı yaşadığı dönemde ilaç dışında bir şey yapmaktadır. Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların %83,8’inin GETAT yöntemlerini kullandığı belirlenmiştir. Dünyada GETAT uygulamalarını incelediğimizde bu oranlar ortalama Amerika’da %42,1, Avustralya’da %48,2, Fransa’da %49,3, Kanada’da %70,4, Kolombiya’da %40, Şili’de %71, Çin’de %70 ve Afrika ülkelerinde %80 olarak bulunmuştur¹⁰⁶.

Peltzer ve arkadaşlarının 32 ülkede yaptıkları çalışmada katılımcıların % 26,4'ünün geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullandıkları belirlenmiştir¹⁰⁷.

Şimşek ve ark. (2017) GETAT kullanım oranını %60,5¹⁴, Oral ve ark. (2016) ise %65,8 bulmuştur¹³. Literatürdeki bilgiler çalışmamızı desteklemektedir. Bu sonuçlara göre GETAT kullanımının ülkeler, bölgeler arası farklılıklar göstermesi araştırmanın yöntemi, evren- örneklem farklılıkları, araştırma yapılan yerin sosyo-kültürel özelliklerine bağlı olarak değiştiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda GETAT kullanım oranının literatürden daha yüksek bulunması, PMS yaşayan kadınların doktora gitme oranları az da olsa semptomları hafifletmek için tedavi arayışında oldukları, karına sıcak uygulama, duş, bitki çayı gibi uygulamaların toplumun geniş bir kesiminde bilinerek uygulanması olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda eğitim durumu okuryazar-ilkokul/ortokul olan kişilerde GETAT yöntemi kullananların oranı (%45,7) eğitim durumu lise (%85,6) ve yüksekokul ve üzeri olan (%97,3) kişilerden anlamlı derecede daha az bulunmuştur. Buda ve ark. (2002), Kutlu ve ark. (2009), Demirci (2017) yapmış oldukları çalışmalarda eğitim seviyesi yüksek kişilerin GETAT yöntemlerine göre tutumlarının olumlu yönde olduğu belirlenmiştir^{154,184,185}. Literatürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda 26-30 yaş grubunda GETAT kullanım oranı (%90) 31 ve üstü yaş grubunda GETAT kullanım oranından (%73,1) daha fazla bulunmuştur. Kutlu ve ark. (2009), Demirci (2017), yapmış oldukları çalışmada, Frass ve ark. (2012) yapmış olduğu derlemede GETAT kullanım oranı orta yaş grubu ve eğitim düzeyi yüksek kadınlarda yüksek bulunmuştur^{104,154,185}.

Çalışmamızda çalışan kadınlarda GETAT yöntemlerini kullanma oranı (%91) çalışmayan kadınlarda GETAT yöntemlerini kullanma oranından (%77,9) anlamlı derecede daha fazladır. Güngörmüş ve ark. (2012) çalışanlar ve serbest meslek sahibi kadınlarda GETAT kullanımının önemli düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır¹⁷. Literatürdeki bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda annesinde ya da kız kardeşinde menstruasyon döneminde şikayeti olanlarda GETAT kullananların oranı (%68,9) annesinde yada kız kardeşinde menstruasyon döneminde şikayeti olmayanlardan (%31,1) yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ile GETAT kullanımında yakın çevrenin etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda GETAT yöntemlerine inanan kadınlarda (%47,3) GETAT kullanma oranı fazla bulunmuştur. Bu sonuca göre GETAT yöntemlerine inancın GETAT kullanımı üzerinde pozitif yönde etkisi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların bitkisel tedavilerden en fazla rezene çayı (%26,2) tükettikleri belirlenmiştir. Wong ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada kadınların bitkisel/geleneksel yöntemlerin kullanımı %19,4 olarak belirlenmiştir¹²⁹. Ülkemizde PMS semptomlarından birisi olan dismenore'nin önlenmesine yönelik çalışmada kadınların % 4.6'sının rezene çayı tükettiği belirlenmiştir¹¹⁷.

Jahromi ve ark. (2003) çalışmasında rezene çayı'nın uterus kasılmalarını engelleyerek PMS'nin en sık görülen belirtilerinden olan dismenorenin daha az hissedilmesini sağladığı bulmuştur¹¹⁴. Çalışmamızda da rezene çayı tüketen kadınların (%60)'ı yarar görmüştür. Bu bilgiler çalışmamızı desteklemektedir. Çalışmamızda kadınların en az (%3,2) gül çayı tükettikleri bulunmuştur. Gül çayı tüketen kadınlardan yarar gören olmamıştır. Tseng ve ark (2005) Tayvan'da yapmış olduğu çalışmada PMS'nin semptomlarından olan dismenorenin tedavisinde gül çayı içmenin faydalı olabileceği bulunmuştur¹¹⁵. Sonuçlara göre; bitkisel yöntemler bölgesel, kültürel farklılıklar gösterebilir. Bitkisel yöntemler konusunda daha fazla çalışmalara ihtiyaç olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Premenstrual sendrom belirtilerinden birisi olan dismenorenin tedavisinde ibuprofen gibi steroidal olmayan anti-enflamatuar ilaçlar (NSAID)'ler ile zeytinyağı'nın kullanıldığı müdahale çalışmasında zeytinyağının ibuprofen yerine kullanılabilecek alternatif olduğu bulunmuştur¹¹⁶. Bu çalışma dışında literatürde başka çalışma bulunamamıştır. Fakat bu çalışmada katılımcılar zeytinyağını oral almışlardır. Çalışmamızda karnına zeytinyağ süren kadınların %45,5'i yarar görmüştür. Bu durumun kadınların bireysel farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bryant ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada besinlerle günde 1,9 mg B vitamini alan kadınların daha az B vitamini alan kadınlarla karşılaştırıldığında PMS riskinin% 25'e kadar azaldığı belirlenmiştir¹²⁵. 18-30 yaş arasında PMS'li olan kadınlarda yapılan çalışmada D vitamini desteği sonucu; sinirlilik, iş gücünde azalma, sosyal etkinliklerde azalma, yorgunluk ve fiziksel belirtilerde azalma olduğunu saptamışlardır¹²¹. Ancak çalışmamızda vitamin desteği alan olmamıştır.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların vücut terapilerinden en fazla masaj yöntemini kullandıkları (% 90,7)'sinin yarar gördüğü belirlenmiştir.

Lotfipur- Rafsanjani ve ark. (2018) PMS yaşayan öğrencilerle yapmış oldukları çalışmada masaj uygulamasının PMS'nin fiziksel, zihinsel, psikolojik belirtilerini azalttığı bulunmuştur¹³¹. Husna Shafeeqa (2017) ayaklara yapılan masaj ve PMS üzerine yaptığı çalışmada ayaklarına masaj yapılan PMS'li kadınların semptomlarında azalma görüldüğü belirlenmiştir¹⁸⁶. Literatürdeki sonuçlar çalışmamızı desteklemektedir. Çalışmamızda üç kadının akupunktur yöntemini kullandığı bulunmuştur. Kelderhouse ve ark. (2013) yapmış olduğu çalışmada akupunktur uygulanan kadınlarda PMS semptomlarında azalma olduğu saptanmıştır¹³⁶. Çalışmamızda akupunktur kullanan kadınların (%66,7)'si yarar görmüştür. Zırh ve ark. (2018) yapmış oldukları premenstrual sendrom için akupunktur ve akupresür sistematik derlemesinde sınırlı kanıtlar ile akupunktur ve akupresürün PMS'nin hem fiziksel hem de psikolojik semptomlarını iyileştirebileceğini belirlenmiştir¹³⁵. Kaynaklar çalışmamızı desteklemektedir.

Çalışmamızda akupresür ve fitoterapiyi kullanan olmamıştır. Bu durum kadınların bu yöntemler hakkında bilgi eksikliklerinin olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların zihin ve beden tekniklerinden en sık yürüyüş (%23,8), yoga (% 11,7) , müzik dinleme (%10,5) yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda yoga yapan kadınların (%93,1)'i yarar görmüştür. Hindistan'da yapılan çalışmalarda yoga egzersizi yapan PMS'li kadınların anksiyete, kalp hızında azalma, kan basıncında azalma da olumlu yönde etkileri olduğu belirlenmiştir^{145,146}. 2015 yılında İran'da PMS'li kadınlara yapılan çalışmada yoga egzersizi sonucu fiziksel, davranışsal, duygusal belirtilerin önemli ölçüde azaldığı PMS tedavisinde kullanılabileceği belirlenmiştir¹⁴³.

Kamalifard ve arkadaşlarının (2017), Dvivedi ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada yoga yapan PMS'li kadınlarda öfke, sinirlilik, kaygı, depresif ruh hali, konsantre olamama gibi bir çok semptomun azaldığını belirlemişlerdir^{143,187}. Bizim çalışmamızda da yoga yöntemini kullanan 29 kadından 27'sinin yarar görmüş olması literatürle benzerlik göstermektedir.

Kadınların müzik dinleme yöntemini kullanması da PMS yaşayan grubun yaş ortalamasının genç olması ($27,94 \pm 3,982$) ve dikkati başka yöne çekmek amaçlı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların büyük kısmının duş (%85,1) , karına sıcak uygulama (% 90,7) yaptıkları bulunmuştur. Aynı zamanda sıcak uygulama, duş uygulayan kadınların tamamına yakını (%99,1-%99,5) yarar görmüştür.

Sıcak uygulamanın etkinliğinin kanıtlandığı bilimsel yayınlarda mevcuttur^{117,131}. Demirci (2017) yapmış olduğu çalışmada PMS semptomlarından dismenorenin giderilmesinde kadınların %52,8'inin karına, ayaklara sıcak uygulama yaptığını, sıcak duş uygulaması yaptığını belirlemiştir¹⁵⁴.

Aşçı ve ark. (2015) genç kızların premenstrual yakınmaları ve baş etme yöntemlerine yönelik yaptığı çalışmada sıcak uygulama oranını %32,3 olarak belirlemişlerdir¹⁷⁸. Yapılan çalışmalarda kadınların %32,3 ile %75,6 arasında sıcak uygulama yaptıkları bulunmuştur.^{119,162,178,188,189}. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel Ve Tamamlayıcı Yöntemlerinin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi;

- ✓ Çalışmaya katılan kadınların %82,9 'unun PMS yaşadığı,
- ✓ PMS yaşayan kadınların yaş ortalaması $27,94 \pm 3,982$ olduğu,
- ✓ 26-30 yaş grubunda GETAT kullanım oranı (%90) 31 ve üstü yaş grubunda GETAT kullanım oranından (%73,1) daha fazla olduğu,
- ✓ PMS yaşayan kadınlardan eğitim durumu yüksekokul ve üzeri olan kişilerden GETAT yöntemi kullananların oranı eğitim durumu lise (%85,6) olan kişilerden daha fazla olduğu,
- ✓ PMS'nin , çalışmayan kadınlarda (%55,1) daha yüksek olduğu,
- ✓ PMS yaşayan kadınların %68,9 'unun anne ve kız kardeşinde PMS öyküsü olduğu,
- ✓ PMS'nin evli kadınlarda (%84,1) daha yüksek olduğu,
- ✓ Sigara içmeyen kadınların (%78,4) daha fazla PMS yaşadığı,
- ✓ Kahve içmeyen kadınların (%77,4) daha fazla PMS yaşadığı,
- ✓ PMS'nin egzersiz yapmayan kadınlarda (%90,2) daha çok görüldüğü,
- ✓ Kadınların PMSÖ'den ortalama $129,67 \pm 19,17$ puan aldıkları,
- ✓ PMS yaşayan kadınların %90,2'sinin menstruasyon ağrısı yaşadığı dönemde ağrıyı geçirmek için ilaç kullanmak dışında bir şey yaptıkları,
- ✓ PMS yaşayan kadınların %49,7'sinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamalarını bildikleri,
- ✓ PMS yaşayan kadınların %47,3'ünün Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamalarına inandıkları,
- ✓ PMS yaşayan kadınların %83,8 inin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp uygulamalarını kullandıkları,
- ✓ PMS yaşayan kadınların GETAT yöntemlerinden en çok sıcak uygulama, duş, rezene çayı, yürüyüş, yoga, müzik dinleme yöntemlerini kullandıkları,

- ✓ PMS yaşıyan kadınların gül çayı dışında kullandıkları GETAT yöntemlerine benzer olarak yarar gördükleri,
- ✓ PMS yaşıyan kadınların fitoterapi, akupresür, vitamin desteği yöntemlerini kullanmadıkları belirlenmiştir.

Öneriler;

- ✓ Kadınlara , PMS'nin yaşam kalitesini azaltan bir sağlık sorunu olduğu ve semptomlarının hafifletilebileceği konusunda eğitim verilmesi,
- ✓ Kadınlara PMS ve bu durum ile baş etmek için kullanılan yöntemler hakkında bilgi verilmesi,
- ✓ PMS yaşıyan kadınların premenstrual dönemde en fazla geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından sıcak uygulama, duş alma, rezene çayı tüketme, yürüyüş yapma yöntemleri dışında akupunktur, refleksoloji, fitoterapi masaj gibi diğer GETAT yöntemleri hakkında eğitim verilerek farkındalıklarının artırılması,
- ✓ Kadınların, PMS'de kullanılan GETAT yöntemleri ve bu yöntemlerin yararlılıkları konusunda bilgilendirilmesi
- ✓ GETAT uygulamalarında hemşirelerin danışmanlık verirken dikkatli olması ve hastalara sonuçları kanıtlanmış ve etkili yöntemleri sunması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gençdoğan B . Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye’de Psikiyatri. 2006;8:(2):82–86.
2. Şimşek Küçükkelepçe D, Premenstrual Sendrom İle Baş etmeye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Verilen Eğitim Ve Akupresurun Premenstrual Semptomlar Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 2018. İnönü Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 107 sayfa, Malatya,(Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan)
3. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstrual Sendrom ve Premenstrual Disforik Bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri, 2011;14: (4): 241-253.
4. Barnard K, Frayne SM, Skinner KM. Health status among women with menstrual symptoms. Journal of Womens Health 2003;12:911-919.
5. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). Frequently Asked Questions FAQ057 May 2015 Gynecologic Problems Premenstrual Syndrome (PMS) <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20190808T0742249910> , Erişim tarihi: 08. Ağustos 2019
6. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8:124-130
7. Ceyhan D, Yiğit T. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6,(3):178-189
8. Goldstein MS, Glik D. Use of and satisfaction with homeopathy in a patient population. Altern Ther Health Med. 1998; 4(2):60-65.
9. Biçer İ, Yalçın Balçık P. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019;22,(1):245-257
10. Stephenson, NLN , Dalton, JA. Using “Reflexology for pain management: A Review. J Holist Nurs. 2003;21:179-191

11. Wang, MY, Tsai PS, Lee, PH , Chang, WY, Yang CM. The efficacy of reflexology: Systematic review. *Journal Of Advanced Nursing*. 2008;62:512–520.
12. Park HL, Lee HS, Shin BC, Liu JP, Shang Q, Yamashita H, Lim B. Traditional medicine in China, Korea, and Japan: A brief introduction and comparison. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine.(Electronic Journal)*. <https://doi.org/10.1155/2012/429103>, June 2012; 9.
13. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15,(2):75.
14. Şimşek B, Yazgan Aksoy D, Calık Basaran N, Taş D, Albasan D ,Kalaycı MZ. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine*. 2017;15:68-72.
15. Çetin OB. Eskişehir'de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi* 2007;6,(6):89-105.
16. Yavuz M, İlçe AÖ, Kaymakçı Ş, Bildik G, Diramali A. Examination of the complementary and alternative treatment use with breast cancer patients. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;27,(5):680-686.
17. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi* 2012; 24:123-129.
18. Özeren A, Dinçer A, Helvacı M. Hastane çalışanlarında premenstrual sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğit. Hast. Derg*. 2013;23,(1):25-33
19. Khella AK. Epidemiologic study of premenstrual symptoms. *J Egypt Public Healt Assoc*. 1992;67, (1-2):109-118
20. Çıtak N , Terzioğlu, F. Abant İzzet Baysal Üniversitesinde öğretim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum*. 2002;12,(3): 69-80
21. O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc. Gynecol*. 2006;19:285-289
22. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: p. 637

23. Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz AF. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. J Psychiatr. Nurs. 2014; 5: 98-103
24. Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. G.O.P. Taksim E.A.H. Özgün Araştırma / JAREN 2018;4,(2):75-82
25. Başoğlu C, Aydın Özkan S, Karaca T. Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı psikoeğitimin adet öncesi sendrom semptomları üzerine etkileri: Randomize kontrollü bir çalışma. Perspect Psychiatr Bakımı.(Electronic Journal). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppc.12460>. October 2020;20
26. Chu FY, Wallis M. Taiwanese nurses' attitudes towards and use of complementary and alternative medicine in nursing practice: Across-sectional survey. Int. J. Nurs. Stud. 2007;44,(8):1371-1378.
27. Samuels N, Zisk Rony RY, Singer SR, Dulitzky M, Mankuta D, Shuval JT, Oberbaum M. Use of and attitudes toward complementary and alternative medicine among nurse midwives in Israel. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203,(4):341-347.
28. Sözeri E. Bayrak Kahraman B. Hasta ve hemşire perspektifinden tamamlayıcı sağlık yaklaşımları. Balıkesir Sağlık Bil. Derg. 2016; 5,(1):41.
29. Miyaoka Y, Akimoto Y, Ueda K. Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressive disorders. Biopsychosoc Med, 2011;2,(5):5.
30. Rapkin AJ. Premenstrual Syndrome. Clin. Obs. And Gyn 1992;35,(3):585-586.
31. Frank R. The hormonal basis of premenstrual tension. Arch Neurol Psychiatry, 1931; 26:1053- 1057.
32. Ezech O, Ezech C. Prevalence of premenstrual syndrome and coping strategies among school girls. Afr J. Psychol Stud Soc. Issues. 2016;19,(2):111-119.
33. Çatakoğlu H. 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve İlişkili Faktörler, 2016 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi , 57 sayfa , Konya (Doç. Dr. Belgin Akın)
34. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology. 2008;29,(3):199-205

35. Raval CM , Panchal BN , Tiwari DS , Vala AU , Bhatt RB . Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian J Psychiatry*. 2016 ,58,(2):164–170.
36. Ducasse D, Jaussent I, Olie E, Guillaume S, Lopez Castroman J, Courtet P. Personality traits of suicidality are associated with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a suicidal women sample. *Plos One*. 2016;11,(2):1-19.
37. Demir B, Yıldız Algül, L, Güvendağ Güven ES . Sağlık çalışanlarında premenstrual sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *TJOD*, 2006; 3,(4):262-270.
38. Köse S. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. 2009, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 69 sayfa, Erzurum (Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu)
39. Akmalı N. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 2017, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 117 sayfa, Eskişehir. (Doç.Dr.Nebahat Özerdoğan)
40. Ölçer Z, Bakır N, Aslan E. Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* . 2017; 7,(1):30-37
41. Önal B. Premenstrual Sendromda Risk Faktörleri Ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. 2011. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 79 sayfa, İzmir (Doç.Dr. Nilgün Özçakar, ikinci danışman: Uzm. Dr. Tolga Günvar)
42. Sağlam HY, Basar F. The relationship between premenstrual syndrome and anger. *Pak J Med Sci*. 2019;35(2):515-520.
43. Walsh S, Ismaili E , Naheed B, O'Brien S. Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician-Gynaecologist* 2015;17; 99–104
44. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ*. 2011;342:d:2994

45. Spinelli MG. Depression and hormone therapy. Clin Obstet Gynecol. 2004;47: 428–436
46. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: A study of treatment processes. J Psychosom Res. 2002;53,(3):811–817
47. Brayshaw ND, Brayshaw DD, Thyroid hypofunction in premenstrual syndrome. N. Engl.J.Med. 1986;315:1486-1487
48. Szmuiłowicz ED, Adler GK, Williams JS, Green DE, Yao TM, Hopkins PN , Seely EW. Relationship between aldosterone and progesterone in the human menstrual cycle. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2006; 91,(10):3981-3987.
49. Hacıveziroğulları M, Kalsiyum Tüketimi Yetersiz Olan Premenstrual Sendromlu Kadınlarda Besinsel Olarak Yeterli Kalsiyum Alımlarının PMS Semptomları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. 2015. Doğu Akdeniz Üniversitesi Lisansüstü Eğitim,Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 168 sayfa , Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs (Prof. Dr. Seyit M. Mercanlıgil)
50. Anna Carin N, Sundström Poromaa I, Bäckström T. Action by and sensitivity to neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. Psychopharmacology. 2006;186(3):388-401.
51. Okey R, Robb EI. Studies of the metabolism of women I. variation in the fasting blood sugar levels and in sugar tolerance in relation to the menstrual cycle. J. Biol . Chem. 1925;65:165-185
52. Reld RL, Yen SSC. Premenstrual Syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol. 1981;139,(1):85-104
53. Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. Clin. Obstet. Gynecol.1987;30:(2):367-376
54. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A ,Long S, Kennedy S, Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. Obstet Gynecol. 2002;99:(6):1014-1024
55. Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT , Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome: A survey of new female university students. The Kaohsiung Journal of Medical Sciences. 2013;29(2):100-105

56. Eke AC, Akabuike JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2011;112:(1):63-71.
57. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011;8(1):428-437
58. İnce N, Adolesan dönemde premenstrual sendrom. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2001;21:(5):369-373.
59. Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik bölümü öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme durumu ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;13,(1):19- 25
60. Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. ;2004;116,(2):201-206
61. Vichnin M, Freeman EW, Lin H, Hillman J, Bui S. Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2006;19,(6):397-340
62. Pınar G, Çolak M, Oksuz E. Türk Koleji öğrencilerinde adet öncesi sendromu ve yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Sex Reprod Healthc*. 2011;(2):21-27
63. Schiolla A, Lowin J, Lindemann M, Patel R, Endicott J. Moderate / severe premenstrual syndrome and contractor dysphoric disorder Burden in the Latin American female cohort. *Value Health*. 2011;(14): 93-95.
64. Günel S, Yüce K, (Eds). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 3. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi: 2014: s.196-200
65. Kendler KS, Karkowski, LM, Corey LA, Neale MC. Longitudinal population based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *Am J. Psychiatry* 1998; 155: 1234 -1240
66. Logue CM, Moos RH. Perimenstrual symptoms: Prevalence and risk factor. *Psychosomatic Medicine*. 1986; 48(6): 388-414.
67. Lustyk MK, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health*. 2004; 39,(3):35-44

68. Fernández MM, Regueira Méndez C, Takkouche B . Psychological factors and premenstrual syndrome: A Spanish case-control study. PLoS One. 2019;14,(3): 4-13
69. Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 1997;4,(4):403-406.
70. Mitchel ES, Woods NF, Lentz MJ. Differentiation of women with three Perimenstrual symptom Patterns. Nur Res. 1994;43(1):25-30
71. Warner P, Bancroft J. Factors related to self-reporting of the premenstrual syndrome. BJ Psychiatry. 1990; 157:249-260.
72. Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. Psychosomatic Medicine. 1968; 30: 853-867.
73. Van Keep PA, Lehert P. The premenstrual syndrome: An epidemiological and statistical exercise. Pieter A. van Keep Wulf H. Utian (eds) ,Springer, Dordrecht,1981: p.31
74. Woods NF, Most AA, Dery GK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis prevalence of perimenstrual symptoms. AJ Public Health, 1982; 72: 1257-1264.
75. Tschudin S. Berteau PC. Zemp E, Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. Archives of Women's Ment. Health. 2010;13,(6):485–494
76. Nagata C, Hirokawa K, Shimizu, N, Shimizu, H. Premenstrual symptoms related to soy, fat and other dietary factors in Japanese women. BJOG Int J Obstet Gy. 2004; 111: 594-599.
77. Elizabeth R. Bertone Johnson Hankinson S, Johnson S, Manson J. Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. Am J Epidemiol. 2008;168,(8):938–945
78. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adolesanlarda premenstrual sendrom yaygınlığı ve depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10:55-61.
79. Karaca PP, Kızılkaya Beji N. Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. Balıkesir Sağlık Bil Derg. 2015; 4,(3): 178-186.

80. Frye GM, Silverman SD, Premenstrual syndrome? Keys for focused diagnosis, treatments for multiple symptoms. *Authority Med.* 2000;107:(5):151-159
81. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis *Psychoneuroendocrinology.* 2003; 28:25-37; suppl: 3
82. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder>, Erişim tarihi: 04 Ağustos 2019
83. Steiner M. Premenstrual syndromes. *Annual Review of Medicine.* 1997;48: 447-455
84. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Guidelines for management. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience.* 2000; 25,(5): 459-68
85. Collins Sharp BA, Taylor DL, Thomas KK, Killeen MB, Dawood MY. Cyclic perimenstrual pain and discomfort: The scientific basis for practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31,(6):637-649.
86. Doğan S, Doğan N, Can H, Alaşehirlioğlu HV. Birinci basamakta premenstrual sendroma yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi.* 2012;2,(1):90-92
87. Chin LN, Nambiar S, Management of premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology- Reproductive Medicine.* 2017;27:(1):1-6
88. Mishra S, Marwaha R, Menstrual disorder. *StatPearls Publishing;* 2019: 1-15
89. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson Landers C, Rapkin A. The effectiveness of a new low-dose oral contraception with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet. Gynecol.* 2005: 106: 492-501
90. Lopez LM , Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Veri Tabanı Syst. Rev.* 2012; 2
91. PW Dimmock , KM Wyatt , PW Jones , PM O'Brien. Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in O'Brien premenstrual syndrome: A systematic review *Lancet.* 2000;356:1131-1136
92. Cunningham J, Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. Update on the investigation and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harv.Rev.Psychiatry,* 2009;17:120-137

93. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *Obstet. Gynecol.* 2008;111:1175-1182
94. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PM, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013
95. Nevatte T, O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, Eriksson E, Freeman EW, Halbreich U, İsmail K, Panay N, Pearlstein T, Rapkin A, Reid R, Rubinow D, Schmidt P, Steiner M, Studd J, Sundström Poromaa I, Yonkers K. Consensus on the treatment of ISPMDD premenstrual disorders. *Arch. Mrs. Ment. Health.* 2013;16: 279-291
96. Dickerson ML, Pharm D, Mazyck PJ, Hunter HH. Premenstrual syndrome. *American Family Physician.* 2003; 67(8):1743-1752.
97. Indusekhar R, Usman BS, O'brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice-Research Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2007;21(2): 207-220.
98. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. Kadın sağlığını etkileyen sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;1:(2):40:41
99. Kanadiya MK, Klein G, Shubrook JH. The use and attitudes of complementary and alternative medicine among osteopathic medical students. *J Am Osteopath Assoc.* 2012;112,(7):437-446.
100. Anlauf M, Hein L, Hense HW, Kobberling J, Lasek R, Leidl R, Schone Seifert B. Complementary and alternative drug therapy against science-oriented drugs. *German Med. Sci.* 2015;13:2-47
101. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, Alternative or Integrative Health: What's in a name?, <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>, Erişim tarihi: 07. Ağustos 2019
102. Tokaç M. Geleneksel tıbbi akademik yaklaşım: GETTAM. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi.* 2013;28:82-85
103. World Health Organization General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Geneva: WHO Books; 2000:80.

104. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: A systematic review. *The Ochsner Journal*.2012;12,(1):45-56
105. Park YL, Huang CW, Sasaki Y, Ko Y, Park S, Ko SG. Comparative study on the education system of traditional medicine in China, Japan, Korea, and Taiwan. *Explore*. 2016;12,(5):375-383.
106. Altın A, Avcı İA. Evde Alzheimer hastasına bakım verenlerin hasta bakımına yönelik kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(6):525-531.
107. Peltzer K, Pengpid S, Prevalence and determinants of traditional, complementary and alternative medicine provider use among adults from 32 countries. *Chin J Interg Med*. 2018; 24:8: 584-590.
108. National Health and Morbidity Survey 2015 vol.IV: Traditional & complementary medicine. Institute for Public Health, Ministry of Health Malaysia. 2015;22-54
109. T.C Resmi Gazete , Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02.11.2011, Sayı: 28103.
110. T.C Resmi Gazete , Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 27.10.2014, Sayı: 29158.
111. T.C Sağlık Bakanlığı Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı Uygulama Merkezleri <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,21264/uygulama-merkezleri.html>, Erişim tarihi: 07 Ağustos 2019
112. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Euras J Fam Med*. 2019;8,(1):1-9.
113. Marsh M. (Ed). Management of premenstrual syndrome.New York: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Green-top Guideline BJOG. 2016: p.73-105
114. Jahromi NB, Tartifzadeh A, Khabnadideh S. Comparison of fennel and mefenamic acid for the treatment of primary dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2003;80,(20):153-157.

115. Tseng YF, Chen CH, Yang Y. Rose tea for relief of primary dysmenorrhoea in adolescent: A randomized controlled trial in Taiwan. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50- 51.
116. Extra virgin zeytinyağı menstrual ağrının tedavisinde ibuprofenden daha etkili, <https://www.oliveoiltimes.com/tr/health-news/extra-virgin-olive-oil-more-effective-than-ibuprofen-in-treating-menstrual-pain/51322>, Erişim Tarihi: 01 Ocak 2020
117. Gün Ç, Demirci N, Otrar M. Dismenore yönetiminde tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanma durumu. *Spatula DD*. 2014; 4,(4):191-197
118. Stipanuk MH. Biochemical, physiological and molecular aspects of human nutrition. 2nd ed. St Louis, MO: Saunders Elsevier, 2006.
119. Sharma P, KulshreshthaS, Singh GM. Bhagoliwal role of bromocriptine and pyridoxine in a premenstrual stress syndrome. *Indian J Physiol Pharmacol*. 2007;51;368-374
120. Bendich A, Reducing symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) The potential of dietary supplements. *American Journal of Nutrition*. 2013;19,(1):3-12
121. Abdollahi R , Abiri B , Sarbakhsh P , Kashanian M , Vafa M . The effect of vitamin D supplementation on premenstrual syndrome in young girls with vitamin D deficiency: A Randomized, double blind, placebo controlled clinical study. *Complement Med Res*. 2019; 26(5):336-342
122. Walker AF, De Souza MC, Vickers MF, Abeyasekera S, Collins ML, Trinca LA. Magnesium supplementation alleviates the premenstrual symptoms of fluid retention. *J Women's Health* 1998; 9:1157-11165
123. Frankenburg FR. The role of a metabolic carbon metabolism in schizophrenia and depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2007;15:146-160.
124. Merete C, Sahin LM, Tucker KL. Vitamin B6 is associated with depressive symptomatology in the Massachusetts elderly. *J Coll Coll Nutr*. 2008; 27:421-427
125. Bryant M, Cassidy Hill C, Powell J, Talbot D, Dye L. The effect of soy isoflavone consumption on behavioral, somatic and affective symptoms in women with premenstrual syndrome. *Br J Nutr*. 2005; 93: 731-739.
126. Sohrabi N, Kashanian M, Ghafoori SS, Malakouti SK. Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of premenstrual syndrome: A pilot trial. *Complement Ther Med*. 2013;21(3):141-146

127. Işgın K, Ede G, Büyüktuncer Z , Farklı yaş grubundaki kadınlarda premenstrual sendrom varlığı ve beslenme durumu ile ilişkisi. *Bes. Diy. Derg.* 2016;44(2):114-121
128. Wihlback AC, Sundstrom-Poromaa I, Backstrom T. Effect and effect of neuroactive steroids in menstrual cycle related CNS disorders. *Psychopharmacol .* 2006; 186,(3): 388-401.
129. Wong LP Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2010;108:139–142.
130. Akin MD, Price W, Rodriguez G, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous low-level topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *Journal of Reproductive Medicine.* 2004;49(9):739-745
131. Lotfipour-Rafsanjani SM, Ravari A, Ghorashi Z, Haji-Maghsoodi,S, Akbarinasab J, Bekhradi R. Effects of geranium aromatherapy massage on premenstrual syndrome: A clinical trial. *Int J.Prev Med.* 2018;9: 98
132. Beyaz A, Ernst E. Short history of acupuncture Rheumatology. *United Kingdom.* 2004; 43:(5):662-663
133. Hakverdioğlu G, Türk G. Akupressur. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi:* 2006;13,(2) 43-47
134. Witt CM, Pach D, Brinkhaus B, Wruck K, Tag B, Mank S, Willich SN . Safety of acupuncture: The results of a prospective observation study with 229,230 patients and introduction of medical information and consent form. *Forschende Complementarmedine.* 2009;16,(2):91-97.
135. Zırh M, Carolyn EE , Hao J, Wilson TM, Yao SS, Smith CA. Acupuncture and acupressure for premenstrual syndrome (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2018;8:1-19
136. Kelderhouse K , Taylor JS . A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nurse Women's Health.* 2013;17:(4): 294-305.
137. Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü (URENS) Refleksoloji Nedir? <http://www.refleksoloji.com.tr/> , Erişim Tarihi: 19 Ekim 2019
138. Göral Türkcü S, Özkan S. Kadın sağlığında refleksoloji uygulamaları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.* 2017;11:134-140

139. Kim YH, Cho SH, The effect of foot reflexology on premenstrual syndrome and dysmenorrhea in female college students. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2002;8(2):212- 221
140. Petre A. Vitex Agnus-Castus: Which benefits of chasteberry are backed by science. Healthline. (Electronic Journal).
<https://www.healthline.com/nutrition/vitex>, August 2019, 6
141. Van Die MD, Burger HG, Teede JH, Bone KM. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: A systematic review of clinical trials. *Planta Med*.2013; 79,(7):562-575
142. Verkaik S, Kamperman'dan PM ,Van Westrhenen R , Schulte PFJ . Treatment of premenstrual syndrome with vitex agnus castus preparations: A systematic review and meta-analysis. *I'm J Obstet Gynecol*. 2017;217,(2):150-166
143. Kamalifard M, Yavari A, Asghari Jafarabadi M, Ghaffarilaleh G, Kasb Khah A. The effect of yoga on women's premenstrual syndrome: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2017;5,(3) 205–211
144. Chen KM, Tseng WS, Ting LF, Huang GF. Development and evaluation of a yoga exercise programme for older adults. *J Adv Nurs*. 2007;57,(4):432-441
145. Michalsen A, Grossman P, Acil A, Langhorst J , Lüdtke R , Esch T , Stefano GB , Dobos GJ . Rapid stress reduction and anxiolysis among distressed women as a consequence of a three-month intensive yoga program. *Med Sci Monit*. 2005;11,(12):555-561
146. Samadi Z, Taghian F, Valiani M. The effects of 8 weeks of regular aerobic exercise on the symptoms of premenstrual syndrome in non-athlete girls. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2013;18:14-19.
147. Aganoff JA, Boyle GJ. Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms. *J Psychosom Res*. 1994;38:183-192.
148. Teixeira ALS, Oliveira ECM, Dias MRC. Relationship between the level of physical activity and premenstrual syndrome incidence. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(5): 210-214.

149. Wells A , Welford M, King, P, Papageorgiou P, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy 2010; 48,(5):429-434
150. Erel Ö, Erel KV, Hipnoz ve genel tıp pratiğinde kullanımı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2014;5,(4):46-48
151. Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB. (Eds). Hypnotic interventions in the treatment of sexual dysfunctions. NewYork: Wiley-Blackwell ; 2001. p. 233- 234
152. Sıcak Uygulamalar <https://www.fztkaya.com/sicak-uygulamalar/> Erişim Tarihi: 1.Eylül 2019
153. Sıcak soğuk Uygulamalar
https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56699/mod_resource/content/0/SICA_K%20SO%C4%9EUK%20UYGULAMALAR.pdf , Erişim tarihi: 30 Ocak 2019
154. Demirci D, Dismenore İle Baş Etmede Kullanılan Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. 2017 Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi ,85 sayfa , Aydın (Doç. Dr. Hilmiye Aksu)
155. Taşçı S. Hemşirelik eğitiminde integratif anlayış geliştirme. Integr Tıp Derg. 2015;3(2):50-54.
156. Benjamin PJ, Phillips R, Warren D, Salveson C, Hammerschlag R, Snider P, Heos M, Barret R, Chepman T, Kaneko R, Martin M, Myer SN, Nedrow A, Niemiec C, O'Bryon D, Ochoa S, Peterson D, Weeks J. Response to a proposal for an integrative medicine curriculum. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2007;13,(9):1021-1033.
157. Çevik K, Bolsoy N, Beler M , Hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi ve görüşleri. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2016;6:1-10
158. Taşçı KD, Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;(5):6,434-443.
159. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı E. Manisa ilinde Premenstrual sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(3):215-222
160. Arıöz A , Ege E. Premenstrual sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. Genel Tıp Dergisi. 2013;23(3):63-69.

161. Sokullu G. Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. 2009 Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 110 sayfa, Aydın, (Yrd. Doç. Dr. Hilmiye Aksu)
162. Poyrazoğlu S. Kayseri il merkezinde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. 2010. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri.(Prof. Dr. Osman Günay)
163. Pınar A, Öncel S. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2011;21,(4):227-237
164. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencilerinde Premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1,(4):284-297
165. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O'Brein S, Calil H, Ceskova E, Dennerstein L, Douki S, Freeman E, Genazzani A, Heuser I, Kadri N, Rapkin A, Steiner M, Wittchen HU, Yonkers K. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. Gynecol Endocrinol. 2007;23(3):123-130.
166. Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevelansı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010;13:(1): 52-57
167. Bayram GO. Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3:104-110.
168. Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom. T Klin Tıp Bilimleri. 1997;17:184-190
169. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, Yonker KA. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. J Reprod. Med. 2003;48,(7):515-524
170. Balaha MH, Amr MA, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: A cross sectional study. Pan Afr Med J. 2010;5,(4):23
171. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. TAF Prev Med Bull 2008;7(3):231-236

172. Oğur P. Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi İle İlişkisi . 2004. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa , Afyon (Yrd. Doç. Dr. Mehmet Yılmaz)
173. Bakır N, Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki ilişki. 2012. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 89 sayfa , Antalya (Yrd.Doç.Dr. Hatice Balcı Yangın)
174. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome. Rev Saude Publica. 2006;40(1):47-56
175. Akyılmaz F, Özçelik N , Polat GM . Premenstrual sendrom görülme sıklığı . Göztepe Tıp Dergisi. 2003; 18:106-109
176. Singh H, Walia R, Gorea RK, Maheshwari A. Premenstrual syndrome (PMS) the Malady and the law. JIAFM. 2004;26,(4):129-131.
177. Rasheed P, Al Sowieleem LS. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2003;23,(6):381-387.
178. Aşçı Ö, Gökdemir F, Özcan B. Genç kızların premenstrual ve menstrual yakınmalarla baş etme yollarının belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi JACSD. 2015;3:4
179. Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea Thai adolescent: Prevalence, impact and knowledge of treatment. Journal Medical Association Thai. 2004;87(3):69-73
180. Qiao M, Zhang H, Liu H, Wang, T , Zhang J , Ji L . Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a populationbased sample in China. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012; 162,(1):83-86.
181. Duenas, LJ, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Perez Campos E, Martinez Salmean, J, Serrano I, Doval LJ, Col C. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2011;156:72-77.
182. Daşkan Z. Çalışan Hemşirelerde Menstrual Yakınmaların İncelenmesi. 2000. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi, 89 sayfa , İzmir (Doç. Dr. Füsün Terzioğlu)

183. Mohib A, Zafar A, Najam A, Tanveer H, Rehman R, Premenstrual syndrome: Existence, knowledge, and attitude among female university students in Karachi Cureus. 2018;10,(3):290-300
184. Buda L, Lampek K, Tahin T. Correlations of alternative medicine, health status and health care in Hungary. Orvosi Hetilap. 2002;143:891–896
185. Kutlu S, Emekçi RT, Köşlü A, Purisa S. Dermatoloji polikliniğine başvuran olgularda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;6,29
186. Husna Shafeequa EK. Efficacy of foot massage in menstrual disorders. International Journal of Therapies and Rehabilitation Research (IJTRR). 2017;6,(1):148-162
187. Dvivedi J, Dvivedi S, Mahajan K, Mittal S, Singhal A. Effect of ‘61 points relaxation technique’ on stress parameters in premenstrual syndrome. Indian J Physiol Pharmacol. 2008;52(1):69-76.
188. Potur D, Kömürcü N. The effects of local low-dose heat application on dysmenorrhea. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013; 27,(4):216-221.
189. Tufan N, Ebelik Ve Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Ve Nonfarmakolojik Yöntemlerine İlişkin Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. 2019. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, İstanbul (Dr. Öğr. Üyesi Anita Karaca)

8. EKLER

8.1 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

1. Değerli katılımcı;

Kadınların yaşamlarının 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan adet görme, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir. Adet öncesi dönemde karın ağrısı, baş ağrısı, şişkinlik, kabızlık, iştahta artma yada azalma, sinirlilik gibi durumlar yaşanabilir. Adet öncesi dönemde görülen bu değişikliklere Premenstrual sendrom adı verilmektedir. Premenstrual sendrom yaşayan kadınlar tespit edilerek kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amacıyla planlanan bu araştırmada bu araştırmada veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. İsminiz hiçbir yerde geçmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz ve doğru bilgiler vermeniz kadın sağlığınız için önemli katkı sağlayacaktır. Teşekkür ederiz.

Anket No:

Sosyo- Demografik Özellikler

1. Yaşınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

1() Okur yazar-İlkokul 2() Ortaokul 3() Lise 4() Yüksekokul ve üzeri

3. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

4. Medeni durumunuz? Bekarsanız 14 . Soruya geçiniz

1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/Dul

5. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1. Okur yazar-İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul ve üzeri

5. Eşiniz çalışıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

6. Evlilik yaşıınız.....?

7. Kaç yıllık evlisiniz.....?

Doğurganlık Özellikleri

8. Gebelik sayısı.....?

9. En son yaptığınız doğum şekli

1. Normal(Vaginal) 2. Sezeryan 3. Müdahaleli (Vakum, Epizyotomi)

10. Son doğumunuzu kaç yıl önce yaptınız.....?

11. Düşük öykünüz var mı?

1. Evet (Kaç kez)..... 2. Hayır

12. Kürtaj öykünüz var mı?

1. Evet (Kaç kez)..... 2. Hayır

13. Herhangi bir Aile Planlaması Yöntemi kullanıyor musunuz?

- 1.Doğum Kontrol Hapı
2.RİA
3.Kondom
4. Geri Çekme
5.Tüpligasyon
6. Diğer.....

Adet İle İlgili Özellikler

14. İlk adet yaşıınız

15. Kaç günde bir adet olursunuz?

16. Adetiniz kaç gün sürer?.....

17. Adetleriniz düzenli mi?

1. Evet 2. Hayır

18. Adetliken banyo yapar mısınız ?

1. Evet yaparım.(kaç kez)..... 2. Hayır yapmam

PMS Ve Risk Faktörleri

19. Sigara içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

20. Şekerli gıdalar tüketiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

21. Egzersiz yapar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

22. Günlük bir fincandan fazla kahve tüketir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

**23. Adet öncesi dönemde yaşadığınız şikayetlerden size uygun olanları işaretleyiniz.
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Baş ağrısı
2. Karın ağrısı
3. Karında şişkinlik, gerginlik
4. Kramplar
5. Memelerde hassasiyet
6. Sırt ağrısı
7. Kilo artışı
8. Kabızlık
9. İştahta artma/azalma
10. Ruh halinde değişimler (belirtiniz).....
11. Hafif depresyon
9. Diğer.....

24. Yukarıdaki şikayetleri en çok ne zaman yaşıyorsunuz?

.....

25. Şikayetleri yaşadığınız süre ortalama ne kadardır?

.....

26. Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?

1. Evet 2. Hayır

27. Öfkenizi kontrol edemediğiniz zamanlar olur mu?

1. Evet 2. Hayır

28. Özellikle hangi dönemlerde öfkenizi kontrol edemezsiniz?

1. Adet öncesi
2. Adetliyken
3. Adet sonrası
4. Diğer

29. Aneminiz (kansızlığınız) var mı?(Laboratuvar tanısı sorgulanmıştır).

- 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum

30. Adet döneminiz de ağrı yaşar mısınız?

1. Evet 2. Hayır

31. Ağrınızı azaltmak, kesmek için ne yaparsınız?

1. Doktora giderim. 2. Ağrı kesici içerim

32. Adet ağrısı yaşadığınız dönemde ağrınızı geçirmek için ilaç dışında bir şey yapıyor musunuz?

1. Evet (Cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız) 2. Hayır

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları İle İlgili Özellikler

33. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını biliyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır() 3. Biraz ()

34. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına inanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır() 3. Biraz ()

35. Adet öncesinde yaşadığınız şikayetleri azaltmak için geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanıyor musunuz/ uyguluyor musunuz?

1. Evet (Cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız.) 2. Hayır()

36. Aşağıda geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından bazıları verilmiştir. Adet öncesinde yaşadığınız şikayetleri azaltmak için kullandığınız yöntemlerden size uygun olanları işaretleyiniz.(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

GETAT YÖNTEMİ	KULLANMA DURUMU		YARARLILIK DURUMU		KULLANMA SIKLIĞI			
	Kullanıyorum	Kullanmıyorum	Oldu	Olmadı	1-2 kez			
Bitkisel tedaviler								
Rezene çayı								
Gül çayı								
Karnıma zeytinyağı sürerim								
Vitamin desteği alırım								
Vücut Terapileri								
Masaj								
Akupunktur								
Akupresör								
Refleksoloji uygulamam								
Fitotreapi uygulamam								
Zihin ve Beden Teknikleri								
Yoga								
Fiziksel egzersiz								
Yürüyüş								
Spor								
Dua ederim								
Gevşeme Egzersizleri								
Müzik dinlerim								
Hipnoz uygulamam								
Sıcak Uygulama								
Duş								
Karına sıcak uygulama								
Diğer								

8.2: 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 olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					

26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

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

8.3: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı " **Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları** "dır. Kadınların yaşamlarının 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan adet görme, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir. Adet öncesi dönemde karın ağrısı, baş ağrısı, şişkinlik, kabızlık, iştahta artma ya da azalma, sinirlilik gibi durumlar yaşanabilir. Adet öncesi dönemde görülen bu değişikliklere Premenstrual sendrom adı verilmektedir. Premenstrual sendrom yaşayan kadınlar tespit edilerek kullandıkları geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının belirlenmesi amacıyla planlanan bu araştırmada bu araştırmada veriler anket formu ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanacaktır. Araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman 05056265886 no'lu telefondan Filiz Süzer Özkan'a ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

8.4: Etik Kurul Onayı

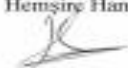
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU						
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Perimenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KİMLİĞİ					
	ETİK KURULUN ADI		Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu			
	AÇIK ADRESİ:		Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konferans-Düzce			
	TELEFON		0380 542 14 16			
	FAKS		0380 542 13 02			
E-POSTA		düzceetik@duzce.edu.tr				
BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOY ADI		Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZEN ÖZKAN			
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOY ADI		Hemşire Hanife UÇAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI		Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ		Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOY ADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÖRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOY ADI (TUTANAK vb. gibi kurumlardan destek alıyorsa)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ		FAZ 1	☐		
			FAZ 2	☐		
FAZ 3			☐			
FAZ 4			☐			
Gözetimsel ilaç çalışması			☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması			☐			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			☐			
İlaç dışı klinik araştırma			☐			
		Diğer ise belirtiniz: ****				
		TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
BÜYÜKLEN DİLEN BELGİLER	Belge Adı		Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ				Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU					Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülbün SEZEN İmza:  Not: Etik kurul başkanı, imzalarını her ekinde olduğu her sayfaya ilave etmelidir.						

8.5: Araştırma Uygulama İzni

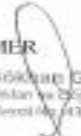
İZİN FORMU

"Premenstrual Sendrom Yaşayan Kadınların Kullandıkları Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi" konulu çalışmamız için Anabilim Dalınızda ve/veya Araştırma ve Uygulama Merkezinde uygulamamıza izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Dr. Öğretim Üyesi **Filiz Süzer Özkan**

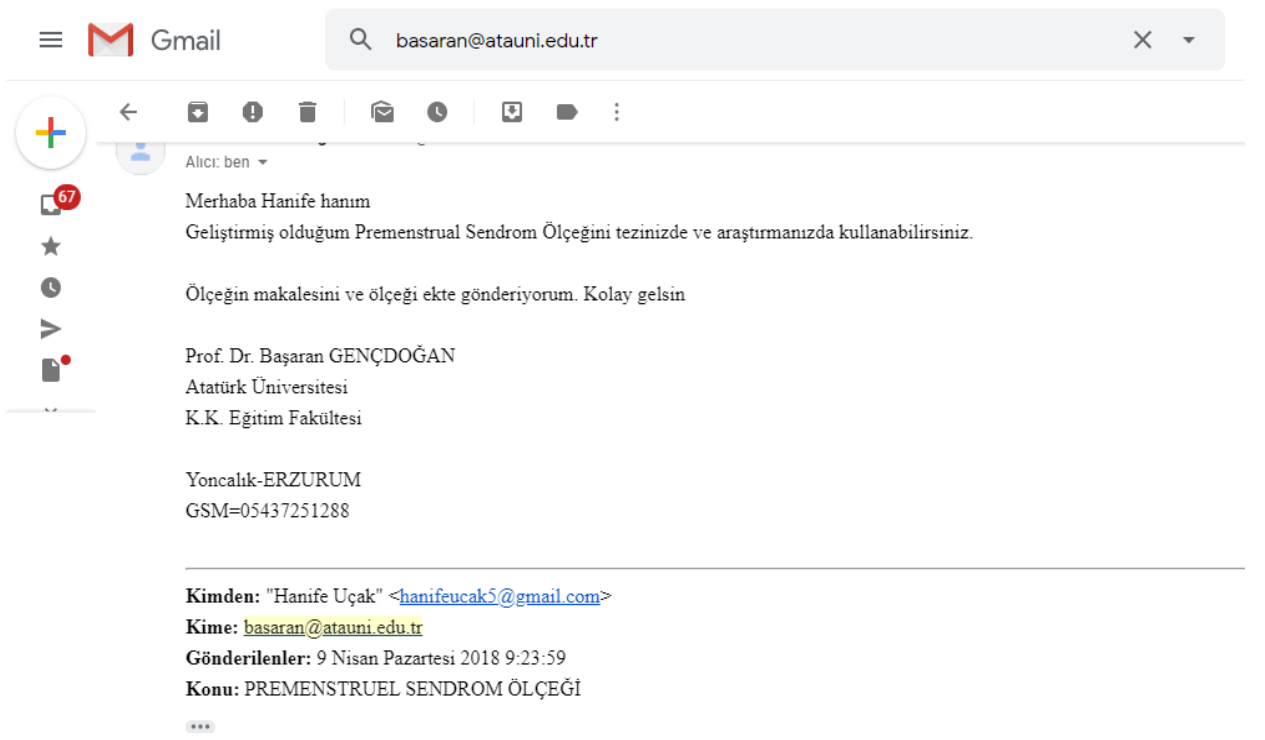

Hemşire Hanife Uçak


Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalında çalışma yapması uygundur.
Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalı Başkanı

Tarih:
Adı Soyadı: Prof. Dr. FIKRET GÖKHAN GÖYNÜMER
İmzası: 
Prof. Dr. F. GÖKHAN GÖYNÜMER
A. Kadın Hastalıkları ve Doğum, Perinatoloji
Ün. Tıp Fak. 41141

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.
Başhekim
Tarih: 
Adı Soyadı: **Prof. Dr. Alp Alper ŞAFAK**
Başhekim V.
İmzası:

8.6: Premenstrual Sendrom Ölçeği İzin Yazısı



9. ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Polatlı'da doğdu. Lise Eğitimini 2006-2010 yılları arasında Polatlı Anadolu Sağlık Meslek Lisesinde birincilikle tamamladı. Lisans Eğitimini 2010-2014 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulunda birincilikle tamamladı. 2017 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisansa başladı. 2015-2020 yılları arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezinde Dahiliye, Kardiyoloji/Kalp Damar kliniklerinde hemşire olarak görev yaptı. 2020 yılı itibariyle halen Kardiyoloji/Kalp Damar Servisinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

