

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL
DÖNEMDEKİ DİKKATİN PREMENSTRUAL
SENDROM, DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI
BELİRTİLERİ VE MENSTRUAL SİKLUSUN
ÖZELLİKLERİ İLE İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan:
Esra KAYA

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL
DÖNEMDEKİ DİKKATİN PREMENSTRUAL
SENDROM, DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI
BELİRTİLERİ VE MENSTRUAL SİKLUSUN
ÖZELLİKLERİ İLE İNCELENMESİ**

Hazırlayan:

Esra KAYA

150790023

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Selin Birgül BARAN

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “üniversite öğrencilerinde premenstrual dönemdeki dikkatin premenstrual sendrom, duygudurum bozuklukları belirtileri ve menstrual siklusun özellikleri ile incelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

15/01/2018

Esra KAYA

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ,
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

16.02.2018

Enstitümüz **Psikoloji** Anabilim Dalı **Klinik Psikoloji** Programı yüksek lisans öğrencilerinden **150790023** numaralı **Esra KAYA'nın** "**Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği**"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Dönemdeki Dikkatin Premenstrual Sendrom, Duygu Durum Bozuklukları Belirtileri ve Siklusun Özellikleri İle İncelenmesi** " konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.01.2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Selin Birgül BARAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Hakan KARAŞ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Murat Başar GÜRBÜZ
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)



Adı Soyadı :Esra KAYA
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Selin Birgöl BARAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2018
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Premenstrual Sendrom, Dikkat, Duygudurum, Adet Düzeni

ÖZ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL DÖNEMDEKİ DİKKATİN PREMENSTRUAL SENDROM, DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI BELİRTİLERİ VE MENSTRUAL SİKLUSUN ÖZELLİKLERİ İLE İNCELENMESİ

Premenstrual sendromu hafif, orta, ağır şiddette en az bir semptom olarak kadınların çoğu yaşamaktadır. Fiziksel, emosyonel ve kognitif semptomları olan premenstrual sendrom kadınların yaşamlarının bir çok alanında problem yaşamalarına neden olmaktadır. Bir kadının her ay ortalama 6 gün, hayatı boyunca 8 yıl adet gördüğünü düşünürsek anlaşılması ve tedavisinde etkili çalışmaların yapılması oldukça önemlidir. Bu araştırma, kadınlarda PMS'nin kognitif semptomlarından dikkat eksikliğini incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu bağlamda üniversite öğrencilerinde premenstrual dönemdeki dikkat pms, duygudurum bozuklukları belirtileri ve menstrual siklusun özellikleri ile incelenmiştir. Araştırmada 98 premenstrual döneminde olan, 78 premenstrual döneminde olmayan, 8 menstruasyon dönemi bilinmeyen toplam 184 kadına Sosyodemografik Bilgi Formu, D2 Dikkat Testi, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Premenstrual Sendrom Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan araştırmada pms ile dikkat ve menstruasyon siklusunun özellikleri arasında anlamlı bir fark ve ilişki bulunamamış; pms ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. PMS ile anksiyete, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, somatizasyon belirtileri arasında pozitif bir kolerasyon vardır ve belirti şiddeti arttıkça premenstrual sendromun şiddetinin de arttığı saptanmıştır. Bununla birlikte premenstrual dönemde, duygudurum bozuklukları belirtileri ile dikkat arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Name and Surname : Esra KAYA
Supervisor : Asst. Prof. Selin Birgöl BARAN
Degree and Date : Master Thesis, 2018
Major : Clinical Psychology
Keywords : Premenstrual Syndrome, Attention, Mood, Menstruation

ABSTRACT

EXAMINATION OF UNIVERSITY STUDENTS' ATTENTION IN PREMENSTRUAL PERIOD BY PREMENSTRUAL SYNDROME, SYMPTOMS OF MOOD DISORDERS AND FEATURES OF MENSTRUAL CYCLUS

Premenstrual syndrome is present in most women as at least one symptom of mild, moderate, severe level. Premenstrual syndrome, which has physical, emotional and cognitive symptoms, causes problems in many areas of women's life. It is very important to understand if a woman experiences an average of 6 days every month and 8 years of menstrual period throughout her life and to work effectively in her treatment. This study was conducted to investigate the lack of attention to premenstrual syndrome (PMS) cognitive symptoms in women. In this context, university students' attention in premenstrual period by pms, symptoms of mood disorders and features of menstrual cyclus are examined. Socio-demographic Information Form, D2 Attention Test, Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, Brief Symptom Inventory, Premenstrual Syndrome Scale were applied to a total of 184 women who were in the premenstrual period of 98, not of 78 in the premenstrual period and no information about period day of 8. There was no significant difference and relationship between the premenstrual syndrome and the attention and menstruation cycle and there was a significant relationship between pms and symptoms of mood disorders. There is a positive correlation between premenstrual syndrome and symptoms of anxiety, depression, hostility, negative self, somatization and the severity of premenstrual syndrome has been found to increase with increasing symptom severity. However in the premenstrual period no significant relationship was found between the symptoms of mood disorders and attention.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR.....	vii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE ARAŞTIRMALAR

1. PREMENSTRUAL SENDROM (PMS)

1.1. Tanım ve Tarihçe.....	5
1.1.1. Epidemiyoloji.....	6
1.1.2. Semptomlar ve Tanı.....	8
1.2. Etiyoloji.....	13
1.2.1. Genetik.....	14
1.2.2. Nörotransmitterler.....	14
1.2.2.1. Endojen Opioid Peptidler.....	14
1.2.2.2. Steroid Hormonlar.....	15
1.2.2.3. Serotonin.....	16
1.2.3. Prostaglandinler.....	17
1.2.4. Hipotroidi.....	17
1.2.5. Hipoglisemi.....	17
1.2.6. Sıvı Retansiyonu.....	18
1.2.7. Beslenme.....	18
1.3. Risk Faktörleri.....	19
1.3.1. Stres.....	19

1.3.2. Sosyokültür.....	20
1.3.3. Yaş.....	20
1.3.4. Parite.....	21
1.3.5. Sigara.....	21
1.3.6. Alkol.....	21
1.3.7. Siklusun Özellikleri.....	22
1.3.8. Medeni Durum.....	22
1.3.9. Öğrenim Durumu.....	22
1.3.10. Sosyoekonomi.....	23
1.3.11. Kafein.....	23
1.3.12. Obezite.....	23
1.3.13. Menstruasyon Tutumu.....	23
1.4. Yaşam Kalitesi ve Günlük Aktivitelere Etkisi.....	24
1.5. Tedavi.....	24
1.5.1. Nonfarmakolojik	25
1.5.1.1. Psikoeğitim.....	25
1.5.1.2. Beslenme ve Bitkisel Ajanlar.....	25
1.5.1.3. Homeopatik.....	26
1.5.1.4. Uyku Kalitesi ve Stresi Azaltma.....	27
1.5.1.5. Egzersiz.....	27
1.5.1.6. Alternatif Yöntemler.....	27
1.5.1.7. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	28
1.5.2. Farmakolojik.....	28
1.5.3. Cerrahi Yöntem.....	30
1.5.4. Premenstrual Sendrom'un Duygu Durum Bozuklukları İle İlişkisi.....	30

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem.....	33
2.2. Veri Toplama Araçları	33
2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	34
2.2.2. Sosyo-demografik Bilgi Formu.....	34
2.2.3. D2 Dikkat Testi.....	34
2.2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS).....	36
2.2.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	38
2.2.6. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ).....	39
2.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	41
2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR.....	42
3.1. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların ASRS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
3.2. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların KSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
3.3. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların Dikkat Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	47
3.4. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda PMS İle Dikkat Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	52
3.5. Kadınlarda Duygudurum Bozuklukları Belirtileri İle PMS Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	54

3.6. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda Duygudurum Bozuklukları	
Belirtileri İle Dikkat Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	56
3.7. Kadınlarda Menstrual Siklusun Özellikleri ile PMS Düzeylerinin	
Karşılaştırılması	58
3.8. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda Menstrual Siklusun Özellikleri	
İle Dikkat Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	60
SONUÇ	61
KAYNAKÇA	65
EKLER	
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	
Ek-2: Sosyo-demografik Bilgi Formu	
Ek-3: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)	
Ek-4: Kısa Semptom Envanteri (KSE)	
Ek-5: Premenstrual Sendrom Ölçeği	
Ek-6: D2 Dikkat Testi	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Premenstrual Sendromun ACOG, ICD-10 ve DSM IV'e Göre Kıyaslanması.....	10
Tablo 2: DSM-IV'te Yer Alan Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB) Tanı Kriterleri.....	12
Tablo 3: ACOG'a Göre PMS Tanı Kriterleri.....	13
Tablo 4: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların ASRS Puan Ortalamaları İçin Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	43
Tablo 5: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların ASRS Puan Sıralama Toplamları ve Sıralama Ortalamaları.....	43
Tablo 6: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların ASRS Puan Sıralama Ortalaması Farkları.....	43
Tablo 7: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların KSE Puan Ortalamaları İçin Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	45
Tablo 8: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların KSE Puan Sıralama Toplamları ve Sıralama Ortalamaları.....	46
Tablo 9: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların KSE Puan Sıralama Ortalamaları Farkı.....	46
Tablo 10: Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayan Kadınların PMSÖ Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 11: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların D2 Dikkat Testi Puan Ortalamaları İçin Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	49

Tablo 12: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların D2 Dikkat Testi Puan Sıralama Toplamları ve Sıralama Ortalamaları.....	50
Tablo 13: Premenstrual Döneminde Olan ve Olmayanların D2 Dikkat Testi Puan Sıralama Ortalamaları Farkı.....	51
Tablo 14: Premenstrual Döneminde Olanların D2 Dikkat Testi ve PMSÖ Puan Ortalamaları için Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	53
Tablo 15: Premenstrual Döneminde Olanların D2 Dikkat Testi ve PMSÖ Puanları İçin Spearman Korelasyon Analizi.....	54
Tablo 16: PMSÖ Puanları ve KSE Ölçek Puanları İçin Pearson Kolerasyon Analizi.....	55
Tablo 17: PMSÖ Puanları ve KSE Puanları İçin Çoklu Regresyon Analizi Özet Tablosu.....	55
Tablo 18: Premenstrual Dönemde Olanların D2 Dikkat Testi ve KSE Ölçek Puanları İçin Pearson Kolerasyon Analizi.....	57
Tablo 19: Düzenli Aralıklarla Adet Gören ve Adet Düzensizliği Olan Kadınların PMSÖ Puan Ortalamaları İçin Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	59
Tablo 20: T Testi.....	59
Tablo 21: Düzenli Aralıklarla Adet Gören ve Adet Düzensizliği Olan Kadınların PMSÖ Puan Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	59
Tablo 22: Düzenli Aralıklarla Adet Gören ve Adet Düzensizliği Olanların PMSÖ Puan Ortalamaları Farkı.....	60

KISALTMALAR

- ACOG** : Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- APA** : Amerikan Psikoloji Birliği
- ASRS** : Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
- BKI** : Boy Kitle İndeksi
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM-IV**: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı- 4. Baskı
- FSH** : Folikül Stimule Edici Hormon
- GİS** : Gastrointestinal
- GnRH** : Gonadotropin Releasing Hormon
- ICD-10** : Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
- KSE** : Kısa Semptom Envanteri
- LLPDD** : Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk
- MSS** : Merkezi Sinir Sistemi
- NIHM** : Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü
- PDF** : Premenstrual Değerlendirme Formu
- PMSÖ** : Premenstrual Sendrom Ölçeği
- PMS** : Premenstrual Sendrom
- PMDB** : Premenstrual Disforik Bozukluk
- PMTS** : Premenstrual Gerginlik Sendromu
- REM** : Rapid Eye Movement
- SSRI** : Selective Serotonin Reuptake İnhibitör
- TRH** : Troid Releasing Hormon
- TSH** : Troid Stimüle Edici Hormon
- WHO** : Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

1970 ve 1980'lerde, kadınların adet görmesi araştırmacıların dikkatini çekmeye başlamıştır. Adet görme kadınsı bir konu olarak nitelendirildiği için önceleri bu araştırmalar daha çok kadın araştırmacılar tarafından yürütülmüştür; fakat farklı kültürlerde adet görmeye ilişkin algılamalar, yaklaşımlar olumsuz olduğu için adet görmenin dini, kültürel ve sosyal açıdan incelenmesi birçok araştırmacın ilgisini çekmeye başlamıştır.

Fizyolojik bir olay olan adet görme, kadınların yaşamlarının 30-35 yılında tekrarlı bir şekilde gerçekleşen bir süreçtir. Adet döngüsünün yumurtlama öncesinde yani luteal fazda başlayan ve menstruasyonun başlamasıyla düzelmeye başlayan bilişsel, somatik, davranışsal, duygusal bozuklukları premenstrual sendrom terimiyle ifade edilir. Premenstrual sendrom kavramını ilk kez 1931'de kullanan Robert Frank adet öncesi gerginliği tanımlarken bu gerginliği, bir fonksiyon bozukluğu ve bir sendrom olarak değerlendirmiştir. Karen Horney ise kadınların hamile kalma korkusundan ve toplumun kadına yüklediği anlamdan ötürü kadınların gerginlik ve kaygı yaşadığını belirtmektedir. Karen Horney adet öncesi gerginliği patolojik bir süreç olarak görmezken Frank bu durumu patolojik bir süreç olarak değerlendirmektedir.

Adet başlangıcından 1 hafta önceki dönemde memelerde şişkinlik, eklem ağrıları, iştahta değişiklikler, baş ağrısı, halsizlik gibi fiziksel; duygudurum değişikliği, sinirlilik, kaygı, depresif duygudurum, değersizlik düşünceleri gibi emosyonel; dikkat toplama güçlüğü gibi kognitif belirtilerle ortaya çıkmakta olan pms, menstruasyonun başlamasıyla ortadan kalkar. Belirtiler sonraki adet döngüsüne kadar ortaya çıkmamaktadır.

Premenstrual sendrom kadınların % 80'inde görülür ancak %5 inde klinik olarak anlamlı olacak şekilde şiddetlidir. Bu belirtilerin şiddetli olması durumunda Premensturel Disforik Bozukluk adıyla bir psikiyatrik rahatsızlık olarak değerlendirilir.

Premenstrual sendrom çok eski yıllardan itibaren bilinse de bu sendromun semptomlarının çok çeşitli olmasından ötürü tam olarak tanımı yapılamamış, etiyolojik olarak da görüş ortaklığı oluşturulamamıştır. Görüş farklılıklarına rağmen tanısı için ICD-10 tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Bu tanı ölçütleri; huzursuzluk, şişkinlik, göğüslerde hassasiyet, vücutta şişmeler, çeşitli ağrılar, dikkatte azalma, uyku bozukluğu, iştah değişikliğidir.

Taşcı (2006) çalışmasında, PMS'nin 19-22 yaş arasında daha fazla görüldüğü; Nijerya'da Antai ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmaya göre de bu sendromun en çok 20'li yaşların ortalarında yaşandığı bulgulanmıştır. Cleckner Smith ve ark. (1998) araştırmasında, Amerika'daki ergenlik dönemindeki kızların tamamı düşük düzeyde en az bir, %87'si orta düzeyde, %74'ü ileri düzeyde, %56'sı ise şiddetli en az bir semptom yaşamaktadırlar. Katılımcıların %40'ı premenstrual sendrom dönemlerinde yalnız olmak istediğini, %29'u kimseyle konuşmak istemediğini, %27'si dışarı çıkmak istemediğini, %23'ü aktivitelerden uzak durduğunu, %23'ü okula gidemediğini bildirmiştir.

Premenstrual dönemde, kadınlarda konsantrasyon güçlüğü olgusunu da görmek mümkün. Danacı ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, sonuçlar gösteriyor ki en sık görülen belirtiler arasında çabuk sinirlenme (% 89), dikkatini toplayamama (% 89), isteksizlik (%85), işlerin gözünde büyümesi (% 85) ve karında gerginlik (% 85) bulunmaktadır. Bu sendromu hafif, orta, şiddetli geçiren bireylerde dolayısıyla değişik derecelerde duygudurum ve konsantrasyon etkilenmeleri görülmektedir. Hafif şiddette geçiren kişiler, iş ve sosyal yaşamından olumsuz etkilenmemekteyken, bu dönemi orta şiddette geçirenlerin yaşamları olumsuz etkilense de bu kişiler olumsuzlukları tolere edebilmekte, başa çıkabilmektedir. Fakat bu dönemi ağır geçiren kişilerin yaşamı olumsuz etkilenmekle kalmayıp kişinin yaşamdan çekilmesine sebep olabilmektedir. Dolayısıyla kadınların %90'ı premenstrual sendrom yaşıyor ve bu dönemlerinde %15-% 20 düzeyinde günlük yaşamlarında, sosyal ilişkileri ve becerilerinde, iş hayatlarında günlük çekmektedirler. Sosyal ilişkilerin ve iş yaşamının etkilenmesine dikkat toplama güçlüğü de sebep olabilmektedir. Eryılmaz ve Özdemir (2010) yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %55.7'sini okuldaki performanslarının düştüğünü,

%50'sinin derslere odaklanamadıklarını bildirmiştir. Premenstrual sendromu yüksek olan üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada sinir, endişe, gerginlik, ağlama hissi, duygusal dalgalanmalar, depresyon, öfkelenme patlamaları, kafa karışıklığı, aktivitelerden uzak durma gibi duygusal belirtilerin yanı sıra araştırmaya katılan öğrencilerde konsantrasyon güclüğü de bulgulanmıştır.

Bu çalışma kapsamında, en riskli yaş aralığındaki kadınlarda premenstrual dönemdeki dikkat kesitsel olarak incelenmektedir. Bu bağlamda, premenstrual sendrom ile dikkat, duygudurum bozuklukları belirtileri ve menstrual siklusun özellikleri arasındaki ilişkiler ele alınmakta; böylece adet döngüsünün bilişsel bozulmalar üzerindeki etkisine yönelik çalışmalara katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Bunu takip eden bölümde premenstrual sendrom kavramsal çerçeve ve araştırmaları incelenenecektir. Geliştirilen hipotezler bulgular bölümünde, Beykent Üniversitesi öğrencisi olan 184 kadından toplanan verilerin istatistiksel analizleri ile test edilecek ve raporlanacak; sonuç kısmında ise bulgular tartışılarak yorumlanacaktır.

Araştırmanın Önemi

Premenstrual sendromun şiddeti ve semptomları kadınların şikayetleri üzerine belirlenmektedir. Premenstrual sendromun bildirilen kognitif semptomlarından en yaygını dikkat eksikliğinin, d2 dikkat testiyle araştırmacı tarafından ölçülmesi daha objektif bir sonuç ortaya koyabilir.

Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada test edilmek üzere aşağıdaki varsayımlar geliştirilmiştir.

1. Premenstrual döneminde olan kadınların, olmayanlara göre d2 dikkat testinde daha düşük performans göstermeleri beklenmektedir.

2. Premenstrual dönemindeki kadınlarda, premenstrual sendrom ölçeğı puanları yükseldikçe d2 dikkat testinde daha düşük performans göstermeleri beklenmektedir.

3. Kadınlarda, kısa semptom envanteri puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) yükseldikçe premenstrual sendrom ölçeğinden alınan puanların da yükselmesi beklenmektedir.

4. Premenstrual dönemindeki kadınlarda, kısa semptom envanteri puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) yükseldikçe d2 dikkat testinde daha düşük performans göstermeleri beklenmektedir. Ve bu ilişki premenstrual dönemde olmayanlarınkine kıyasla daha güçlüdür.

5. Adet düzensizliği olan kadınların, düzenli aralıklarla adet görenlere göre premenstrual sendrom ölçeğinden daha yüksek puan almaları beklenmektedir.

6. Premenstrual dönemindeki kadınlarda, adet düzensizliği olanların, düzenli adet görenlere göre d2 dikkat testinde daha düşük performans göstermeleri beklenmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler toplanırken birbirini takip eden birkaç menstrual siklus süresince bulguların takibi ve kaydı yapılmamıştır. Bu durum kadınların geriye dönük olarak yaşadıkları semptomları hatırlamalarını zorlaştırabileceğinden, belirlenen PMS şiddetindeki subjektiflik oranını artırabilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Beykent Üniversitesi Rektörlük ve Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan etik onay (05. 12. 2017) alınmıştır.

Araştırmaya gönüllü katılmak isteyenlere uygulama öncesi, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-2) doldurtulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE ARAŞTIRMALAR

1. PREMENSTRUAL SENDROM (PMS)

1.1. Tanım ve Tarihçe

Premenstrual sendrom kavramı ilk olarak, 1931 yılında Robert Frank tarafından ortaya atılmıştır. Frank, premenstrual sendromun gerilim, rahatlama amaçlı tuhaf davranışlar, baş ağrısı, vücutta şişlikler, kilo alma, ciltaltı kanama, astım, epilepsi krizleri gibi belirtileri olduğunu ve mens başlangıcıyla hızla düzeldiğini belirtmiştir. 1953 senesinde Gren ve Dalton en sık görülen baş ağrısı, daha hafif olarak bulantı, irritabilite, depresyon, vertigo, ödem, epilepsi nöbetleri gibi belirtilerin geldiğini bildirmişlerdir (Türkçapar ve Türkçapar 2011, 242). 1963 yılında Coppen ve Kessel, 1968 yılında ise Moos premenstrual döneme özgü belirtileri tanımlamıştır. 1979 yılında Taylor, 1981 yılında Reid ve Yen, 1986 yılında Casper ve Powel PMS septomlarının siklik özellikleri üzerinde durmuşlardır. 1983 yılında Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH) PMS için daha geniş bir tanımlama ortaya koymuş, 1985 yılında ise Reid tarafından yapılan tanım üzerinde genel olarak uzlaşmıştır. Bu tanıma göre “Premenstrual Sendrom (PMS); fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişikliklerle karakterize, şiddetli olduğu durumda kişilerarası ilişkileri ve normal aktiviteleri bozan, tekrarlayıcı luteal faz durumudur” (Reid 1985, 1). 1987 yılında DSM-III’de geç luteal faz disforik bozukluk (LLPDD); oluşturulan DSM IV Çalışma Grubu ise, LLPDD yerine Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDD) ismini önermiştir ve PMDD “Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar” grubu içine dahil edilmiştir (DSM-IV 1994, 717-8). Psikiyatrik tanı sınıflandırmalarından ICD-9 (2012, 580-629)’da “Premenstrual Gerginlik Sendromları” başlığı altında, genitoüriner sistem hastalıkları bölümünde, kadın genital organlarıyla ilişkili ağrı ve diğer semptomlar; ICD-10 (2018, 80-98)’da “Premenstrual Gerginlik Sendromu” başlığı altında, genitoüriner sistem hastalıkları bölümünde, ağrı ve kadın genital organları ve menstrual siklusla ilişkili diğer durumlar şeklinde yer almıştır.

ACOG (2015, 1-2)'a göre, PMS tanısı koyabilmek için, belirtilerin menstruasyondan önceki beş günde gözlenmesi ve adet başlangıcından sonra en fazla dört gün sürmesi gerekmektedir. ACOG, premenstrual sendromu semptomlarına ve şiddetine göre kategorize etmiştir PMS semptomları çok şiddetli ise, semptomlar çoğunlukla psikolojikse ve belirtiler klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde ise bu durum, PMDB olarak kabul edilmektedir. Bir kişiye PMDB teşhisi konabilmesi için, psikolojik ve fiziksel semptomların tekrar ettiğini bildirmesi, bu problemlerin kişilerarası ve işle ilgili uyumu bozacak düzeyde olması ve luteal fazın son evresinde yaşanıp, bir kaç günde geçmesi gerekmektedir.

1.1.1. Epidemiyoloji

Kadınların yarısı premenstrual dönemde bazı değişiklikler yaşamaktadırlar. Bu, premenstrual sendrom değil mens dönemi değişimleridir. Prevelans %75-%85 en az bir semptom yaşamakta; %10-%15 tıbbi destek arayışında bulunmakta; %2-%5 sosyal hayattan izole olmaktadır (Limosin ve Ades 2001, 501). Abplanalp (1983, 107)'a göre semptomların sayısı ve çeşitliliğinin farklı çalışmaları, farklı kadınlar, farklı mens döngülerinde değişim göstermesi; psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi PMS'de tanım açısından problem teşkil etmektedir.

Virjinya'da yapılmış bir çalışmada, kadınların %85-%90'ında adet öncesi gerginlik, %35-%40'ında da premenstrual sendrom görülmektedir. %5'inde ise semptomların bir tanesi ya da birden çoğu yüksek derecededir. Premenstrual semptomların bazılarının bulunduğu kadınların yaklaşık olarak %75'inin PMS tanısı aldığı görülmektedir (Deuster ve ark. 1990, 125-6).

İsrail'de 16-21 yaş arası 545 adolesan çağındaki kızla yürütülmüş çalışmada, %80'inde en az bir tane premenstrual semptom olduğu, %70'inde son döngüsünde ağrılı mens yaşadığı ve %25'inin son üç adet döngüsünde günlük aktivitelerini etkileyecek düzeyde menstrual ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Shye ve Jaffe 1991, 217).

Cleckner Smith ve ark. (1998, 403) araştırmasında, Amerika'daki ergenlik dönemindeki kızların tamamı düşük düzeyde en az bir, %87'si orta düzeyde, %74'ü ileri düzeyde, %56'sı ise şiddetli en az bir semptom yaşamaktadırlar. En sık

bildirilen semptomlar; yeme isteği, memelerde şişkinlik, karın ağrısı, ruh hali değişimleri, stresli duygular ve görünüşten duyulan memnuniyetsizliktir. Okula gitmek istememek, insanlara veya bir şeylere sinirlenmek, “kendine bir şeyler yapmak gibi bir şey düşünmek” (araba kazası gibi), uyku isteği ve uyanmak istememek, ölüm ya da intihar düşünceleri daha az sıklıkla bildirilmiştir. Genç ergenler (13-15 yaş), daha büyük yaştaki gençlere (16-18 yaş) göre daha az şiddetli semptomlara sahiptir.

Taiwan’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %39,8 olarak tespit edilmiştir (Cheng ve ark. 2013, 100). Japonlar üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %74’ü menstrual problemler ile karşı karşıya iken; yalnızca %20’sinin şikayetleri nedeniyle jinekoloğa başvurduğu saptanmıştır (Tanaka ve ark. 2013, 12).

Tenkir ve ark. (2003, 181) Etiyopya’da yaş ortalaması 20 olan 17-38 yaş arası üniversite öğrencisiyle yürüttükleri araştırmada, neredeyse tüm (% 99,6) kadınlar son 12 aydaki adet döngüsünün çoğunda en az bir PMS semptomu yaşamaktadırlar. PMS veya premenstrüel disforik bozukluk prevalansı (DSM-IV’e göre) % 27’dir. Katılımcıların yaklaşık% 14’ü, PMS semptomları nedeniyle en az bir kez derslerini kaçırmış ve % 15’i en az bir kez sınavlarından daha düşük not almıştır. Her ikisi de semptomların şiddeti ile anlamlı derecede ilişkilidir. İlk yıl öğrencileri, diğerk yıl öğrencilerine göre PMS'den daha fazla etkilenmektedirler.

PMS çalışmalarının değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında PMS prevalansının en düşük %12 (Fransa), en yüksek %98 (İran) olduğu tespit edilmiştir (Direkvand-Moghadam ve ark. 2014, 106).

Türkiye’deki araştırmalardan; Manisa’da yürütölen 16-49 yaş arası üreme dönemindeki kadınlarda premenstrual sendrom görölme düzeyiyle ilgili 541 kişinin olduğu grubun %6’sında şiddetli PMS belirtileri bulgulanmıştır. Bu çalışmada % 72 oranında sinirlilik ve huzursuzluk, %67.3 gerginlik, %66.6 dolgunluk hissi, rahatsızlık, ağrı duyma, enerji kaybı, yorgunluk, %65.5 bacaklarda ağırlaşma en fazla

görülen semptomlardır (Adıgüzel ve ark. 2007, 1). Erbil ve ark. (2010) Ordu ilinde üniversite yurdundaki 380 kişiyle yaptıkları çalışmada, premenstrual sendrom ve adet sancısı %85.7 kişide görülmektedir. PMS, soğuk havada %43.3, sınavdan önce %39 ve aile çatışmalarında %28.3 oranında yükselmektedir. Katılımcıların %68.4'ünün iştah değişimi, %66'sında sinir, %48'sinde halsizlik, %65'inde şişkin hissi, %61'inde sancı, %51'inde negatif duygudurum olup, %47'sinde uyku düzeninde değişim, %34.3'ünde negatif düşünceler, %19'unda kaygı bildirilmiştir.

1.1.2. Semptomları ve Tanı

PMS Semptomları

Kadınlar, 200'den fazla PMS semptomu tanımlamışlardır. Semptom çeşitliliğinin fazla olması nedeni ile dört ana grupta toplanır. Kadınların çoğunda, aşağıda gruplanan yakınmaların çoğu bir arada görülmektedir (Dickerson ve ark. 2003, 1743).

1-Davranışsal semptomlar: Uykusuzluk, sersemlik, aşırı yeme, yeme isteğinde değişiklik, sosyal çekingenlik (içine kapanıklık), agresif davranış, cinsel istekte değişiklik vs.

2-Emosyonel semptomlar: İrritabilite, duygulanım değişiklikleri, depresyon, libido değişiklikleri, öfke, anksiyete, düşmanlık duyma, panik atakları, intihara eğilim, ağlama nöbetleri, gerginlik vs.

3-Fiziksel semptomlar: Memede büyüme, meme hassasiyeti, sırt ağrısı, abdominal şişkinlik, yorgunluk, baş ağrısı, migren, akne, soğuğa hassasiyet, arpacık, konstipasyon, baş dönmesi, mide bulantısı, sıvı retansiyonu (buna bağlı olarak ekstremitelerde ödem), sıcak basmaları, kas, eklem ağrıları, çarpıntı, kilo artışı vs.

4-Kognitif semptomlar: Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, yeteneklerde azalma, motivasyon azlığı vs.

PMS'nin Tanılanması

Premenstrual sendromda teşhis için en iyi yöntem birkaç ay semptomları

kaydederek, düzeylerini puanlamaktır. Şikayetler psikolojik ve fiziksel olarak ayrıştırılmalı ve ne zaman yaşanıp ne zaman düzeldiği düzenli biçimde kayıt altına alınmalıdır.

Premenstrual sendromda gözlenen semptomların çoğu fizyolojik ve ruhsal rahatsızlıklarda da görülebilir. Bu sebepten şu durumlara bakılmalıdır:

- fizyolojik bir sebep olmamalıdır.
- Semptomlar döngüsel olmalı ve döngünün ikinci fazında görülmelidir. Fakat her döngüde bu semptomlar aynı düzeyde görülmeyebilir.
- Foliküler evrede en az altı gün semptom görülmemelidir.
- Adeti başlangıcı ile semptomlar geçebilir.
- Döngüsel ovarian durum ile ilişkilidir. Puberte öncesi, menapoz sonrası ve hamilelik dönemlerinde gözlenmez.
- Adet görme zorunlu değildir. Overleri bozulmamış histerektomi geçirmiş kişilerde de gözlenebilir. Semptomlar kişinin hayat ve mesleki kalitesini bozacak seviyede olmalıdır (Kişnişçi ve ark., 1996).

Premenstrual sendromun teşhisi için fiziksel inceleme yöntemleri ve laboratuvar tahlilleri yoktur. Fakat kan testlerinde kansızlık, tiroit rahatsızlıkları, menapoz, kist gibi diğer hastalıklardan olmadığının belirlenmesi faydalı olabilir. Meme ve pelvik rahatsızlıklar premenstrual sendrom ile karıştırılabilir. FSH ve LH düzeylerinin test edilmesi bilhassa menapozun belirlenmesi bakımından önemlidir. (Salamat ve ark. 2007, 29). Ayrıca psikiyatrik muayene gerekebilir. Bir kişiye PMS teşhisi koyulabilmesi için, ruhsal ve fiziksel semptomların sık sık tekrar ettiğini bildirmesi, bu semptomların kişilerarası ve iş yaşamındaki uyumunu bozacak düzeyde olması ve luteal evrenin son haftasında gözlenip birkaç günde geçmesi gerekmektedir. PMS’de etkili bir tanı ve tedavi süreci için hekim (jinekolog, nörolog ve psikiyatrist) ve psikologlar ekip çalışması yapmalıdırlar. Değerlendirme yapılırken anemnez, obstetrik ve menstrual öykü alınmalıdır. Anemnez formu; hastanın yaşı, medeni durumu, doğum sayısı, menarş yaşı, menstrual siklus

özellikleri, genel sağlık alışkanlıkları (sigara ve alkol kullanımı, egzersiz alışkanlıkları, ilaç kullanımı, tedavi alıp almadığı vs.), beslenme alışkanlıkları (beslenme biçimi, kahve, çay, tuz tüketim düzeyi vs.). PMS'nin başlangıç yaşı, semptomların şiddeti ve süresi gibi soruları içermelidir (Ayhan ve ark., 2008).

PMS Tanılanmasında Kullanılan Teşhis Kriterleri

Günümüzde PMS tanısında birbirine benzemekle birlikte 3 farklı yaklaşım vardır. Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği'nin (ACOG) tanımlamış olduğu PMS, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan ICD-10' da tanımlanan Premenstrual Gerginlik Sendromu (PMTS) ve DSM IV tanı kitabında tanımlanan Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB):

Tablo 1. Premenstrual sendromun ACOG, ICD-10 ve DSM IV'e göre kıyaslanması

	Tanı şekli	Kategori	Zaman ve genel özellikler
ICD 10	PMTS	Kadın Doğum	Premenstrual olarak görülür. Menstruasyonu takiben yatıştır.
ACOG	PMS	Kadın Doğum	Menstruasyondan 5 gün önce görülür. Menstruasyonun başlamasından 4 gün içinde yatıştır. Siklusun en az 13. gününe kadar tekrarlamaz.
			Menstruasyondan önceki hafta başlar, folliküler fazın başlangıcından birkaç gün

DSM IV	PMDB	Psikiyatri	sonra yatıştır. En az beş semptom; bunlardan biri depresyon,anksiyete/gerginlik, kızgınlık/huzursuzluk, olmak üzere diğer niteleyici semptomlar: İlgide azalma, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, uyku değişiklikleri, kontrol kaybı, iştah değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, Baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar, Çalışma hayatı ve aktiviteler ilişkiler ve sosyal hayatın etkilenmesi, Bir önceki yılda menstrual siklusların çoğunda görülmesi, En az iki ardışık siklusta görülmesi, Başka bir hastalığın alevlenmesi olmaması, Alkol veya başka bir ilaç kullanımı veya suistimali olmaması
--------	------	------------	---

Premenstrual dönemde görülen tüm semptomları kapsamlı bir şekilde ele aldığından dolayı bugün en yaygın olarak kullanılan referans DSM-IV'tür.

Tablo 2. DSM-IV’te yer alan premenstrual disforik bozukluk (PMDB) tanı kriterleri

A) Semptomların mens başlamadan yaklaşık bir hafta önce başlaması ve semptomların mens başladıktan birkaç gün sonra sonlanması ve aşağıdaki Semptomlardan en az beş tanesi olmalı ancak ilk 4 semptomdan en az bir tanesi bu semptomlardan biri olmalı	1) Depresif duygu hali ve disfori 2) Anksiyete veya gerginlik 3) Duygulanımda değişkenlik 4) Huzursuzluk 5) Genel aktivitelere ilgide azalma 6) Konsantrasyon zorluğu 7) Belirgin enerji eksikliği hissi 8) İştah değişimleri, aşırı yeme, yeme alışkanlık değişimi 9) Uykusuzluk ya da aşırı uyuma 10) Duygulanmada aşırılık 11) Diğer fiziksel semptomlar, meme hassasiyeti, şişkinlik, vb.
B) Semptomlar okul, iş ve günlük aktiviteleri etkilemeli	
C) Diğer hastalıkların şiddetlendiği zaman etkilenmemeli	
D) A, B, C de tanımlanan özellikleri sağlamalı ve en az ardı ardına gelen 2 mens döneminde tekrarlamalıdır	

Tablo 3. ACOG’a göre PMS tanı kriterleri

A) Önceki 3 menstrual siklusta mens başlamadan 5 gün önceki dönemde duygusal ve somatik semptomlardan 1 veya daha fazlasının gözlenmesi	<u>Duygusal</u> Depresyon, sinirli davranış, irritabilite, anksiyete, konfüzyon	<u>Somatik</u> Meme hassasiyeti, karın şişliği, baş ağrısı, ekstremitelerde şişlik, sosyal çekilme
B) Semptomların mens başlangıcından itibaren 4 gün içerisinde rahatlaması ve en az siklusun 13 günü tekrarlamaması		
C) Semptomların hiçbir farmakolojik veya hormonal tedavi veya ilaç veya alkol kullanımı olmadan olması		
D) İleriye yönelik incelemelerde semptomların en az 2 siklus boyunca gözlenmesi		
E) Hastaların semptomlar nedeni ile sosyal ve ekonomik olarak zarar görmesi		

1.2. Etiyoloji

PMS'nin etiyolojisi için değişik bakış açıları olmakla birlikte günümüzde yaygın kabul fizyolojik nedenlerden kaynaklandığı, sosyal faktörlerin bu durumu pek etkilemediği yönündedir. PMS'nin fizyolojik sebeplerden kaynaklandığı düşüncesini ispatlayan en önemli verilerin arasında cerrahi menapoz durumunda bu semptomların

görülmemesi ve PMS'nin siklik olarak yine siklik bir yapısı olması, menstrual siklusla ilgili hormonal değişimlere paralel sürmesi belirtilmektedir (Steiner ve Pearlstein 2000, 17).

Progesteron hormon seviyesindeki düşüklük, östrojen hormaonun yüksek veya düşük seviyede, östrojen-progesteron hormon oranında değişimler, aldosteron, reninangiotensin, adrenal bez düzeyindeki artış, endojen endorfinlerin seviyesinde düşüklük, katekolamin değişimleri, prolaktin alınınının artması premenstrual sendrom etiolojisinde suçlanan hormon değişikliklerindendir (Hoyer ve ark. 2013, 3-4). Son yapılan araştırmalara göre premenstrual semptomların menstrual siklusun luteal fazı sırasında overlerden salınan sex steroidlerindeki değişimlerden kaynaklandığı görüşü kabul edilmektedir. Ancak hala PMS'nin psikonöro endokrin etiyojisi açıkça bilinmemektedir. Bugün üzerinde en çok çalışılan maddeler: overlerden salgılanan steroidlerin Santral Sinir Sistemi'ndeki mediatorleri olan serotonin, gama-amino butirik asit (GABA) reseptorleri ve beta endorfinlerdir (Reid 2017, 19-22).

1.2.1. Genetik

Bazı çalışmalarda annesinde PMS olduğunu bildiren öğrencilerde premenstrual sendrom sıklığı daha fazla bildirilmiştir (Demir ve ark. 2006, 265). Benzer PMS belirtileri yakın akrabalarda görülebilir. PMS'de genetik faktörler önemli bir role sahiptir ve aynı yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinkine göre rastlanma oranı 2 kattır. Kadınlarda adet görme öncesi meydana gelen belirtilerin, PMS ve PMDB taşıyan kadınlarda steroid gonadların sonucunda görülen psikoloji değişimlerine olan ayrımsal duyarlılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. “Ayrımsal farklılık” kavramı etiyojisi birçok faktöre bağlıdır ve bir kısmı genetik özelliklerce belirlenir (Pearlstein ve Steiner 2008, 293).

1.2.2. Nörotransmitterler

1.2.2.1. Endojen Opioid Peptitler

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren peptid yapıdaki hormonlardan olan endorfinler aminleri baskıladıkları için ruhsal durumu, yeme isteği ve susama gibi

durumlarda etkili olabilirler. Ve hormon sekresyonlarında değişim oluşturarak, davranışlar, uyuma, ısı regulasyonu ve bağırsakla üzerinde da etki gösterebileceği bildirilmiştir. Akut opiat kesilmelerinde hiperirritabilite ve agresivite gibi semptomların geliştiği bilinmektedir. Normal adet döngüsünde β -endorfin luteal evrede artmaktadır, folikuler evrede ise düşmektedir (Taşkın ve ark. 1998, 2402-4). Periovulatuar aşamada periferik β -endorfin seviyeleri değişikliklerin PMS semptomları ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için yapılan bir çalışmada, beta-endorfin seviyeleri periovulatuar faz boyunca PMS hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Chuong ve ark. 1994, 755). Endojen opioidler stresin algılanmasında önemli rol oynamaktadır. Opiat seviyesi artan hastalarda, ağrı eşiği yükselir, pozitif duygular artar, kendini daha iyi hisseder. Aktif egzersizin, akupunkturun, seksüel ilişkinin β -endorfin salınımını arttırdığı belirlenmiştir (Cabioğlu ve Ergene 2006, 1).

1.2.2.2. Steroid Hormonlar

PMS'nin ergenlikten önce, gebelikte ve menopoz sonrası dönemde gözlenmemesi siklik over aktivitesinin PMS için öneminin ortaya koymaktadır. Tarihsel olarak popüler olan ancak daha sonra yanlışlanan hormonal kuramlardan birisi bu durumun progesteron eksikliğine bağlı olduğu varsayımdır. 1950 yılında Dalton, progesteron düşüklüğünden ziyade östrojen progesteron oranındaki değişimden dolayı progesteron hormonu düşüklüğü oluştuğunu bildirmiştir. Dalton, kadınlara progesteron hormonu takviye ederek tedavi uygulamaya çalışmıştır. Fakat hem hormon oranlarıyla ilgili çalışmaların hem de tedavi çalışmalarının metodolojileri nedeniyle sonuçlar tartışmalıdır (Emans ve ark., 2005; Aktaran: Türkçapar ve Türkçapar 2011, 244). Progesteron ve östrojenin duygudurumu serotonin vasıtasıyla etkilediği ve PMDB'de görülen duygudurum değişimlerini ortaya çıkardığı dşnlmektedir (Türkçapar ve Türkçapar 2011, 245).

GABA santral sinir sisteminden salınan, anksiyete, dikkat, uyanıklılık, stresin düzenlenmesinde kritik önemi olan temel inhibitör nörotransmitterdir. GABA düzeyi düşüklüğünde anksiyete ve depresyon ortaya çıkmaktadır. SSS'deki olumlu etkilerinin yanında, kan basıncının sabit kalması, sırt ağrısı gibi tekrarlayan sancılarda analjezik tesir, insülin düzeyinde artış ve premenstruel semptomları

düşürücü etkisi de bulunmaktadır. B6 vitamini ve Manganez GABA sentezini ve etkisini artırır. GABA aktivitesi major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda hastaların bir kısmında düşük olarak bildirilmektedir. PMDB'li olgularda da GABA'nın menstruasyon sırasında düşük olduğu bulgulanmıştır (Backstorm ve ark. 2007, 117-9).

Foliküler faz süresince östrojen seviyeleri en yüksektir, luteal faz sonunda östrojen seviyesi düşmeye başlar. Son yıllarda yapılmış olan çalışmalarda, ovulasyon sonrası azalmış olan östrojen seviyesiyle PMS'deki deprese ruh hali arasında bağlantı kurulmuştur. Siklus sürecindeki östrojen dalgalanmaları serbest kortikotropin hormonu salınımını etkiler. Kortikotropin hormonu salınımının azalmasıyla kadınlarda menstruasyon sürecindeki atipik ve değişken depresyon belirtilerine rastlanır. Östrojen serotonerjik aktiviteyi de artırır. Östrojen düzeyinin azalmasıyla kandaki serotonin düzeyi de düşer ve sonucunda PMS'de depresyon belirtileri gözlenir (Di Giulio ve Reissing, 2006).

Birçok çalışmada PMS'li kadınların plazma testosteron düzeyleri araştırılmamıştır. Vücuttaki androjenler duygudurum semptomlarından özellikle irritabiliteyi etkilediğinden PMS semptomolojisi araştırılırken androjen seviyeleri de değerlendirilmelidir. Yapılan bir çalışmada, premenstrual dönemde sinirlilik semptomu mevcut PMS hastalarında testosteron seviyelerinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Farklı bir çalışmada ise, PMS hastalarının toplam ve serbest plazma testosteron seviyelerinin sağlam bireylere göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (Vigod ve ark. 2009, 912).

1.2.2.3. Serotonin

Depresyonda, Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'de serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir. Premenstrual sendromda da depresyon görüldüğüne göre luteal evrede serotonin düşüklüğünün varlığı sorusu düşünülmektedir. Premenstrual sendrom yaşayan kadınların serotonin seviyeleri inceleyen araştırmalarda kadınların luteal fazlarında benzer değişikliklere rastlanmıştır. Potent bir serotonin gerilim inhibitörü olan fluoxetine ile yapılan bazı çalışmalarda PMS semptomlarında iyileşme olduğu bildirilmektedir. Buspirone, dopamine, fenfluramine gibi serotonerjik ilaçlarla da

aynı sonuçlar alınmıştır (Halbreich ve Tworek 1993, 1). Özeren ve ark. (1997) fluoxetine tedavisi ile PMS semptomlarında dikkate değer bir iyileşme görüldüğünün üzerinde durmuşlardır. Steiner ve ark. (2003) 320 kadınla yaptığı çalışmada, fluoxetine tedavisinin Premenstrual Disforik Bozukluğu olan kadınlarda çalışma kapasitesini arttırdığı belirtilmektedir. MSS’de premenstrual semptomların ortaya çıkmasında en önemli nörotransmitter serotonindir. PMDB yaşayan kadınlarla yürütülen çalışmalar, normal kontrol kadınlara göre, serotonerjik sistemde birçok değişiklikler olduğunu göstermektedir. PMDB'nin pek çok semptomunun serotonerjik sistemle ilişkili psikiyatrik tablolara benzerliği ve serotonerjik sistemle progesteron arasındaki ilişki serotonerjik yaklaşımı desteklemektedir (Türkçapar ve Türkçapar 2011, 244).

1.2.3. Prostoglandinler (PG)

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

1.2.4. Hipotroidi

Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk’un etiyolojisinde tiroid hastalığının etkili olduğu düşünülmektedir. 45 kadınla yürütülen araştırmada, hipotiroidizmin LLPDD’ye neden olmadığı bulgulanmıştır. (Korzekwa ve ark. 1996, 2280).

1.2.5. Hipoglisemi

Hipoglisemi semptomlarının PMDB’nin bazı semptomlarına benzemesinden yola çıkılarak PMDB etiyolojisinde hipogliseminin rol oynayabileceği düşüncesi oluşmuştur. Ancak bu konuda yapılan araştırmalar sonucunda PMDB’de glukoz metabolizmasında bir bozukluk olduğu gösterilememiştir. Hem oral hem intravenöz glukoz tolerans testleri, menstrüel siklusun değişik fazlarında uygulanarak insülin, glukoz, glukagon düzeyleri kontrol grubuyla karşılaştırılmış ancak bir farklılık saptanmamıştır (Barbara ve ark., 2005).

1.2.6. Sıvı Retansiyonu

PMS’de sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetlerinin olması, PMS belirtilerinin potansiyel bir nedeni olarak minerolokortikoid değişiklikleri olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca, minerolokortikoidler ruh hali üzerine santral bir etkiye sahiptir. Minerolokortikoidler ile premenstrual sendrom arasında teoride bir ilişki söyleniyorsa da, araştırmalar PMS ve kortikoidler arasında aldosteron düzeylerinde herhangi bir belirgin farklılık göstermemiştir (Acar, 1996).

1.2.7. Beslenme

PMS’de sağlıklı beslenme şekli ve vitamin-mineral eksiklikleri gözlenmiştir. Magnezyum(Mg), kalsiyum(Ca), vitamin D, vitamin B6 (ridoksin) , vitamin E ve çinko (Zn) eksikliğinin bazı PMS semptomlarına neden olduğu düşünüldüğü için özellikle bu mineral ve vitaminlerin eksiklikleri araştırılmıştır (Ayhan ve ark., 2008).

Çinko (Zn); Çinko SSS’deki nörotransmitterlerin değişiminde ve prostaglandin E sentezinde rol almaktadır. Dolayısıyla emosyonel ve mental olaylarla ilgili hormonların sekresyonunu etkileyebileceğine inanılmaktadır. Premenstrual gerginlik sendromunda Zn düzeyinin daha düşük olduğu bulgulanmıştır (Posacı ve ark. 1994, 452).

Magnezyum (Mg); Bazı enzimatik durumlarda kofaktör rolü üstlenmektedir. İleri düzeyde Mg düşüklüğü anoreksia, mide bulantısı, apati, kişilikte değişimler, kas spazmları ve tremor yapmaktadır. Mg’da düşme ile psikolojik durumda olumsuz değişimler oluşmaktadır ve davranış problemleri görülebilmektedir. Premenstrual sendromda Mg’un azalma nedeni olarak, düşen gastrointestinal system (GiS) emilmesi ya da hızı artan renal boşaltıma bağlayanlar vardır fakat bu konu netleşmemiştir. İki adet döngüsü boyunca günlük 200 mg Mg (MgO olarak) verilerek yapılan çalışmada, ikinci adet döngüsünde sıvı tutulumunun hafif premenstrual semptomları (kilo alımı, ekstremitelerin şişmesi, meme hassasiyeti, abdominal şişkinlik) Mg takviyesi ile plaseboya göre daha fazla azaltmıştır (Walker ve ark 1998, 1157-8). PMTS’li grupta kontrol grubuna göre,

luteal fazda serum Mg düzeyinin belirgin düşüklüğü bildirilmiştir (Posacı ve ark. 1994, 452).

Vitamin B6 (Pridoksin); Dopamin ve serotonin biosentezinde son basamakta koenzim olarak rol aldığı için, vitamin B6 seviyesindeki azalmanın PMDB'nin bazı semptomlarına yol açabileceği ileri sürülse de PMDB'de kesin bir eksiklik gösterilememiştir.

Kalsiyum (Ca); Östrojenin, kalsiyum metabolizması, ince barsaklardan kalsiyumun emilimi ve paratroid hormonun salgılanması üzerinde etkinliği vardır. Hipokalsemiye var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'de de olması, PMS'nin etyolojisinde kalsiyumun rol oynayabileceğini düşündürülebilir (Thys-Jacobs 2000, 220).

Vitamin E; E vitaminin PMS tedavisindeki etkinliği en detaylı şekilde London ve ark. (1987) tarafından çalışılmıştır. E vitamininin PMS tedavisi üzerine mekanizması net değildir. E vitamininin prostoglandin sentezinin düzenlenmesinde rolü olduğu bilinmektedir. E vitamini suplementasyonu, GABA düzeyinde azalmaya neden olan araşidonik asidi bloke eder. Daha önce de belirtildiği üzere, GABA düzeyindeki azalmanın PMS semptomlarından depresif semptomların ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülürse; E vitamini, semptomlar üzerine olumlu etki gösterebilmektedir. 400 IU d, alfa-tokoferol kullanımı bazı afektif ve fiziksel semptomların azaltılmasında etkili olmuştur. E vitaminin ilk olarak memede şişlik ve hassasiyet gibi semptomları hafifletmede etkili olabileceği vurgulanmıştır (London ve ark 1987, 400).

1.3. Risk Faktörleri

1.3.1. Stres

Yapılan çalışmalarda yüksek stres algısı düzeyleri ve stres düzeyindeki artış, PMS için risk etmeni olarak tanımlanmıştır. 1488 kadının her birinin üç menstrual siklusu boyunca izlendiği ve 42 ay süren bir çalışmada, travmatik olayların ve travma sonrası stres bozukluğunun premenstrual disforik bozukluk riskini artırdığı bulgulanmıştır (Perkonig ve ark. 2004, 1314).

1.3.2. Sosyokültür

Adet yalnızca fizyolojik olmayı kültürel ve ruhsal boyutu da olan birşeydir, adet görmenin nasıl algılandığı da önemlidir. Her kültürde adet görmeye ilgili toplumun farklı yaklaşımları ve bakış açıları vardır (Yörükoğlu, 2008). 1573 Çinli ortaokul öğrencisi kızla yürütülen araştırmada, menarşa yönelik tepkiler %85 oranında olumsuzdur. Menarş için olumsuz duygusal tepkilerin menstüasyonun olumsuz bir olay olarak algılanması, menarş için yetersiz hazırlık, yerel negatif mens tutumları ve zayıf benlik algısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Tang ve ark. 2003, 193). Erzurum’da ergenlik çağında kızı olan 194 anneye yürütülen bir araştırmada, kızlarının menarş başlangıcındaki ilk tepkilerinin %72.2 banyo, %59.3 genital hijyeni hakkında bilgi vermek olduğu bildirilmiştir. Annelerin pozitif tepki düzeyleri ise oldukça düşüktür. %18’i öpmüş, %11.3’ü tebrik etmiştir. %12.4’ü ise kızları adet görmeye başlayınca kaygılanmıştır (Özdemir ve ark. 2011, 21).

1.3.3. Yaş

Premenstrual sendrom ortalama 14 yaşında ortaya çıkmaktadır. Semptomlar yaşla artmakta, ovaryan aktivitenin azalması ile azalmakta ve menopozla birlikte bitmektedir. Gençlerde baskın PMS semptomu irritabilite iken, yaşlılarda depresyon ve ödemin daha belirgin olduğu bilinmektedir (Freeman, 2007). Semptom şiddetinin otuzlu yaşlarda pik yaptığını gösteren çalışmalar olmasına karşın, bazı çalışmalar da gençlikte yaşanan semptom sayısı ve şiddetinin arttığını göstermektedir. Taşcı araştırmasında (2006), PMS’nin en fazla 19-22 yaş aralığında yaşandığını söylemektedir. Antai ve ark. (2004, 48), Nijerya’da yaptıkları çalışmada premenstrual sendromun en çok 20’li yaşların ortalarında görüldüğünü bildirmişlerdir. Almanya’da 14-25 yaş aralığındaki kadınların premenstrual disforik bozukluk semptomları yaşadıkları bildirilmiştir (Wittchen ve ark. 2002, 128). Premenstrual semptomların, şiddetinin, zamanlamasının bildirimleri, PMS’nin adolesanlarda yaygın olduğunu düşündürmektedir (Vichnin ve ark., 2006).

1.3.4. Parite

Semptomların parite ile ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar olduğu gibi parite ile PMS arasında herhangi bir ilişkinin bulunamadığı çalışmalar da vardır. Moos (1986), çok çocuğu olan kadınların menstruel semptomlara yatkınlığının daha az, premenstruel semptomlara ise daha çok olduğunu bildirmiştir. 2343 kadınla yürütülen araştırmada, çocuklu kadınlarda menstrual ağrının daha az sıklıkta görülmesine karşın, PMS'nin pariteyle ilişkili olmadığı rapor edilmiştir (Wood ve ark. 1979). Başka bir çalışmada, kadınların yarısının doğum sonrasında premenstruel yakınmalarında değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Demir ve ark. 2006, 264).

1.3.5. Sigara

Bir çok çalışma sigaranın premenstrual sendromun düzeyini artırdığı bu nedenle azaltılması ya da hiç içilmemesini bildirmektedir. Sigara kullanımı östrojen, progesteron, androjen ve gonadotropin hormon seviyelerini yükselterek PMS'yi etkilemektedir (Bertone-Johnson ve ark. 2008, 938, 40). Yapılan bir çalışmada, sigara içen kadınlarda daha fazla PMS bulgusu gözlenmiştir (Pınar ve ark. 2011, 21). Sigara kullanımının PMS'yi etkilemediğini gösteren araştırmalar da bildirilmiştir (Cheng ve ark. 2013, 102).

1.3.6. Alkol

Neurosteroidlerin alkol ve GABA (A) reseptörleri ile premenstrüel disforik bozukluğun (PMDD) semptomatolojisi arasındaki etkileşimde önemli bir rol oynadığı öne sürülmüştür. PMS'li kadınlar ve kontrol grubu arasında, farklı menstruel siklus fazları boyunca allopregnanolon serum konsantrasyonlarında olası alkol kaynaklı değişiklikler araştırılmıştır. PMS tanısından bağımsız olarak geç luteal fazda alkolün periferik allopregnanolon seviyelerini azalttığı bulgulanmıştır (Nyberg ve ark 2005, 892).

Alkol tüketimiyle PMS görülme sıklığı arasında güçlü bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalar da bildirilmiştir (Bertone-Johnson ve ark., 2009, 1949).

1.3.7. Siklusun Özellikleri

Ergenlik çağında 11-12 yaşlarında kadınların cinsel organları olgunlaşır ve üreme yeteneği kazanır ve buna bağlı olarak adet görme başlar. Adet görme fizyolojik bir durumdur ve kadınların yaşamlarında her ay 30-35 yıl düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir. Kadınların menstruasyon siklusu ortalama 28 gündür; en az 21 gün, en fazla 35 gündür. Adet kanaması ortalama 4 gün sürer ve 1 - 7 gün aralığı alt ve üst sınırlar olarak kabul edilir. (Gölünük ve ark. 2010, 1). Düzenli aralıklarla adet görme oldukça önemlidir. Cosgrove ve Riddle (2003), menstrual siklusu düzensiz olan kadınların PMS'sinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Işık ve ark. (2016) araştırmasında, menstruasyon siklusları düzenli olan kadınların düzensiz olan kadınlara göre PMS puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Başka bir çalışmada da menstrual düzensizliği olanlarda PMS daha yüksek bulgulanmıştır (Pınar ve ark. 2011, 21).

1.3.8. Medeni Durum

Erci ve ark. (1999) araştırmasında kadınların medeni durumu ile PMS arasında bir ilişki olmadığı bildirilmişken; Kirkpatrick ve ark. (1990) çalışmasında 30-40 yaş aralığındaki, evli, birden fazla doğum yapmış kadınların daha fazla premenstrual sendrom yaşadıklarını bulmuştur. Farklı bir çalışmada bekar kadınların PMS semptomlarını daha sık yaşadıkları bildirilmiştir (Adıgüzel ve ark. 2007, 7). Oğur (2004)'un araştırmasında evli kadınlarda, bekar, ayrı ya da boşanmış kadınlara göre daha az menstrual ağrının olduğu; eşinden ayrılan ve boşanmış kadınlarda evlilere göre daha fazla premenstrual semptomun görüldüğü bulunmuştur.

1.3.9. Öğrenim Durumu

Öğrenim durumu ile PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit eden çalışmalar olduğu gibi (Potter ve ark. 2009, 33), öğrenim durumu yüksek kadınlarda PMS prevalansını yüksek bulan çalışmalar da bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2011, 21).

1.3.10. Sosyoekonomi

Yapılan araştırmaların bir kısmında, yüksek gelirli kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite, duygulanım değişikliği, menstrual kramp, kilo artışı, depresyon gibi premenstrual semptomların daha az görüldüğü bildirilmektedir (Oğur, 2004). Thai’li hemşirelerle yapılan bir araştırmada, maddi durumu daha düşük olanlarda PMS düzeyleri daha yüksektir (Chayachinda ve ark. 2008, 201). Pınar ve ark. (2011) alışmasında ise, PMS sıklığı ile maddi durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

1.3.11. Kafein

Kafeinin, PMS’nin gerginlik, irritabilite, sinirlilik ve uykusuzluk septomlarını arttırdığı düşünölmektedir. Kafein tüketiminin sınırlandırılması faydalı olacaktır (Panay 2005, 1). Kafeinli içecek tüketimi ile PMS görölme sıklığı arasında ilişki saptayamayan çalışmalar da mevcuttur (Poyrazoğlu, 2010).

1.3.12. Obezite

PMS semptomları ile BKİ arasında güçlü bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. BKİ’deki artış, başta ekstremitelerde şişlikler, abdominal kramp, sırt ağrısındaki artış olmak üzere PMS semptomlarındaki artış ile doğru orantılı bulunmuştur (Bertone-Johnson ve ark. 2010, 1955).

1.3.13. Menstruasyon Tutumu

Kadınlara adet görme ve premenstrual sendroma yaklaşımları sosyoköltörel faktörler, biyoloji ve psikoloji tarafından belirlenmektedir (Türkçapar ve Türkçapar 2011, 247). Hoerster ve ark. (2003) araştırmalarında, Amerikalı ve Hintli üniversite öğrencilerini sosyal ve költörel açıdan karşılaştırmışlardır. Çalışma sonuçları Amerikalı kadınlarının Hintli kadınlara kıyasla adet görmeyi daha olumsuz gördükleri ve insanı zayıf düşören bir şey olduğunu düşöndüklerini göstermiştir. Menstruasyona hazır olan Hintli kadınların PMS yaşama oranı çok düşük çıkmıştır. Ayrıca, bir kadın menarş öncesi, etrafından adet görmeyle alakalı olumsuz yorumlar duymamışsa fiziksel semptomları hafif düzeyde yaşarken, duygu değişimlerini daha

yoğun yaşıntılamaktadır. Üç adet döngüsü boyunca takip edilen 88 kadınla yürütülen bir çalışmada, önyargıların PMS'deki emosyonel semptomların yaşanmasında etkili olduğu bildirilmiştir (Gonda ve ark. 2010, 500).

1.4. Yaşam Kalitesi ve Günlük Aktivitelere Etkisi

Hafif düzeyde PMS yaşayan kişiler bireysel, sosyal ve iş yaşamında olumsuzluk yaşayabilmekle birlikte hayatına sorunsuz olarak devam edebilmekte; ağır düzeyde premenstrual sendromu olanlar ise tamamen etkilenmekte ve kişi yaşamdan geri durabilmektedir.

PMS dönemlerinde kadınların hissettiği sinirlik ve öfkeyi eşlerine sözel ve fiziksel olarak yansıtaması ilişkilerini bozmaktadır (Bond ve ark. 2003, 228).

PMS çok fazla probleme neden olmakta ve kadının hayat kalitesini ciddi olarak düşürebilmektedir. Hylan ve ark. (1999) çalışması Amerikan, İngiliz ve Fransız kadınların yarısının PMS semptomlarını 3-5 gün arasında yaşadığını göstermiştir. Üç ülkede de kadınların %64-69'unun tüm yaşamı, % 21- 30'unun sosyal, iş ve okul yaşamları, %7-10'unun ev hayatı PMS'den etkilenmektedir. Bu kadınların %11-38'i bu sebepten işlerini kaybettiklerini bildirmişlerdir. Kadınlar PMS'yi ortalama 6.4 gün yaşamaktadırlar. Bu rakam PMS semptomlarından bir kadının tüm hayatı süresince 8 yıl etkilendiğini göstermektedir. Üniversite öğrencileriyle yürütülen çalışmada, PMS şiddeti arttıkça hayat kalitesinin düştüğü bildirilmiştir (Pınar ve ark. 2011, 21).

1.5. Tedavi

Kadınları bu derece etkileyen bir olgu olmasına rağmen premenstrual sendrom semptomları olan kadınların %60'ı bu rahatsızlığı için tedavi olmak isterken, %40'ı istememektedir (Demir ve ark. 2006, 265). Bazı çalışmalar yakınmaları için doktora gitmeyi %14-29 gibi az bir aralıkta olduğunu bildirmiştir. Sağlık çalışanları kişilerin premenstrual sendrom ile baş etmekte ilaç tedavisi, kadınların hayat şekilleri için danışmanlık hizmeti ve premenstrual semptomlarla ilgili eğitim vererek bu yaygın durumla baş etmelerine yardımcı olabilir (Frackiewicz ve Shiovitz 2001, 437).

Perz ve Ussher (2006), kadınların %37.8'inin rahatsızlıklarını geçirmek için bazı yöntemlere başvurduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %16'si ağrı kesici veya bitkisel ilaç kullanmakta, %0.7'si doğum kontrol ilacı almakta, %7'si ılık duşa girmekte, bitkisel içecekler tüketmektedir. Öte yandan %12.9'u hiç bir rahatlama yöntemi uygulamamaktadır. Çalışma sonucu kadınların %99.6'sının PMS'nin bazı semptomlarına sahip olduğunu göstermektedir. Kadınların %40'ı semptomlarını hafif düzeyde, %33.2'si orta düzeyde, %22'si şiddetli ve %5'i oldukça şiddetli şeklinde iletmişleridir. DSM-IV tanı kriterlerine göre kadınların %27'si PMS/PMDB tanısı almaktadır. Hylan ve ark. (1999) çalışmasına göre Amerikan, İngiliz ve Fransız kadınların %90'ı tedavi görmektedirler.

1.5.1. Nonfarmakolojik

Yaşam tarzı ve diyet değişiklikleri genellikle farmakolojik tedaviye gerek duymadan hafif ve orta PMS belirtilerini ortadan kaldırabilir. Bu kadınlara önerilen nonfarmakolojik yöntemler şunlardır;

1.5.1.1. Psikoeğitim

Premenstrual Sendrom'un tedavisindeki psikolojik yaklaşımların başında psikoeğitim gelir. Psikoeğitimde amaç bu durumun özelliklerini, nedenlerini açıklayarak hastaya güvence ve destek verilmesidir. Bu durumla ilgili utanç, suçluluk ve çaresizlik duygularını azaltır. Bu esnada verilecek olan belirti günlükleri kadına, durum üzerinde daha fazla kontrol sahibi olup durumu daha iyi öngörebilme şansı verir. Böylece kişi premenstrel haftada stresi mümkün olduğunca azaltacak şekilde programını yeniden düzenleyebilir. Genellikle hafif düzeyde belirtisi olan kadınlarda psikoeğitim ve yaşamın düzenlenmesi önlemleri yeterli olacaktır (Altshuler ve ark. 1995, 245).

1.5.1.2. Beslenme ve Bitkisel Ajanlar

PMS'de önerilen beslenme şekli şunlardır:

1. Kan şekerini dalgalanmalardan uzak tutmak amaçlı, basit karbonhidratlar yerine kompleks karbonhidrat içeren besinlere ağırlık verilmelidir.

2. Lif oranı yüksek besinlerin tüketimi artırılmalıdır.

3. Az ve sık beslenilmelidir.

4. Çay, kahve, alkol, tuz tüketimi sınırlandırılmalıdır.

5. PMS semptomlarını azaltmada; B 6 vitamini, E vitamini, D vitamini, Magnezyum ve Kalsiyum tüketimi etkilidir (Walker 1998, 1158; Panay 2005, 1-2).

Çuha Çiçeği Yağı (EPA-Evening Primrose Oil)'nın PMS tedavisi için klinik çalışmalarının sistematik bir literatür taraması, bir meta analiz için araştırılmış ancak PMS tedavisinde herhangi bir yaralı etki bulgulanamamıştır (Budeiri ve ark. 1996, 60).

Black cohosh bitkisinin (karayılan otu) luteinizan hormon sekresyonu üzerine baskılayıcı etkisi bilinmektedir. Black cohosh ekstresi olan remifemin ile yapılmış çalışmalardan birinde menopozal semptomların (sıcak basması, aşırı terleme, uyku bozukluğu ve depresif değişiklik) tedavisinde etkinlik gözlenmiştir. Benzer semptomların PMDB'li kadınlarda da olması nedeni ile bazı klinisyenler karayılan otunun bu kadınlarda da kullanılmasını tavsiye etmektedir. Tavsiye edilen doz günde iki kez 40-80 mg standardize edilmiş ekstresidir (Ernst ve Stevinson 2001, 228).

Hayıt bitkisi (Vitex Agnus Castus) diüretik ve sedatif olarak kullanılır ayrıca PMS semptomlarının kontrolünde de kullanılmaktadır. PMS'nin neden olduğu depresyon, anksiyete, tatlı isteği ve sıvı retansiyonunu azalttığı bulunmuştur. Hayıt gonodotropin, östrojen, progesteron ve prolaktin seviyelerini düşürür ayrıca dopamin agonistidir. Menstruasyondan 6 gün önce, 6 ay boyunca kullanan kişilerde farklı PMS semptomlarının şiddetinin önemli derecede azaldığı görülmüştür (Zamani ve ark. 2012, 101).

1.5.1.3. Homeopatik

WHO tarafından alternatif tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Benzeri benzerle tedavi etmek anlamındadır. Kişide aynı semptomları oluşturan hayvansal, bitkisel ve mineral kaynaklı ilaçların verilmesi ile semptomların ortadan kaldırılması esasına dayalı bir tedavi yöntemidir. Homeopatikler dünyada 28 farklı ülkede

kullanılmakta olup mental hastalıklarda ve iyilik halinde, İrritabl bağırsak sendromunda depresyonda, anksiyetede yüksek oranda homeopati lehine sonuçlar bulgulanmıştır (Önder 2015, 2).

1.5.1.4. Uyku Kalitesi ve Stresi Azaltma

Özellikle stres gibi negatif yaşam faktörlerinin premenstrual davranış değişikliği, ağrı ve su retansiyonunda önemli ölçüde etkili olduğu bildirilmiştir. Gevşeme tekniklerinden meditasyon, yoga, masaj gibi yöntemler ve stres yönetimi PMS'si olan kadınlarda semptomların hafifletilmesinde yardımcı olabilmektedir. Kadınların yaşadıkları belirtileri ve hissettiklerini, ailesi, dostları ve sevdikleriyle paylaşması ve onlardan alacağı destek de tedavi sürecini kolaylaştırır. Yeterli ve düzenli uyku gevşemek için önemli bir faktördür. PMS'de REM ve delta uykusunda azalma olduğu için hastaların uyku kalitesinde bozulma gözlenmektedir ayrıca rahatsız bir uyku semptomların kötüleşmesine yol açabilmektedir (Vigod ve ark. 2009, 913-6).

1.5.1.5. Egzersiz

Egzersizin luteal fazda endorfin salınımını arttırarak PMS semptomlarını azalttığı belirtilmektedir. Egzersiz özellikle duygu durum semptomları, sıvı retansiyonu, ağrı ve göğüslerdeki hassasiyet semptomları üzerinde etkili olmaktadır (Serena ve ark., 2001; Aktaran: Öztürk ve Tanrıverdi 2010, 59). Sporcu kadınlarda sedanter kadınlara oranla PMS semptomlarının daha az olduğu bildirilmiştir (Bayram, 2007; Aktaran: Öztürk ve Tanrıverdi 2010, 59). Başka bir çalışmada ise düzenli egzersiz yapma oranı artarken PMS'nin azalmadığı saptanmıştır (Demir ve ark. 2006, 262).

1.5.1.6. Alternatif Yöntemler

Yapılan araştırmalarda PMS'de fitoterapi, akupunktur, soğuk-beyaz florasan tedavisi ve refleksoloji uygulamalarının PMS'nin semptomlarını azalttığı bildirilmiştir (Bolsoy, 2008).

1.5.1.7 Bilişsel ve Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımında psikoeğitimin yanında bu hastalıkla ilgili bilişsel davranışçı formülasyonun düzenlenmesi, olumsuz duygusal reaksiyonlar ve dürtüsel davranışlara yönelik bilişsel davranışçı terapiler ve sorun çözme becerilerinin öğretilmesi gelir. Bilişsel terapilerde kişinin duygusal tepkilerinin düşünce ve bakış açısının rolü vurgulanarak bu düşüncesel tepkilerin daha realist, uyumlu ve işlevsel olmasına yönelik bir süreç yürütülür. Bu süreç diğer bilişsel davranışçı terapi uygulamalarında da olduğu gibi hastanın kendisinin sokratik sorgulamayla daha gerçekçi, uyumlu ve işlevsel bakış açısını kazanmasıyla gerçekleşecektir (Hunter, 2007; Aktaran: Türkçapar ve Türkçapar 2011, 249). Yakın zamanda yapılan bir araştırmada, premenstrual disforik bozukluğu olan kadınlarda fluoksetin (günlük 20 mg) tedavisi, bilişsel davranışçı terapi (10 seans) ve kombin (fluoksetin ve BDT) tedavi uygulanarak terapinin etkinliği bulgulanmıştır. Fluoksetin tedavisi daha hızlı iyileşme sağlamakla birlikte BDT daha etkilidir. Kombin tedavinin ise ek bir yararı olmadığı ortaya çıkmıştır (Hunter, 2002; Aktaran: Panay 2005, 4).

1.5.2. Farmakolojik

Yüksek düzeyde premenstrual sendrom yaşayan, sıkıntılarıyla baş edemeyen ayrıca hayat şekli negatif biçimde etkilenen kişiler uzman birinin kontrolünde tıbbi tedavi görmelidirler. Tıbbi tedavide önerilen ilaçlar serotonin geri alım inhibitör grubundaki antidepressanlar (SSRI'lar), hormonlar (gonadotropin geri alım hormon agonistleri (GnRH), oral kontraseptifler), anksiyolitikler (alprazolam, buspiron), nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, diüretikler, vitamin ve mineral takviyeleridir (Akdeniz ve Gönül 2004, 71).

En çok çalışılan ve sıklıkla suçlanan etiyopatojenik hipotez serotonin düzensizliğidir. Serotonin özellikle irritabilite ve öfkenin ifadesinde yer alır, fakat aynı zamanda premenstrual disforik bozuklukta bulunan depresif belirtilerin ve spesifik gıda isteklerinin ortaya çıkmasında da rol oynar. Farklı etkileri arasında, östrojenler serotonin reseptörlerinin yoğunluğunu artırır ve serotonin agonistlerine olan duyarlılığı artırır. Ayrıca, bazı çalışmalarda, premenstrual disforik bozukluğu olan kadınlarda, bir serotonin agonisti olan d-fenfluramin'e anlamlı düzeyde yanıt

alındığı bulunmuştur. Premenstrüel disforik bozuklukta serotonin geri alım inhibitörlerinin etkinliğini gösteren ilk çalışmalar, doksanların başında, klomipramin ve fluoksetin ve sonra fluvoksamin, paroksetin, sertralin ve sitalopram ile yapıldı. Antidepresanların, serotonin aktivitesine göre (paroksetin veya sertralin, maprotiline karşı seçici bir noradrenalin geri alım inhibitörü olan) etkinliğini karşılaştırmış olan çalışmalarda, serotonin geri alım inhibitörlerinin, tüm semptomlarda, maprotilinden daha etkili olduğu görülmüştür (Limosin ve Ades 2001, 501). SSRI grubundaki antidepresanlar, premenstrual sendromun, baş ağrısı, sinir, uyku düzensizliği, seksüel aktivitede bozukluk, halsizlik gibi fiziksel semptomları tedavi edicidir. SSRI' ların faydalı sonuçları ilk mens döngüsünde gözlenir. İlacın bırakılması ile semptomlar tekrarlar (Akdeniz ve Gönül 2004, 71). Wood ve ark. (1992, 339) çalışmasında, premenstrual sendromlu hastalara günde 25 mg ve 3 ay süresince fluoksetin vermişler ve davranışsal semptom puanlarında %74, fiziksel puanlarda %40, ortalama puanlarda ise %61 oranında azalma olduğunu belirtmişlerdir.

Anksiyolitiklerden Alprazolam, luteal fazda 0.25-4 mg kullanıldığında anksiyete, irritabilite, depresyon, duygudurum değişimlerinde plasebo grubu ile karşılaştırıldığında iyi sonuçlar alınmıştır. Sedasyon yapması ve alışkanlığa yol açabilmesi nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır (Halbreich ve ark. 2006, 537-538). Buspirone, serotonin agonistidir. PMDD'da irritabiliteyi düşürdüğüne dair bulgular olmakla birlikte depresif duygudurumda etkinliği bulgulanamamıştır (Landen ve ark., 2001; Aktaran: Halbreich ve ark. 2006, 536). Buspirone'un şişkinlik, memelerde hassasiyet, yeme isteği gibi fiziksel semptomlarda etkisi yoktur. Bununla birlikte ağrı ve sızılarda etkindir (Rickels ve ark., 1989; Aktaran: Halbreich ve ark. 2006, 537).

Danazolün PMS'de irritabilite, anksiyete, letarji, abdominal şişlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği söylenmektedir. Ovulasyonun suprese olduğu durumlarda tüm ağır PMS semptomlarında belirgin bir iyileşme yaptığı bildirilmiştir (Kışnişçi ve ark., 1996). Bir androjen derivesi olan Danazol östrojen ve progesteron düzeyini düşürmekte ve anovulasyona neden olmaktadır (Üner, 1996).

Progesteron'un PMS'nin fiziksel semptomlarına etki ettiği düşünülmektedir. Halbreich ve ark. (2006) çalışmasında, progesteron kullanımıyla PMS'nin irritabilite,

şişkinlik, gerginlik ve göğüslerde hassasiyet bulgularında anlamlı ölçüde azalma bildirilmiştir.

Kombin oral kontraseptifler ovulasyonu engelleyerek PMS'nin tedavi edilmesinde etki gösterebilir. Östrojen ve progesteron kombin edilmiş oral kontraseptif haplar şişlik ve irritabilite gibi PMS semptomları ortaya çıkarabilmektedir. Ancak düşük doz östrojen kombine oral kontraseptif haplar şişlik ve aşırı östrojenin sebep olduğu belirtileri azaltabilir (Rapkin, 2003).

Dopamin agonistlerinden Bromocriptine'in günlük kullanımıyla PMS'de mastalji ve memelerde hassasiyet semptomlarının anlamlı şekilde azaldığı belirtilmiştir (Halbreich ve ark., 2006).

Diüretiklerin etkisi net olmamakla birlikte kullanım alanı geniştir. Tiazid grubu daha fazla tercih edilmektedir. Genel olarak sıvı retansiyonun fazla olduğu durumlarda menstruasyondan önceki 10–14 günlük aralıkta kullanılır. Diüretiklerin, şişlik ve ekstremitelerdeki ödem sebebiyle tedaviye dahil edildiği, fakat batında ödem dışında diğer belirtilerde değişim yaratmaması sebebiyle kullanımdan vazgeçildiği belirtilmektedir. Potasyum kaybına engel olan spiranolakion önerilmiştir fakat çalışmalarda başarılı sonuçlar alınamamıştır (Baysal, 2004).

1.5.3. Cerrahi Yöntem

İnatçı ve diğer tedavilere yanıt alınamayan olgularda histerektomi ve bilateral salpingo-oferektomi (TAH+BSO) yapılarak hastalar tedavi edilmektedir (Panay 2011, 8).

1.5.4. Premenstrual Sendrom'un Duygu Durum Bozuklukları ile İlişkisi

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu, premenstrual disforik semptomlar ile yaşam boyu majör depresif bozukluk tanısı arasında pozitif bir korelasyon buldu. Bununla birlikte, yeni prospektif çalışmalar premenstrual sendrom ile yüksek majör depresyon riski arasında ilişki bulmayı başaramamıştır. Öte yandan, bazı çalışmalarda premenstrual periyodun ilişkili psikiyatrik bozukluklar için riskli bir dönem olduğu, obsesif kompulsif bozukluğun, alkolizm durumunda alkol alımının

daha şiddetli olduğu, şizofrenlerde semptomların arttığı veya daha yüksek oranda intihar girişimi olduğu gösterilmiştir (Limosin ve Ades 2001, 501).

Duygudurum bozukluğu olan kadınlarda premenstrual yakınmaları araştıran az sayıda çalışma vardır. Bu kadınların % 25 ile % 72, ortalama değer olarak % 60'ında adet öncesi yakınmalar vardır (Halbreich ve Endicott, 1985). Bir çok psikolojik hastalığın (majör depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nervoza gibi) veya fiziksel hastalığın (migren, astım, epilepsi gibi) premenstrual dönemde kötüleştiği bilinmektedir. Buna “menstruasyon öncesi alevlenme” denir. Adet öncesi dönemde alevlenme yaşayan kadınların adet bitiminden sonra da belirgin yakınmaları vardır (Pearlstein ve Stone, 1998).

Depresif kadınların üçte birinin adet kanaması esnasında hastaneye başvurduğu belirtilmiştir (Dalton, 1959). Targum ve arkadaşları (1991), psikiyatriye başvurularının % 48'inin adet kanaması esnasında olduğunu ve aynı dönemde psikiyatri başvurusu olmayanların oranının % 22 olduğunu bildirmişlerdir.

Bazı araştırmalarda intihar girişimlerinin adet kanaması öncesi veya luteal fazda daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Glass ve ark., 1971). Bazı araştırmalarda mens döngüsü evresi ile intihar davranışı arasında ilişki gösterilememiştir (Targum ve ark., 1991). Bazı çalışmalarda intihar girişimlerinin veya intiharların kanama veya adet döngüsünün ilk haftasında daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Çayköylü ve ark., 2004).

Majör depresif bozukluğu olup adet öncesi yakınmaları da olan bir grup kadında, trisiklik antidepressan ilaç tedavisi sonrası irritabilite ve fiziksel yakınmaların devam ettiği bildirilmiştir (Yonkers ve White, 1992). İritabilite ve fiziksel yakınmalar gibi adet öncesi belirtilerinin depresyondan farklı bir hastalık sürecine işaret ettiği ileri sürülmüştür. Glick ve ark. (1991), imipramin ya da fenelzin tedavisine yanıt vermiş majör depresif bozukluğu olan 27 kadın hastayı Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) kullanarak incelemişlerdir. Depresif kadınların dörtte birinde psikolojik yakınmalar adet öncesi tekrarlanmaktadır. Adet öncesi tekrarlayan semptomlar depresif duygudurum, anhedoni, anksiyete, iştah artışı ve hypersomnidir. Depresyon ile birlikte adet öncesi yakınmaları olan bazı olguların luteal fazda

antidepresan ilaç dozunun artırılmasının olumlu sonuç verdiği bulgulanmıştır (Miller ve ark., 2002).

Kadın doğum ve psikiyatri kliniklerinde PMS tedavisi için başvuran kadınların çoğunda adet öncesi kötüye giden duygudurum bozukluğu olduğu (zellikle de majör depresyon ya da distimik bozukluk) gözlenmiştir. Premenstrual yakınmaları için başvuran kadınların yaklaşık yarısında adet öncesi alevlenme gösteren depresif bozukluk bulgulanmıştır (Plouffe ve ark., 1993). PMS semptomlarını geriye dönük araştıran çalışmalarda depresif bozukluk sıklığı % 18-70'dir. Bu araştırmalar, adet öncesi yakınmaları olan kadınlarda depresyon varlığına işaret etmektedir (Kim ve ark., 2004).

Fava ve arkadaşları (1992) Premenstrual Disforik Bozukluğu olan 32 kadından % 17'sinde distimik bozukluk bildirmişlerdir. Başka bir çalışmadan PMDB olan kadınların % 17'sinde aynı esnada majör depresyon bulurken, PMDB olmayan kadınlarda depresyon grlme sıklığının % 7 olduğu belirtilmiştir (Wittchen ve ark. 2002, 126).

Loğusalıkta duygudurum bozukluğu olan kadınların düzenli adet kanamaları başladıktan sonra adet döngüsünün geç luteal fazında depresif yakınmalarının alevlendiği bildirilmiştir (Schenck ve ark., 1992).

İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1 Örneklem

Araştırma sonuçlarının bir çoğu premenstrual sendromun 20’li yaşlarda, bekar, öğrenim durumu yüksek kadınlarda daha şiddetli yaşandığını bildirmiştir. PMS’yi daha iyi gözlemleyebilmek adına araştırmanın evrenini; İstanbul ili, 20’li yaşlarda bekar üreme çağındaki, üniversite öğrencisi kadınlar oluşturdu. Premenstrual sendrom ile dikkat düzeyleri arasındaki ilişkiyi yordarken, literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda karıştırıcı etkileri olabileceğinden; sigara kullanan (n=9), haftada 1’den fazla alkol tüketen (n=7), bilinen bir fiziksel rahatsızlığı olan (n=4), bilinen bir psikiyatrik rahatsızlığı olan (n=6), psikiyatrik rahatsızlık geçmişi olan (n=4), fiziksel veya psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullananlar (n=5); ayrıca uygulama gününde konsantrasyonu etkileyebileceğinden kendini stresli hisseden, moralsiz olan ve uykusunu alamadığını bildirenler (n=11) örnekleme dahil edilmedi. Araştırmada 98’i premenstrual sendrom döneminde olan, 78’i premenstrual sendrom döneminde olmayan, 8’i premenstrual dönemi bilinmeyen toplam 184 kadının verileri analiz edilmiştir. Örneklem grubunun yaş ortalaması 22’dir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-2), araştırmacı tarafından geliştirilen ve kadınların sosyo-demografik özelliklerini, genel fiziksel ve psikolojik sağlık durumunu, dikkat ve Premenstrual Sendrom ile ilişkili olabilecek risk faktörlerini belirlemeye yönelik geliştirilen Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-3), anlık dikkati ölçmek için D2 Dikkat Testi (Ek-4), katılımcıların genel dikkatini ölçmek için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) (Ek-5), duygudurum belirtilerini değerlendirmek için Kısa Semptom Envanteri (Ek-6), premenstrual sendrom düzeyini belirlemek amacıyla Premenstrual Sendrom Ölçeği (Ek-7) kullanıldı.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-1)

Araştırmaya katılmak isteyen katılımcılara uygulama öncesi; araştırmacı hakkında genel bilgiler, araştırmanın ismi, amacı, uygulamaya katılacak tahmini kişi sayısı, uygulama süresi, uygulanacak ölçekler, gönüllülük esası ve gizlilik ilkeleri, katılımcılardan beklenenler gibi genel bilgilendirmenin yapıldığı ve isim, soy isim, imza, iletişim bilgilerini de içeren bir formdur. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

2.2.2. Sosyodemografik Bilgi Formu (Ek-2)

Çalışmanın verilerini elde etmek amacıyla literatür bilgilerine dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş 22 sorudan oluşan bir formdur.

Form; kadınların sosyo-demografik özelliklerini, genel fiziksel ve psikolojik sağlık durumunu, dikkat ve premenstrual sendrom ile ilişkili olabilecek özellikler ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşturuldu.

Formda sosyo-demografik özellikleri belirlemek amacıyla; yaş ve medeni durum ile ilgili sorular yer aldı.

PMS ile ilişkili olabilecek özelliklerle ilgili olarak; doğum, ilk menarş yaşı, adet tarihi, menstruasyon düzeni soruldu.

PMS ve dikkat ile ilişkili olabilecek özellikler ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik; sigara, alkol, madde kullanma alışkanlığı, fiziksel ve psikolojik hastalık varlığı ve öyküsü, bunlara bağlı olarak ilaç kullanma durumu gibi sorular yer aldı.

2.2.3. D2 Dikkat Testi

Brickenkamp tarafından 1962 yılında geliştirilmiştir. Testin amacı sürekli dikkat ve görsel tarama becerisini ölçmektir. D2 Dikkat Testi, seçici dikkat ve zihinsel konsantrasyonun bir ölçümüdür. Test el kitabında “dikkat ve konsantrasyon” yapısı, performans yönelimli, sürekli ve bir uyarıyı seçmeye odaklanma olarak kullanılmıştır. D2 Testi, ilk olarak sürücüler test etmek için geliştirilmiş olmasına

rağmen şu anda farklı alanlarda (psikofarmakoloji, eğitim, klinik, endüstri, spor psikolojisi gibi) dikkati ölçmek için kullanılmaktadır. Testin ilk sayfasında kişisel bilgileri ve performans sonuçlarının kaydedileceği bölüm vardır. Ayrıca görevin öğretilmesi için bir alıştırmaya satırı da bulunmaktadır. Arka sayfada test formu vardır. Test, her birinde 47 işaretli harf bulunan 14 satırdan oluşmaktadır. Her satırda bir, iki, üç ve dört küçük işareti olan “p” ve “d” harflerinden oluşan 16 farklı harf bulunmaktadır. Test sesnasında denek, diğer harfleri görmezden gelerek iki işareti olan “d” harflerini bulmalı ve üzerini çizerek testi tamamlamalıdır. Her satır için verilen süre 20 saniyedir. Hem bireysel hem grup olarak uygulanabilir (Brickenkamp ve Zillmer, 1998).

D2 Testinden elde edilen puanlar ve anlamları aşağıda belirtilmiştir (Brickenkamp ve Zillmer, 1998):

İşlenen Toplam Madde Sayısı (TM): Hem ilgili hem de ilgili olmayan, tüm maddelerle ilgili performansın niceliksel ölçümüdür. Toplam madde sayısı, yüksek düzeyde güvenilirdir ve dikkatin paylaşılması (seçici ve sürekli), işlem hızı, tamamlanan iş miktarı ve motivasyona ilişkin normal dağılım gösteren bir ölçümdür.

Toplam Hata (H): Sıra puanı hataları (H), tüm hataların toplamıdır. Toplam hata, işaretlenmemiş (H1) ve yanlış işaretlenmiş harfleri (H2) kapsar. H1, ilgili maddeler (altında ya da üstünde iki virgül olan d harfleri) işaretlenmediğinde oluşur.

Hata Yüzdesi: Hata yüzdesi, performansın niteliksel yönünü ölçen bir değişkendir. İşlem gören tüm maddeler içinde yapılan hata oranını gösterir. Hata oranı düştükçe, deneğin doğruluğu, işin niteliği ve dikkatlilik düzeyi yükselir.

Toplam Madde – Hata (TM-H): TM-H, taranan toplam madde sayısından hata puanlarının çıkarılmasıdır ($H1 + H2$). TM-H, bir Toplam Performans puanıdır. TM-H, normal dağılım gösterir, yüksek düzeyde güvenilirdir ve performansın doğruluğu ve hızı arasındaki ilişkinin ölçümünü verir. Ayrıca, performansın nicel kısmına daha çok, nitel kısmına daha az öncelik verir. Nicel ve nitel puanlar (toplam puan ve hata yüzdesi) çok yüksek olduğu zaman TM-H, toplam performansı fazla gösterebilir. Hata puanları dikkate alınarak ya da konsantrasyon performansı puanına

bakılarak uç tahminlerden uzak durulabilir.

Konsantrasyon Performansı (KP): KP, doğru olarak işaretlenen ilgili (iki işareti olan d harfleri) madde sayısından (DM), H2'nin çıkarılması ile bulunur. TM–H'ye zıt olarak toplam performansın yeni puanı (KP), ayırt etmeksizin tüm harfleri işaretleme ya da rastgele test bölümlerini atlama gibi eğilimlerle bozulmaz. Performansın doğruluğu ve hızın koordinasyonuna ilişkin bir indekstir.

Frekans - Dalgalanma Oranı: İşlem gören maksimum madde sayısının bulunduğu sıra ile minimum madde sayısının bulunduğu sıra arasındaki farktır. Testin az güvenilir ölçümlerinden biridir. Çok yüksek DO puanları, çalışma hızındaki tutarsızlık ve motivasyon eksikliği ile ilişkilidir.

D2 Dikkat Testi değerlendirilirken TN, E1, E2, CP, FR ve TN-E puanları esas alınmaktadır. TN yüksekliği seçici dikkatin, dikkatin sürdürülebilirliğinin, yüksek motivasyonun ve psikomotor hızın yüksekliğini; E1 türü hataların fazla olması seçici dikkatin düşüklüğü ve performansın kalitesinin yetersizliğini; E2 tür hataların çok olması özel öğrenme güçlüğü ve mental retardasyonu, dikkatsizliği, yönergeye uyumda zorlanmayı, görsel ayırtlaştırmadaki problemleri; TN-E puanlarının yüksekliği ortaya konulan performansın kaliteli oluşunu, psikomotor hız ve seçici dikkat arasındaki dengeyi; CP puanları psikomotor hızdaki istikrarı ve yapılan işin kalitesini; FR'nin fazla olması ise düşük motivasyonu ve psikomotor hızdaki istikrarsızlığı düşündürmektedir (Brickenkamp ve Zillmer, 1998).

2.2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) (Ek-3)

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğidir ve özellikle epidemiyolojik araştırmalarda sınıanmış olması ve DSM-IV'e dayalı 18 semptomu değerlendiren sorular içermesi açısından daha yararlı görülmektedir.

Ölçeğin “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” olmak üzere her biri 9 sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her bir semptomun son 6 ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı

için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. 18 sorudan 6'sının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiği de göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır (Kessler ve ark 2006). 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11. sorularda dikkat eksikliği; 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. sorularda hiperaktivite/dürtüsellik durumu değerlendirilir.

Son zamanlarda birçok dile çevrilmiş uluslararası epidemiyolojik araştırmalarda yaygın olarak kullanılmış bir tarama aracıdır.

ASRS'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Doğan ve arkadaşları tarafından (2009) yapılmıştır.

GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASININ SONUÇLARI

İç tutarlılık: Cronbach alfa değeri 0.88 hesaplanarak gösterilmiştir. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri, “dikkat eksikliği” için 0.82; “hiperaktivite/dürtüsellik” için 0.78.

Test-tekrar test güvenilirliği: Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test tutarlılığı hem toplam puanlar için ($r=0.85$), hem de alt ölçekler için yüksek ilişki bulunmuştur ($r=0.89-0.73$).

Kesme puanı: Aynı araştırmanın devamı sürdürülen çalışmada ASRS'nin toplam puan için kesme noktası 37 olarak hesaplanmıştır. Bu kesme puanı ve üzerindeki değerlerin alınması ile ölçeğin özgüllüğü % 92.3, duyarlılığı ise %73.3 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliliği: ASRS'nin “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” alt ölçek puanları arasında “güçlü” korelasyon bulunması ölçeğin yapı geçerliliğine temel teşkil etmektedir ($r=0.59$, $p < 0,01$). Faktör analizinde Faktör 1 varyansın %21.29'unu, Faktör 2 ise %20.29'unu açıklamaktadır. Bu şekliyle bu iki faktör toplam varyansın % 41.58'ini açıklamaktadır. Bu iki Faktörün kendi içinde güvenilirliğine de bakılmış, F1 için Cronbach $\alpha=0.82$, F2 için Cronbach $\alpha=0.78$ olarak hesaplanmıştır.

Eşzamanlı geçerlilik: Eş zamanlı geçerliliği belirlemek için ASRS'nin toplam ve alt ölçek puanları ile WUDÖ ve SCL-90-R ile korelasyonuna bakılmıştır. ASRS ve WUDÖ toplam puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur ($r=0.52$, $p<0.01$).

2.2.5. Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Ek-4)

Hostilite, Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete ve Olumsuz Benlik belirtilerini belirlemek için kullanılan KSE, Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE) psikolojik belirtileri geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçekbilen Symptom Check List_90 (SCL-90)'den kısaltılarak türetilmiş ve SCL-90'dan daha kısa olan bir ölçme aracıdır. Kendini değerlendirme türü ölçeklerin çeşitli özelliklerini üzerinde toplamaktadır.

KSE, kişilerin kendilerini tanımladığı, bir çok psikolojik semptomu belirleyip ölçen 53 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği yanıtlayan kişi her bir soru için (0) "Hiç"; (1) "Biraz"; (2) "Orta derecede"; (3) "Epey"; (4) "Çok fazla" şeklindeki şıklardan birini işaretlemektedir. Kişilerin, psikolojik semptomların kendilerinde "son 1 haftadır" ne düzeyde olduğunu işaretlemelerine göre her maddeye 0-4 arasında puan verilmektedir. Kısa Semptom Envanterinin Hostilite, Somatizasyon, Depresyon, Anksiyete ve Olumsuz Benlik alt ölçeklerine ilişkin madde numaraları esas alınarak, her bir alt ölçek için bir puanlama anahtarı yapılmıştır. Puanlama anahtarı ile bireyin her bir soruyu işaretlemesine göre alt ölçekteki toplam puanı, alt ölçekteki toplam madde sayısına bölünerek bu alt ölçeğe ait puanları bulunur.

KSE'nin Anksiyete, Depresyon, Olumsuz benlik, Somatizasyon ve Hostilite olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır.

Anksiyete: korku, endişe, gerginlik, sinirlilik, titreme, paniğe kapılma, bulantı, diyare, idrar sıklığı, nefes alamama hissi, terleme, sık sık nefes alma gibi semptom ve davranışları içerir. Anksiyete alt ölçeği 13 maddeden oluşmaktadır. 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. soruları içerir.

Depresyon: keder, karamsarlık, kötümserlik, mutsuzluk, yalnızlık, benliğe ilişkin olumsuz duygular, intihar eğilimi, ilgi kaybı ve kararsızlık gibi semptom ve davranışları içerir. Depresyon alt ölçeği 12 maddeden oluşur. 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. soruları içerir.

Olumsuz Benlik: bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kendini küçük, başarısız, değersiz görme ve suçluluk duyguları gibi semptomları içerir. Olumsuz Benlik alt ölçeği 12 maddeden oluşur. 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. soruları içerir.

Somatizasyon: her hangi bir fiziksel bozukluk nedeniyle olmadığı anlaşılan, yıllarca devam eden, tekrarlayıcı bir çok somatik şikayetleri içerir. Somatizasyon, bayılma, göğüs ağrıları, karın ağrısı, bulantı, nefes darlığı, bedende uyuşmalar gibi belirtileri kapsar. Somatizasyon alt ölçeği 9 maddeden oluşur. 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. soruları içerir.

Hostilite: sinirlilik ve titreme hali, öfkelenme, kızma, güvensizlik, birini dövme, yaralama ve zarar verme isteği, bir şeyleri kırma dökme isteği gibi semptomları içerir. Hostilite alt ölçeği 7 maddeden oluşur. 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. soruları içerir.

2.2.6. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Ek-5)

Premenstrual belirtileri ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak 44 maddelik ve 5'li Likert tipinde geliştirilmiştir. Ölçekte, “Hiç” seçeneği 1, “Çok az” seçeneği 2, “Bazen” seçeneği 3, “Sık sık” seçeneği 4, “Sürekli” seçeneği 5 olarak puanlanmaktadır. Ölçekte toplam 9 alt boyut vardır:

Depresif Duygulanım: 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. maddeleri içerir ve can sıkıntısı, üzünlük, ağlama isteği, anhedoni ve karamsar olmak gibi depresif duygulardan oluşur. Bu alt boyuttan alınabilecek puanlar en düşük 7, en yüksek ise 35'tir.

Anksiyete: 8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. maddeleri içerir ve endişe ve korkular gibi kaygıyı yansıtan maddelerden oluşur. Anksiyete alt boyutundan alınabilecek puanlar en düşük 7, en yüksek 35'tir.

Yorgunluk: 12., 14., 17., 18., 25. ve 37. maddeleri içerir ve yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği gibi maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en düşük 6 en yüksek 30 puan alınabilir.

Sinirlilik: 19., 20., 21., 22. ve 23. maddeleri içerir ve çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe gibi maddelerden oluşur. Bu alt boyuttan alınabilecek puanlar en düşük 5 ve en fazla 25'tir.

Depresif Düşünceler: 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. maddeleri içerir ve değersizlik düşünceleri, dikkat eksikliği, dalıp gitme gibi depresif düşüncelerle ilgili maddelerden oluşur. Bu alt boyuttan en düşük 7, en yüksek 35 puan alınabilir.

Ağrı: 31., 32. ve 33. maddeleri içerir ve çeşitli bedensel ağrıları kapsayan maddelerden oluşmuştur. Ağrı alt boyutundan en fazla 15 en az 3 puan alınabilir.

İştah Değişimleri: 34., 35. ve 36. maddeleri içerir ve özellikle unlu ve şekerli gıdalara olan istek ile iştah değişimlerini içermektedir. Bu alt boyuttan en az 3 en fazla 15 puan alınabilir.

Uyku değişimleri: 38., 39. ve 40. maddeleri içerir ve uyku bölünmesi, yorgun uyanma ve uykuya dalmada güçlük gibi uykuya ilişkin değişimlerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en az 3 en fazla 15 puan alınabilir.

Şişkinlik: 41., 42. ve 43. maddeleri içerir ve göğüslerde şişme ve hassasiyet ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan en az 3 en fazla 15 puan alınabilir.

“PMSÖ Toplam Puanı” tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük 44, en yüksek 220 puan alınabilir. Puan yükselmesi premenstrual sendrom belirtilerinin yoğunluğunda artış olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam puanlara ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.75, alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa katsayıları 0.75- 0.91 aralığındadır.

PMSÖ'nün toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puanın (220) % 50'sini (111) geçmesi durumunda PMS "var" olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. PMSÖ'den alınan toplam puanın (111-148) arasında olması hafif şiddetli PMS bulgusu, (149-184) arasında olması orta şiddetli PMS bulgusu ve (185-220) arasında olması şiddetli PMS bulgusu olarak değerlendirilmektedir.

2.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formları katılımcılara 25.09.2017-02.12.2017 tarihleri arasında uygulandı. Veri toplama formları Beykent Üniversitesi'nde, sessiz, ideal ısı ve aydınlatmanın olduğu sınıf ortamlarında birebir ve en fazla 5 kişilik gruplarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Veri toplama aşamasında bir kişinin ayırdığı toplam süre ortalama 25-30 dakika sürdü

2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 16.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile, varyansların homojenliği ise iki bağımsız örneklem için ortalamaların farkı t testi ile belirlenmiş olup normal dağılım gösteren ve varyansları homojen veriler parametrik, normal dağılım göstermeyen veriler ise nonparametrik istatistiksel testlerle değerlendirilmiştir. Uygulanacak testler örneklemelerin birbirine bağımlılığı ve bağımsız örneklemin kategori sayısına göre belirlenmiştir. İkili değişkenlerde korelasyon düzeyine Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile bakılmıştır. Korelasyon bulunan değişkenlerde çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Yanılma düzeyi olarak $\alpha = 0.05$ değeri seçilmiş ve istatistiksel analizlerden elde edilen olasılık değerleri buna göre yorumlanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bu araştırmada, premenstrual dönemdeki katılımcıların premenstrual sendrom ölçek puan ortalamaları 127'dir (Tablo.7). PMSÖ'nün toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puanın (220), % 50'sini (111) geçmesi durumunda PMS "var" olarak değerlendirilmesi önerilmektedir (Gençdoğan, 2006). Bu çalışmada puan ortalamaları değerlendirilen katılımcılar PMS yaşamaktadırlar.

3.1. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların ASRS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Premenstrual dönemde olan ve olmayanların anlık dikkat ve konsantrasyon düzeyleri d2 dikkat testiyle ölçülmüştür. Bu iki grubun genel dikkatlerindeki ortalama farklılığın, anlık dikkat ortalamaları karşılaştırılıp yorumlanırken karıştırıcı etkisinin kontrol edilmesi amacıyla Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (ASRS) uygulanmıştır.

H: Premenstrual döneminde olan ve olmayan kadınların Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puan ortalamaları birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır.

H₀: Premenstrual döneminde olan ve olmayan kadınların Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puan ortalamaları birbirine eşittir.

Bağımsız Değişken: Premenstrual dönemi (olan, olmayan)

Bağımlı Değişken: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puan ortalamaları

Tablo 4. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların asrs puan ortalamaları için Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Kolmogorov-Smirnov ^a				
	PMSD	Statistic	df	Sig.
ASRS puanı	olan	,094	98	,032*
	olmayan	,116	78	,012*

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Premenstrual döneminde olan ve olmayanların asrs puan ortalamalarında veriler normal dağılmamaktadır (p<0,05) (Tablo 4). Ayrıca örneklem arası çakışan skorlar bulunmaktadır. 2 bağımsız örneklem için ortalamaların farkı testi olan parametrik t testi muadili nonparametrik Mann Whitney U testi uygulandı.

Tablo 5. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların asrs puan sıralama toplamaları ve sıralama ortalamaları

		Sıralama		
	PMSD	N	Ortalaması	Sıralama Toplamı
ASRS puanı	olan	98	87,65	8590,00
	olmayan	78	89,56	6986,00
	Total	176		

Tablo 6. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların asrs puan sıralama ortalaması farkları

ASRS puanı	
Mann-Whitney U	3739,000
Z	-,247*
Asymp.Sig.(çift kuyruk)	,805*

a. Gruplama Değişkeni: PMSD

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada 98'i premenstrual döneminde olan, 78'i premenstrual döneminde olmayan olmak üzere toplam 176 katılımcı yer almıştır. Araştırmada premenstrual döneminde olan ve olmayanların Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) puan sıralama

ortalamalarının birbirinden ne denli farklılaştığını tespit etmek için nonparametrik Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları premenstrual döneminde olanların ASRS puan sıralama ortalaması (88) ile olmayanların ASRS puan sıralama ortalaması (90) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (Tablo 5). H_0 reddedilir. H_0 kabul edilir. Premenstrual dönemde olan ve olmayanların ASRS puan sıralama ortalamaları birbirine eşittir ($Z=-0,247$, $p>0,05$) (Tablo 6).

3.2. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların KSE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Premenstrual döneminde olan ve olmayanların anlık dikkat ve konsantrasyon düzeyleri d2 dikkat testiyle ölçülmüştür. Bilinen psikiyatrik bir rahatsızlığı olanlar çalışmaya dahil edilmemiş olmakla birlikte, bu iki grubun KSE ile ölçülen depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilete psikolojik belirtilerinin ortalama farklılığının, anlık dikkat ortalamaları karşılaştırılıp yorumlanırken karıştırıcı etkisinin kontrol edilmesi amacıyla Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Her iki grubun da anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilete puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

H: Premenstrual döneminde olan ve olmayanların Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları (somatizasyon, depresyon, hostilete, olumsuz benlik, anksiyete) birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır.

H₀: Premenstrual döneminde olan ve olmayan kadınların Kısa Semptom Envanteri (KSE) puan ortalamaları (somatizasyon, depresyon, hostilete, olumsuz benlik, anksiyete) birbirine eşittir.

Bağımsız Değişken: Premenstrual dönemi (olan, olmayan)

Bağımlı Değişken: KSE (somatizasyon, depresyon, hostilete, olumsuz benlik, anksiyete) puan ortalamaları

Tablo 7. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların kse puan ortalamaları için Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Kolmogorov-Smirnov ^a				
	PMSD	Statistic	df	Sig.
anksiyete	olan	,188	98	,000*
	olmayan	,184	78	,000*
depresyon	olan	,146	98	,000*
	olmayan	,113	78	,015*
olumsuz benlik	olan	,172	98	,000*
	olmayan	,153	78	,000*
somatizasyon	olan	,242	98	,000*
	olmayan	,133	78	,002*
hostilite	olan	,168	98	,000*
	olmayan	,143	78	,000*

Premenstrual döneminde olan ve olmayanların KSE (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite, somatizasyon) puan ortalamalarında veriler normal dağılmamaktadır ($p<0,05$) (Tablo 7). Örneklem arası çakışan skorlar da vardır. 2 bağımsız örneklem için ortalamaların farkı testi olan parametrik t testi muadili nonparametrik Mann Whitney uygulandı.

Tablo 8. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların kse puan sıralama toplamaları ve sıralama ortalamaları

	PMSD	N	Sıralama Ortalaması	Sıralama Toplamı
anksiyete	olan	98	89,16	8738,00
	olmayan	78	87,67	6838,00
	Total	176		
depresyon	olan	98	83,26	8159,00
	olmayan	78	95,09	7417,00
	Total	176		
olumsuz benlik	olan	98	84,50	8281,00
	olmayan	78	93,53	7295,00
	Total	176		
somatizasyon	olan	98	86,54	8481,00
	olmayan	78	90,96	7095,00
	Total	176		
hostilite	olan	98	85,07	8337,00
	olmayan	78	92,81	7239,00
	Total	176		

Tablo 9. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların kse puan sıralama ortalamaları farkı

	anksiyete	depresyon	olumsuz benlik	somatizasyon	hostilite
Mann-Whitney U	3757,000	3308,000	3430,000	3630,000	3486,000
Z	-,194	-1,532	-1,170	-,573	-1,002
Asymp.Sig(çift kuyruk)	,846*	,126*	,242*	,567*	,316*

Gruplama Değişkeni: PMSD

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada 98'i premenstrual döneminde olan, 78'i premenstrual döneminde olmayan olmak üzere toplam 176 katılımcı yer almıştır. Araştırmada premenstrual döneminde olan ve olmayanların Kısa Semptom Envanteri (KSE)

(depresyon, anksiyete, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite) puan sıralama ortalamalarının birbirinden ne denli farklılaştığını tespit etmek için nonparametrik Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları premenstrual döneminde olanların depresyon (83,26), anksiyete (89,16), somatizasyon (87), olumsuz benlik (85), hostilite (85,07) puan sıralama ortalamaları ile olmayanların depresyon (95,09), anksiyete (88), somatizasyon (91), olumsuz benlik (94), hostilite (93) puan sıralama ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (Tablo 8). H_0 reddedilir. H_0 kabul edilir. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların KSE puan sıralama ortalamaları birbirine eşittir ($Z=-0,194$; $-1,532$; $-1,170$; $-0,573$; $-1,002$, $p=0,846$; $0,126$; $0,242$; $0,567$; $0,316>0,05$) (Tablo 9).

3.3. Premenstrual Dönemde Olan ve Olmayanların Dikkat Düzeylerinin Karşılaştırılması

Premenstrual döneminde olan kadınlarda, PMS'nin dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğü kognitif semptomunun sınanması amacıyla premenstrual dönemde olan ve olmayan kadınlara d2 dikkat testi uygulanmıştır. Her iki grubun da dikkat düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

d2 dikkat testinin değerlendirilmesi sırasında TN, E, CP, FR ve TN-E puanları esas alınmaktadır. Toplam işaretlenen madde sayısı puanının (TN) yüksekliği seçici dikkat yetisinin, dikkatin sürdürülebilirliğinin, yüksek motivasyonun ve psikomotor hızın yüksekliğini; toplam hata puanının (E) fazlalığı dikkat düzeyindeki düşüklüğü, ortaya konulan performansın kalitesinin yetersizliğini, yönergeye uyumda zorlanmayı, görsel ayırtırmadaki problemleri; test performans puanlarının (TN-E) yüksekliği ortaya konulan performansın kaliteli oluşunu, psikomotor hız ve seçici dikkat arasındaki dengeyi; konsantrasyon puanları (CP) psikomotor hızdaki istikrarı ve yapılan işin kalitesini; frekans (FR)'nin yüksek olması ise çoğu kez düşük motivasyonu ve psikomotor hızdaki istikrarsızlığı düşündürmektedir (Brickenkamp ve Zillmer, 1998).

Tablo 10. Premenstrual dönemde olan ve olmayan kadınların pmsö puan ortalamaları

	PMSD	N	Ortalama	Standart	
				Sapma	Std. Hata Ortalaması
PMS ölçek puanı	olan	98	126,8367	32,12273	3,24489
	olmayan	78	122,6154	42,71112	4,83608

H₁: Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan ortalamaları birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır.

(H₁₀): Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan ortalamaları birbirine eşittir.

Bağımsız Değişken: Premenstrual dönemi (olan, olmayan)

Bağımlı Değişken: d2 dikkat testi puan ortalamaları (İşaretlenen toplam madde sayısı puanı, Konsantrasyon puanı, Toplam hata puanı, Test performans puanı)

Tablo 11. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan ortalamaları için Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Kolmogorov-Smirnov ^a				
	PMSD	Statistic	df	Sig.
İşaretlenen toplam	olan	,114	98	,003*
madde sayısı puanı	olmayan	,079	78	,200
Toplam hata puanı	olan	,066	98	,200
	olmayan	,139	78	,001*
Test performansı puanı	olan	,111	98	,004*
	olmayan	,093	78	,092
Konsantrasyon puanı	olan	,065	98	,200
	olmayan	,142	78	,001*

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan ortalamaları için veriler normal dağılmamaktadır ($p<0,05$) (Tablo 11). Ayrıca örneklem arası çakışan skorlar vardır. 2 bağımsız örneklem için ortalamaların farkı testi olan parametrik t testi muadili nonparametrik Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 12. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan sıralama toplamaları ve sıralama ortalamaları

	PMSD	N	Sıralama	
			Ortalaması	Sıralama Toplamı
İşaretlenen	olan	98	81,99	8035,00
toplam madde	olmayan	78	96,68	7541,00
sayısı puanı	Total	176		
Toplam hata	olan	98	92,50	9065,00
puanı	olmayan	78	83,47	6511,00
	Total	176		
Test	olan	98	83,09	8143,00
performansı	olmayan	78	95,29	7433,00
puanı	Total	176		
Konsantrasyo	olan	98	84,97	8327,00
n puanı	olmayan	78	92,94	7249,00
	Total	176		

Tablo 13. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan sıralama ortalamaları farkı

	İşaretlenen toplam madde sayısı puanı	Toplam hata puanı	Test performansı puanı	Konsantrasyon puanı
Mann-Whitney U	3184,000	3430,000	3292,000	3476,000
Z	-1,900	-1,168	-1,579	-1,031
Asymp. Sig (çift kuyruk)	,057*	,243*	,114*	,303*

a.Gruplama Değişkeni:PMSD

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada 98'i premenstrual döneminde olan, 78'i premenstrual döneminde olmayan olmak üzere toplam 176 katılımcı yer almıştır. Araştırmada premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan sıralama ortalamalarının birbirinden ne denli farklılaştığını tespit etmek için nonparametric Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarında premenstrual döneminde olanların işaretlenen toplam madde sayısı (82), toplam hata (93), test performansı (83,1), konsantrasyon (85) puan sıralama ortalamaları ile premenstrual döneminde olmayanların işaretlenen toplam madde sayısı (97), toplam hata (83,5), test performansı (95,29), konsantrasyon (92,94) puan sıralama ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 12). H_1 reddedilir. (H_1)₀ kabul edilir. Premenstrual döneminde olan ve olmayanların d2 dikkat testi puan sıralama ortalamaları birbirine eşittir ($Z=-1,900$; $-1,168$; $-1,579$; $-1,031$, $p=0,057$; $0,243$; $0,114$; $0,303>0,05$) (Tablo 13).

3.4. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda PMS İle Dikkat Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kadınlarda premenstrual sendromun şiddeti arttıkça, premenstrual dönemde dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğü de artmakta mıdır?

H₂: Premenstrual döneminde olan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçek (PMSÖ) puanları ile d2 dikkat testinden alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

(H₂)₀: Premenstrual döneminde olan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçek (PMSÖ) puanları ile d2 dikkat testinden alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

Bağımsız değişken: Premenstrual döneminde olan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçek (PMSÖ) puanı

Bağımlı değişken: d2 dikkat testi puanı (İşaretlenen toplam madde sayısı puanı, Konsantrasyon puanı, İşaretlenmeden atlanılan madde sayısı hata puanı, Toplam hata puanı, Test performans puanı, Frekans)

Tablo 14. Premenstrual döneminde olanların d2 dikkat testi ve PMSÖ puan ortalamaları için Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Kolmogorov-Smirnov ^a				
	PMSD	Statisti c	df	Sig.
İşaretlenen				
toplam madde	olan	,114	98	,003*
sayısı puanı				
PMSÖ puanı	olan	,080	98	,135*
Konsantrasyon	olan	,065	98	,200
puanı				
İşaretlenmeden				
atlanılan	olan	,108	98	,006*
madde sayısı				
hata puanı				
Toplam hata	olan	,066	98	,200
puanı				
Test				
performansı	olan	,111	98	,004*
puanı				
Frekans	olan	,194	98	,000*

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Hipotezi test etmek için normal dağılıma bakılmıştır. Veriler normal dağılmamaktadır (p<0,05) (Tablo 14). Bu nedenle nonparametrik spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 15. Premenstrual döneminde olanların d2 dikkat testi ve PMSÖ puanları için spearman korelasyon analizi

	Spearman' s rho	PMSÖ puanı	
	N	Correlation Coefficient	Sig.(çift kuyruk)
İşaretlenen toplam madde sayısı puanı	98	,056	,583*
Konsantrasyon puanı	98	,007	,948*
İşaretlenmeden atlanılan madde sayısı hata puanı	98	-,053	,603*
Toplam hata puanı	98	-,009	,931*
Test performansı puanı	98	,004	,966*
Frekans	98	-,032	,753*

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada premenstrual döneminde olan 98 katılımcı yer almıştır. Araştırmada d2 dikkat testiyle ölçülen dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğü, premenstrual sendrom ölçeği (PMSÖ) ile ölçülen premenstrual sendromun şiddetine göre değişip değişmediği sorgulanmıştır. Bunun için uygulanan spearman korelasyon analizi araştırmada premenstrual sendrom ölçeğinden alınan puanlar ile d2 dikkat testinden alınan puanlar arasında anlamlı bir korelasyon olmadığını göstermiştir ($p=0,583; 0,948; 0,603; 0,931; 0,966; 0,753>0,05$) (Tablo 15). H_2 reddedilir. (H_2) kabul edilir. Bir başka deyişle premenstrual sendromun şiddeti arttıkça dikkat ve konsantrasyon bozulmamaktadır.

3.5. Kadınlarda Duygudurum Bozuklukları Belirtileri İle PMS Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen depresyon, somatizasyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite belirtilerinin şiddeti arttıkça kadınlarda premenstrual sendromun şiddeti de artmakta mıdır?

H3: Premenstrual Sendrom Ölçek puanları ile Kısa Semptom Envanteri puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır.

(H₃)₀: Premenstrual Sendrom Ölçek puanları ile Kısa Semptom Envanteri puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

Bağımsız değişken: KSE (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) puanları

Bağımlı değişken: Premenstrual Sendrom Ölçek (PMSÖ) puanları

Tablo 16. PMSÖ puanları ve KSE ölçek puanları için pearson kolerasyon analizi

	Hostilite	Somatizasyon	Olumsuz benlik	Anksiyete	Depresyon
PMSÖ puanı					
Pearson Correlation	,402	,423	,466	,525	,491
Sig. (çift kuyruk)	,000*	,000*	,000*	,000*	,000*
N	184	184	184	184	184

*p<0,05

Tablo 17. PMSÖ puanları ve KSE puanları için çoklu regresyon analizi özet tablosu

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Sig. F Change
1	,534 ^a	,285*	,265	,000

a. Predictors: (Constant), hostilite, somatizasyon, olumsuzbenlik, depresyon, anksiyete

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada 184 katılımcı yer almıştır. Araştırmada kadınlarda premenstrual sendrom ölçeği (PMSÖ) ile ölçülen premenstrual sendrom şiddetinin, Kısa Semptom Envanteri ile ölçülen depresyon, somatizasyon, anksiyete, olumsuz benlik, hostilite belirtilerinin şiddetine göre değişip değişmediği sorgulanmıştır. Verileri test etmek için uygulanan pearson kolerasyon analizi araştırmada, PMSÖ'den alınan puanlar ile KSE'den alınan puanlar (somatizasyon, depresyon,

hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) arasında istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($p<0,001$) (Tablo 16). H_3 kabul edilir.

Premenstrual Sendrom Ölçeği ile Kısa Semptom Envanteri Ölçeği'nden alınan puanlar arasında pozitif bir korelasyon vardır. Yani kadınlarda hostilite, somatizasyon, olumsuz benlik, anksiyete ve depresyon belirti şiddeti arttıkça premenstrual sendromun şiddeti de artmaktadır. Ayrıca hostilite, depresyon, somatizasyon, anksiyete, olumsuz benlik puanlarındaki değişim premenstrual sendromun puanlarındaki % 28,5'lik değişimi istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı şekilde açıklamaktadır (Tablo 17).

3.6. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda Duygudurum Bozuklukları Belirtileri İle Dikkat Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostilite duygudurum bozuklukları belirti şiddetleri yüksek olan kadınlar düşük olanlara kıyasla premenstrual dönemlerinde daha mı fazla dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğü yaşamaktadırlar?

H4: Premenstrual dönemde olan kişilerin d2 dikkat testi puanları ile KSE puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır. Ve bu ilişki premenstrual dönemde olmayanlarınkine kıyasla daha güçlüdür.

(H4)0: Premenstrual dönemde olan kişilerin d2 dikkat testi puanları ile KSE puanları (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

Bağımlı değişken: d2 dikkat testi puanları

Bağımsız değişken: KSE (somatizasyon, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, anksiyete) puanları

Tablo 18. Premenstrual dönemde olanların d2 dikkat testi ve KSE ölçek puanları için pearson kolerasyon analizi

		Hostilite	Somatizasyon	Olumsuz benlik	Anksiyete	Depresyon
İşaretlenen toplam madde sayısı puanı	Pearson Correlation	,051	-,082	-,117	-,059	-,083
	Sig. (çift kuyruk)	,618	,424	,251	,566	,414
	N	98	98	98	98	98
Konsantrasyon Puanı	Pearson Correlation	-,074	-,146	-,150	-,123	-,145
	Sig. (çift kuyruk)	,468*	,150*	,140*	,229*	,154*
	N	98	98	98	98	98
Test performansı puanı	Pearson Correlation	-,021	-,106	-,145	-,115	-,132
	Sig. (çift kuyruk)	,839*	,298*	,155*	,261*	,194*
	N	98	98	98	98	98
İşaretlenmeden atlanılan madde sayısı puanı	Pearson Correlation	,034	,118	,138	,067	,100
	Sig. (çift kuyruk)	,739*	,246*	,175*	,512*	,326*
	N	98	98	98	98	98
Toplam hata puanı	Pearson Correlation	,064	,130	,145	,107	,133
	Sig. (çift kuyruk)	,533*	,200*	,154*	,294*	,193*
	N	98	98	98	98	98
Frekans	Pearson Correlation	,112	-,080	,195	,071	,031
	Sig. (çift kuyruk)	,270	,435	,054	,486	,760
	N	98	98	98	98	98

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Araştırmada yer alan premenstrual dönemdeki toplam 98 kişinin d2 dikkat testi puanlarının KSE puanlarına (somatizasyon, depresyon, hostile, olumsuz benlik, anksiyete) göre değişip değişmediğini tespit etmek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Kısa Symptom Envanteri Ölçeği'nden alınan puanlar ile d2 dikkat testinden alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 18). H_4 reddedilir. (H_{40} kabul edilir. Kadınlarda anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik, hostile duygudurum bozuklukları belirtili şiddetlerinin yüksek olması premenstrual dönemlerinde dikkat eksikliği ve konsantrasyon güçlüğünü artırmamaktadır.

3.7. Adet Düzensizliği Olan Kadınlar İle Düzenli Aralıklarla Adet Gören Kadınların PMSÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Adet düzensizliği olan kadınların pms şiddetinin, düzenli aralıklarla adet görenlere göre daha yüksek olması beklenmektedir.

H₅: Düzenli aralıklarla adet gören kadınlarla, adet düzensizliği olan kadınların Premenstrual Sendrom Ölçek (PMSÖ) puan ortalamaları birbirinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır.

(H₅₀): Düzenli aralıklarla adet gören kadınlarla, adet düzensizliği olan kadınların PMSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur.

Bağımsız Değişken: Adet düzeni (düzenli, düzensiz)

Bağımlı Değişken: Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalamaları

Tablo 19. Düzenli aralıklarla adet gören ve adet düzensizliği olan kadınların PMSÖ puan ortalamaları için Tek Örneklem Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

Kolmogorov-Smirnov ^a				
	Adet düzeni	Statistic	df	Sig.
PMSÖ puanı	düzenli	,066	146	,200*
	düzensiz	,135	38	,078*

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 20. t testi

	F	Sig.
PMSÖ puanı	1,758	,187*

Adet düzensizliği olan ve düzenli aralıklarla adet görenlerin pmsö puan ortalamalarında veriler normal dağılmaktadır ($p>0,05$) (Tablo 19) ve varyanslar homojendir ($p>0,05$) (Tablo 20). 2 Bağımsız örneklem için ortalamaların farkı testi olan parametrik t testi uygulandı.

Tablo 21. Düzenli aralıklarla adet gören ve adet düzensizliği olan kadınların PMSÖ puan ortalama ve standart sapma değerleri

	Adet düzeni	N	Ortalama	Standart Sapma	Std. Hata Ortlaması
PMSÖ puanı	duzenli	146	122,1370	35,84269	2,96636
	duzensiz	38	130,8421	41,54029	6,73873

Tablo 22. Düzenli aralıklarla adet gören ve adet düzensizliği olanların pmsö puan ortalamaları farkı

	t	df	Sig. (çift kuyruk)	Ortalama Farkı
PMSÖ puanı	-1,289	182	,199*	-8,70512
	-1,182	52,228	,242*	-8,70512

*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Bu araştırmada 38'i adet düzensizliği olan, 146'sı düzenli aralıklarla adet gören toplam 184 katılımcı yer almıştır. Araştırmada premenstrual sendromun şiddetinin menstrual siklusun özelliğine göre değişip değişmediği incelenmiştir. Bunun için uygulanan bağımsız örneklemelerde ortalamaların farkı t testi adet düzensizliği olan kadınların pmsö puan ortalamasının (130,84) düzenli aralıklarla adet görenlerin ortalamasından (122,14) anlamlı derecede farklı olmadığı bulunmuştur ($t(182)=-1,289$; $t(52,23)=-1,182$, $p>0,05$).

3.8. Premenstrual Dönemde Olan Kadınlarda Menstrual Siklusun Özellikleri ile Dikkat Düzeylerinin Karşılaştırılması

Premenstrual dönemindeki kadınlarda, adet düzensizliği olanların, düzenli adet görenlere göre d2 dikkat testinde daha düşük performans göstermeleri beklenmektedir. Araştırmada menstrual siklusun özellikleriyle PMS arasında anlamlı bir fark saptanamadığı için adet düzensizliği olan kadınlarda, pms döneminde dikkatin daha fazla bozulup bozulmadığı test edilmemiştir.

SONUÇ

Adet döngüsünün dikkat eksikliği üzerindeki etkisini incelemek adına yapılan araştırma, 98 premenstrual döneminde olan, 78 premenstrual döneminde olmayan, 8 menstruasyon dönemi bilinmeyen toplam 184 üniversite öğrencisi ile yürütüldü. Araştırma sonuçlarında, premenstrual sendrom ile dikkat ve menstruasyon siklusunun özellikleri arasında anlamlı bir fark ve ilişki bulunamamış, premenstrual sendrom ile duygudurum bozuklukları belirtileri arasında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. PMS ile anksiyete, depresyon, hostilite, olumsuz benlik, somatizasyon belirtileri arasında pozitif bir korelasyon vardır ve belirti şiddeti arttıkça premenstrual sendromun şiddetinin de arttığı saptanmıştır. Bununla birlikte premenstrual dönemde duygudurum bozuklukları belirtileri ile dikkat arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Adet öncesi dönemde kadınlarda gözlenen duygudurum değişikliği, sinirlilik, kaygı, enerji azalması, depresif duygudurum, değersizlik düşünceleri, dikkat toplama güçlüğü, iştahta değişiklikler, göğüslerde şişkinlik, eklem ağrıları gibi belirtilerle ortaya çıkmakta olan premenstrual sendrom, adet döngüsünün bitmesiyle sonlanmakta olup belirtileri sonraki adet döngüsüne kadar ortaya çıkmamaktadır.

Danacı ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada sonuçlar gösteriyor ki en sık görülen belirtiler arasında çabuk sinirlenme (% 89), dikkatini toplayamama (% 89), isteksizlik (%85), işlerin gözünde büyümesi (% 85) ve karında gerginlik (% 85) bulunmaktadır. Bu sendromu hafif, orta, şiddetli geçiren bireylerde dolayısıyla değişik derecelerde duygudurum ve konsantrasyon etkilenmeleri görülmektedir.

Birçok psikolojik bozukluğun (majör depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nervoza vs.) veya bedensel hastalığın (migren, astım, epilepsi gibi) premenstrual dönemde kötüleştiği bilinmektedir. Buna “adet öncesi alevlenme” denir. Premenstrual dönemde alevlenme yaşayan kadınların adet döngüsünün kanama sonrası evresinde de belirgin yakınmaları vardır. Bir çok araştırma premenstrual dönemde psikiyatri kliniklerine başvurularda artış olduğunu bildirmiştir. Dalton (1959) depresif kadınların üçte birinin premenstrual dönemde hastaneye başvurduğunu; Jacobs ve Charles (1970) psikiyatriye başvuruların %

47'sinin pms döneminde olduğunu; Abramowitz ve ark. (1982) depresif kadınların adet başlangıcından bir gün önce veya ilk günü psikiyatri servislerine başvurduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar duygudurum bozuklukları belirtileri daha yüksek olan kişilerin, premenstrual döneminde daha şiddetli bir bilişsel bozulma olarak değerlendirilebilecek konsantrasyon güçlüğü yaşamadıklarını ortaya koymuştur. Bununla birlikte duygudurum bozukluklukları belirtileri yüksek olan kişilerin daha fazla premenstrual sendrom yakınması olduğu gösterilmiştir.

Adet görme kadınların yaşamlarının ortalama 30-35 yılında var olan ve her ay düzenli olarak kendini tekrarlayan fizyolojik bir olaydır. Kızlarda 11-12 yaşında başlayan ergenlik döneminde cinsel organlar olgunlaşmakta ve üreme yeteneği kazanmaktadır. Buna bağlı olarak genç kızlar adet görme (menarş) yaşamaktadırlar. Kadınların adet döngüsü ortalama 28 gün sürmektedir; 21 gün alt sınır, 35 gün ise üst sınırdır. Uzmanlar düzenli adet görmeye çok önem vermektedir. Adet döngüsü düzensiz olan kadınlarda pms yüksektir. Işık ve ark. (2016) araştırmasında, menstruasyon siklusları düzenli olan kadınların düzensiz olan kadınlara göre pms puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Araştırma, adet düzensizliği olan kadınların pms şiddetlerinin farklı olmadığını göstermiştir ancak çalışmaya dahil olan adet düzensizliği olan kadın sayısı düşüktür. Daha geniş bir örneklemede daha farklı bulgular elde edilebilir (N=38). Ayrıca, premenstrual sendromu daha şiddetli yaşadığı belirtilen ve hormonal değişimlerle de ilişkisinden dolayı adet düzensizliği olan kadınların dikkatlerinin daha fazla bozulup bozulmadığı araştırılmak istenmiştir. Adet döngüsü ile pms arasında anlamlı bir ilişki saptanamadığından dikkat düzeyleri incelenememiştir.

Araştırmada ele alınamayan birçok değişken dikkat üzerinde etkili olabilir. Duygudurum bozuklukları ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçekler kullanılarak; ilaç ve madde kullanımı, psikolojik veya nörolojik hastalık varlığı ise sosyodemografik form aracılığıyla alınan bilgilerle kontrol edilmeye çalışılmıştır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda daha kapsamlı incelemelerle araştırılmasının katkı sağlayacağı düşünülebilir.

Araştırma, İstanbul ili evreninde 184 kişiyle yürütülmüştür. İlerleyen çalışmalarda, genişletilerek incelenmesinin önemli bulgular sağlayabileceği düşünülmektedir. Evreni temsil edebilirliği bakımından, örneklemin daha fazla katılımcıdan oluşmasının önemli katkılar sağlayabileceği düşünülebilir.

Katılımcılar, adet öncesi gerginlik sendromu belirtilerinin daha yüksek oranda gözlemlendiği bilinen 20-30 yaş arasındaki kadınlardan rastgele seçilmiştir. Taşcı (2006) adet öncesi gerginlik sendromunun en çok 19-22 yaş aralığında görüldüğünü saptarken, Nijerya’da Antai ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir çalışmaya göre de bu sendromun en çok 20’li yaşların ortalarında ortaya çıktığı bulgulanmıştır. Araştırmalarda 30 yaş üstü kadınlar da örnekleme dahil edilerek yaş değişkeninin premenstrual sendrom ve dikkat eksikliği arasındaki ilişkide etkisi incelenebilir.

Katılımcıların premenstrual sendrom ölçek puan ortalamaları 127’dir (Tablo.7). PMSÖ’nün toplam ölçekten alınabilecek en yüksek puanın (220), % 50’sini (111) geçmesi durumunda PMS “var” olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada puan ortalamaları değerlendirilen katılımcılar PMS yaşamaktadırlar. İlerki araştırmalarda, şiddetli pms yakınmaları olan kadınlarla çalışma yapılırsa, adet döngüsünde dikkat eksikliği ve bilişsel bozulmalara dair önemli katkılar sağlanabilir.

PMS ile ilgili veriler toplanırken birbirini takip eden birkaç menstrual siklus süresince pms bulgularının takibi ve kaydı yapılmamıştır. Bu durum kadınların geriye dönük olarak yaşadıkları semptomları hatırlamalarını zorlaştırabileceğinden, belirlenen pms şiddetindeki subjektiflik oranını artırabilir. Bu doğrultuda, ilerdeki çalışmaların birkaç menstrual siklus boyunca tekrarlanarak yapılması daha uygun olacaktır.

Premenstrual sendromun semptomları kadınların şikayetleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Bu bakımdan subjektif olabilir. Bu çalışmada, dikkat araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Objektif ve deneysel değerlendirmelerle premenstrual sendromun dikkat güçlüğüne ve bilişsel zorlanmalara yol açıp açmadığı daha fazla araştırma konusuna dahil edilmelidir.

Zürich Üniversitesi'nde Leeners ve ark. (2017) araştırmalarında bu araştırmadaki sonuçlarla benzer bulgulara ulaşılmıştır. Düzenli adet döngüsü olan 68 üreme çağındaki kadınla yürütülen çalışmada adet döngüsünde dikkatin etkilendiğine dair bir bulgu saptanamamıştır. Bu sonuçlara dayanarak menstruasyonun bir kadının bilişsel işlevini etkilemesinin düşük olasılıklı olduğu ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.



KAYNAKÇA

Abplanalp, J.M. (1983). Premenstrual syndrome: A selective review, *Women and Health*, 8: 107- 123.

Abramowitz, E.S., Baker, A.H., Fleischer, S.F. ve ark. (1982). Onset of depressive psychiatric crises and menstrual cycle. *Am J Psychiatry*, 139: 475-8.

Acar, B. (1996). Premenstruel sendrom, Editörler: Kişnişçi, A.H., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürkan, T., Önderoğlu, S.L. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, s: 810-21, Ankara.

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists Frequently Asked Questions Gynecologic Problems (2015). 1-3.

Adıgüzel, H., Taşkın, E.O., Danacı, A.E. (2007). Manisa ilinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 1-9.

Akdeniz, F., Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ve depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2: 70–4.

Altshuler, L.L., Hendrick, V., Parry, B. (1995). Pharmacological management of premenstrual disorder *Harvard Review of Psychiatry*, 2: 233-45.

Antai, A.B., Udezi, A.W., Ekanem, E.E., Okon, U.J., Umoiyoho, A.U. (2004). Premenstrual syndrome: prevalence in students of the University of Calabar, Nigeria, *African Journal of Biomedical Research*, 7: 45-50.

Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S., Yaralı, H., & Yüce, K. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Tıp Kitapevleri. Ankara, 851-63..

Backstrom, T., Andreen, L., Björn, I., Johansson, I.M., Löfgren, M. (2007). The role of progesterone and GABA in PMS/PMDD, 117-20.

Baker, F.C., Driver, H.S. (2007). Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle, *Sleep Medicine*, 8: 613-622.

Barbara, L., Parry. M.D. and Sarah, L. (2005). Premenstrual Dysphoric Disorder: Genetic factors. In: Sadock, B.J., Sadock, V.A. (eds). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, New York, 23: 15-23.

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

Baysal, B. (2004). Jinekoloji, I.T.F. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları Birinci Baskı, İstanbul Nobel Kitabevleri, Editör: Berkmen, S., 41-8.

Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E, Johnson, S.R et al. (2008). Cigarette smoking and the development of premenstrual syndrome. *American Journal of Epidemiology*, 15 (168), 938-45.

Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E., Johnson, S.R., & Manson, J.E. (2009). Timing of Alcohol Use and the Incidence of Premenstrual Syndrome and Probable Premenstrual Dysphoric Disorder. *Mary Ann Liebert, Inc.*, 18 (12): 1945-53

Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E., Willett, W.C., Johnson, S.R., Manson, J.E. (2010). Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*, 19 (11): 1955-62.

Bolsoy, N. (2008). Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bond, A. J., Critchlow, D.G., Wingrove, J. (2003). Conflict resolution in women is related to trait aggression and menstrual cycle phase, *Aggressive Behavior*, 29: 228-38.

Braverman, P.K. (2007). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20 (1), 3-12.

Brickenkamp, R. ve Zillmer, E. (1998). The d2 Test of Attention. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

Budeiri, D., Li Wan Po, A., Dornan, J.C. (1996). Is evening primrose oil of value in the treatment of premenstrual syndrome? *Controlled Clinical Trials*, 17: 60-8.

Cabioğlu, M., Ergene, N. (2006). Changes in Serum Leptin and Beta Endorphin Levels with Weight Loss by Electroacupuncture and Diet Restriction in Obesity Treatment. *The American Journal of Chinese Medicine*, 34 (1), 1–11.

Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S., & Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (3), 199-205.

Cheng, S.H., Shih, C.C., Yang, Y.K., Chen, K.T., Chang, Y.H., Yang, Y.C. (2013). Factors associated with premenstrual syndrome - a survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci*, 29 (2), 100-5.

Chuong, C.J., Hsi, B.P., Gibbons, W.E. (1994). Periovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*, 83 (5), 755-760.

Cleckner-Smith, C.S., Doughty, A.S., Grossman, J.A. (1998). Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescent sample, *Journal of Adolescent Health*, 22 (5), 403-408.

Cosgrove, L., Riddle, B. (2003). Constructions of femininity and experiences of menstrual distress, *Women & Health*, 38 (3), 37-58.

Çayköylü, A., Çapoğlu, I., Öztürk, I. ve ark. (2004). The possible factors affecting suicide attempts in the different phases of the menstrual cycle. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 (5), 460-464.

Dalton, K. (1959). Menstruation and acute psychiatric illness, *British Medical Journal*, 1: 148- 149.

Danacı, A.E., Taşkın, E.O., Kotlan, S.O. ve ark. (2001) Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1):15-20.

Demir, B., Algül, Y.L., & Güvendağ Güven, S.E. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3: 262- 270.

Deuster, P., Adera, T., South-Paul, J. (1990). Biological, Social, and Behavioral Factors Associated With Premenstrual Syndrome. *Archives of Family Medicine*, 8: 122- 8.

Dickerson, L.M., Mazyck, P.J., Hunter, M.H. (2003). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 67 (8), 1743-52.

Di Giulio, G., Reissing, E. (2006). Premenstrual Dysphoric Disorder: Prevalence, Diagnostic Considerations, and Controversies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (4), 201-10.

Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., Sattar, K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res*. Feb, 8 (2), 106–9.

Doğan, S., Öncü, B., Varol, G., Küçüköncü, S. (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009, 10: 77-87.

DSM IV: Diagnostic, statistical manual of mental disorders. 4th. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994, 717–8.

Emans, S.J., Laufer, M.R., Goldstein, D.P. (2005). Premenstrual syndrome. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Inc, s: 461-7.

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

Erci, B., Okanlı, A., Kılıç, D. (1999). Premenstruel sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2), 14-26.

Ernst, E., Stevinson, C. (2001). Complementary/alternative therapies for premenstrual syndrome: a systematic review of randomized controlled trials, Am J Obstet Gynecol. 185 (1): 227-35.

Eryılmaz, G., Özdemir, F. (2010). Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: Its Effects on School Performance and Relationships with Family and Friends, Pediatric Adolescent Gynecology, 23: 267-272.

Fava, M., Pedrazzi, F., Guaraldi, G.P. ve ark. (1992). Comorbid anxiety and depression among patients with late luteal phase dysphoric disorder. J Anxiety Disord, 6: 325-335.

Frackiewicz, E.J., Shiovitz, T.M. (2001). Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. J American Pharmaceutical Association. 41(3), 437-47.

Freeman, E.W. (2007).The clinical presentation and course of premenstrual symptoms In;O’brein Sahn, P.M., Rapkin, J.A., Schmidt, J.P. (eds). The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD (1 nd ed) Informa UK , pp: 55-61.

Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. Türkiye’de Psikiyatri. 8(2), 81-7.

Glass, G.S., Heninger, G.R., Lansky, M. ve ark. (1971). Psychiatric emergency related to the menstrual cycle. Am J Psychiatry, 128: 705- 711.

Glick, R., Harrison. W., Endicott, J. ve ark. (1991). Treatment of premenstrual depressive symptoms in depressive women. J Am Med. Womens Assoc, 46: 182-185.

Gonda, X., Fountoulakis, N.K., Csukly, G., Telek, T., Pap, D., Rihmer, Z., & Bagdy, G. (2010). Association of a Trait-like Bias Towards the Perception of Negative Subjective Life Event with Risk of Developing Premenstrual Symptoms. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 34: 500-505.

Gölünük, S., Taşmektepligil, M.Y., İmamoğlu, O. (2010). Fiziksel ve ruhsal baskının menstruasyon düzenine etkisi, Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 12 (1), 1-5.

Halbreich, U., Tworek, H. (1993). Altered Serotonergic Activity in Women with Dysphoric Premenstrual Syndromes. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 23 (1), 1-27.

Halbreich, U., O'Brein, S., Eriksson, E., Bäckström, T., Yonkers, K.A., Freeman, & E.W. (2006). Are There Differential Symptom Profiles That Improve in Response to Different Pharmacological Treatments of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder CNS Drugs, 20 (7), 523-547.

Hoerster, K.D., Chrisler, J.C., Rose, J.G. (2003). Attitudes toward and experience with menstruation in the US and India, Women and Health, 38 (3), 77-95.

Hoyer, J., Burmann, I., Kieseler, M.L., Vollrath, F., Hellrung, L., Arelin, K. ve ark. (2013). Menstrual Cycle Phase Modulates Emotional Conflict Processing in Women with and without Premenstrual Syndrome (PMS)-A Pilot Study. Plos One, 8 (4): 1-8.

Hunter M S, Ussher J M, Browne S J, Cariss M, Jelley R, Katz M A. A randomized comparison of psychological (cognitive behavior therapy), medical (fluoxetine) and combined treatment for women with premenstrual dysphoric disorder. J Psychosom Obstet Gynaecol 2002; 23: 3: 193-9.

Hunter, M.S. (2007). A Biopsychosocial Approach to Premenstrual Problems. Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology, J Cockburn, ME Pawson (Ed), Springer-Verlag London: s: 255-262.

Hylan, T.R., Sundell, K., Judge, R. (1999). The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine, 8 (8), 1043-1052.

ICD-9-CM-2012. Diagnosis Codes: 625.4. Premenstrual tension syndromes. Diseases Of The Genitourinary System, 580-629; Other Disorders Of Female Genital Tract, 617-629; Pain and other symptoms associated with female genital organs 625.

ICD-10-CM-2018. Diagnosis Code: N94.3. Premenstrual tension syndrome. Diseases Of The Genitourinary System, 80-98; Noninflammatory disorders of female genital tract, N94; Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle.

Işık, H., Ergöl, Ş., Aynioğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A., & Uzun, M. (2016). Premenstrual Syndrome and Life Quality in Turkish Health Science Students. Turk J Med Sci., 46: 695-701.

Jacobs, T.J., Charles, E. (1970). Correlation of psychiatric symptomatology and the menstrual cycle in an outpatient population. Am J Psychiatry, 126: 1504-8.

Kim, D.R., Gyluai, L., Freeman, E.W. ve ark. (2004). Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. Arch Womens Ment Health, 7: 37-47.

Kirkpatrick, M.K., Brewer, J.A., Stocks, B. (1990). Efficacy of self-care measures for perimenstrual syndrome (PMS), Journal of Advanced Nursing, 15: 281-285.

Kişnişci, H., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitap Evi, 811- 21.

Korzekwa, M.I., Lamont, J.A., Steiner, M. (1996). Late luteal phase dysphoric disorder and the thyroid axis revisited. *J Clin Endocrinol Metab*, 81 (6): 2280-4.

Landen M, Eriksson O, Sundblad C, et al. Compounds with affinity for serotonergic receptors in the treatment of premenstrual dysphoria: a comparison of buspirone, nefazodone and placebo. *Psychopharmacology (Berl)* 2001; 155 (3): 292-8

Limosin, F., Ades, J. (2001). Psychiatric and psychological aspects of Premenstrual syndrome, *Encephale*, Nov-Dec, 27 (6): 501-8.

London, R.S., Murphy, L., Kitlowski, K.E., Reynolds, M.A. (1987). Efficacy of alpha-tocopherol in the treatment of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*, 32 (6), 400-404.

Miller, M.N., Miller, B.E., Chinouth, R. ve ark. (2002). Increased premenstrual dosing of nefazadone relieves premenstrual magnification of depression. *Depress Anxiety*, 15: 48-51.

Moos, R.H. (1986). The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med*, 30: 853–67.

Nyberg, S., Andersson, A., Zingmark, E., Wahlstrom, G., Backstorm, T., & Sundstrom-Poromoa, I. (2005). The Effect of A Low Dose of Alcohol on Allopregnanolone Serum Concentrations Across The Menstrual Cycle in Women With Severe Premenstrual Sundrome and Controls. *Psyconeuroendocrinology*, 30 (9): 892-901

Oğur, P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Öner, S. (2015). Türkiye’de Yeni Parlayan Bir İntegratif Tıp Yöntemi: Homeopati. *Euras J Fam Med*, 4(1): 1-6.

Özdemir, F., Nazik, E., Pasinlioğlu, T. (2011). Determination of the motherly reactions to adolescents' experience of menarche-II, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 24: 21-4.

Özeren, S., Çorakçı, A., İzzet, Y., Mercan, R., Erhan, G. (1997). Fluoxetine in the treatment of premenstrual syndrome. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 73 (2), 167-170.

Öztürk, S., Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual sendrom ve baş etme. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 13 (3): 57-61.

Panay, N. (2005). Managing premenstrual syndrome. *Women's Health Medicine*, 2(3), 1-4.

Panay, N. (2011). Management of Premenstrual Syndrome: Evidence Based Guidelines. Elsevier Ltd. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 21 (8), 221-8.

Pearlstein, T., Stone, A.B. (1998). Premenstrual syndrome, *Psychiatric Clinics of North America*, 21 (3), 577-90.

Pearlstein, T., Steiner, M. (2008). Premenstrual Dysphoric Disorder: Burden of İllness and Treatment Update. *J Psychiatry Neurosci*, 33 (4), 291-301.

Perkonigg, A., Yonkers, K.A., Pfister, H., Lieb, R., Wittchen, H.U. (2004). Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 65 (10), 1314-22.

Perz, J. & Ussher, J.M. (2006). Women's experience of premenstrual syndrome: a case of silencing the self. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 289-303.

Pınar, G., Çolak, M., & Öksüz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and Its Effects on Life Quality. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2: 21-27.

Plouffe, L.J., Stewart, K., Craft, K.S. ve ark. (1993). Diagnostic and treatment results from a southeastern academic center-based premenstrual syndrome clinic: the first year. *Am J Obstet Gynecol*, 169: 295-303.

Posacı, C., Erten, O., Üren, A. et al. (1994). Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual tension syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 73 (6): 452-5.

Potter, J.B.A., Bouyer, J., Trussell, J., & Moreau, C. (2009). Premenstrual Syndrome Prevalance and Fluctuation Over Time: Results from a French Population-Based Survey. *Journal Of Women's Health*, 18 (1), 31-39.

Poyrazoğlu, S. (2010). Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş arası Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kayseri.

Rapkin, A. (2003). A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 28 (3): 39-53.

Reid, R.L. (1985). Premenstrual syndrome. *Curr Probl Obstet Gynecol*, 8: 1

Reid, R.L. (2017). Premenstrual Dysphoric Disorder (Formerly Premenstrual Syndrome). *NCBI Bookshelf*, 1-55.

Salamat, S., Ismail, K.M.K., & O'Brien, S. (2007). Premenstrual Syndrome. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18(2): 29-32.

Schenck, C.H., Mandell, M., Lewis, G.M. ve ark. (1992). A case of monthly unipolar psychotic depression with suicide attempt by selfburning. *Compr Psychiatry*, 33: 353-6.

Serena, S., Khaled, M.K.I., O'Brien, S. (2001). Premenstrual syndrome. *Current Obstetrics Gynaecology*, 11: 251–255.

Shye, D., Jaffe, B. (1991). Prevalance and corralates of premenstrual symptoms: a study of Israeli teenage girls, *Journal of Adolescent Health*, 12 (3), 217-224.

Steiner, M., Pearlstein, T. (2000). Premenstrual dysphoria and the serotonin system: Pathophysiology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 61 (12), 17-21.

Steiner, M., Brown, E., Trzepacz, P., Dillon, J., Berger, C., Carter, D., Reid, R., Stewart, D. (2003). Fluoxetine improves functional work capacity in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 6 (1), 71- 77.

Şahin, N.H., Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom InventoryBSI) : Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 44-56.

Tanaka, E., Momoeda, M., Osuga, Y., Rossi, B., Nomoto, K., Hayakawa, M. ve ark. (2013). Burden of menstrual symptoms in Japanese women: results from a survey-based study. *Int J Womens Health*, 6: 11-23.

Tang, So-Kum, C., Yeung, Yuen-Lan, D., Lee, Marie, A. (2003). Psychosocial correlates of emotional responses to menarche among chinese adolescent girls, *Journal of Adolescent Health*, 33: 193-201.

Targum, S.D., Caputo, K.P., Ball, S.K. ve ark. (1991). Menstrual cycle phase and psychiatric admissions. *J Affect Disord*, 22: 49-53.

Taşcı, K.D. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (6), 434-43.

Taşkın, O., Gökdeniz, R., Yalçınoglu, A., Buhur, A., Burak, F., Atmaca, R., Özekici, U. (1998). Placebo-Controlled Cross-Over Study of Effects of Tibolone on Premenstrual Symptoms and Peripheral Beta-Endorphin Concentrations in Premenstrual Syndrome. *Human Reproduction*, 13 (9), 2402-2405.

Tenkir, A., Fisseha, N., Ayele, B. (2003). Premenstrual syndrom: prevalence and effect on academic and social performances of students in Jimma University, Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 17 (3), 181-188.

Thys-Jacobs, S. (2000). Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium. *J Am Coll Nutr*, 19: 220-27.

Türkçapar, F.A., Türkçapar, H.M. (2011). Premenstrual Sendrom ve Premenstrual Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri, 14: 241-53.

Üner, M. (1996). Kadın Hastalıkları “Premenstruel Sendrom”. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Palme Yayınevi, Ankara, syf: 263-8.

Walker, A.F. (1998). Magnesium Supplementation Alleviates Premenstrual Symptoms of Fluid Retention. Journal of Women's Health, 7 (9), 1157-65.

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

Wood, C., Larsen, L., Williams, R. (1979). Menstrual characteristics of 2,343 women attending the Shepard Foundation. Aust NZ J Obstet Gynecol, 19: 107-10.

Wood, S.H., Mortola, J.F., Chan, Y.F., Moossazadeh, F., Yen, S. (1992). Treatment of Premenstruel Syndrome with fluoxetine: A double blinded placebo controlled crossover study. Obsretics and Gynecology, 80 (3): 339-44.

Vichnin, M., Freeman, E.W., Lin, H., Hillman, J., Bui, S. (2006). Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 19 (6), 397-402.

Vigod, S.N., Ross, L.E., & Steiner, M. (2009). Understanding and Treating Premenstrual Dysphoric Disorder: An Updated for the Women’s Health Practitioner. Obstet Gynecol Clin N Am., 36: 907- 24.

Yonkers, K.A., White, K. (1992) .Premenstrual exacerbation of depression: one process or two? J Clin Psychiatry, 53: 289-292.

Yörükoğlu, A. (2008). Çocuk Ruh Sağlığı (29. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.

Zamani, M., Neghab, N., Torabian, S. (2012). Therapeutic effect of Vitex agnus castus in patients with premenstrual syndrome. *Acta Medica Iranica*, 50: 101-6.



EKLER

Ek-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Esra KAYA tarafından yürütülen “Premenstrual Sendrom'da Dikkat Düzeylerinin İncelenmesi (The Review of Attention Levels on Premenstrual Syndrome).” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı adet gören kadınlarda Premenstrual Sendrom(PMS) ile dikkat eksikliği arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 25-30 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 200 kişi katılacaktır. Araştırma için size bireysel olarak doldurmanız için sosyodemografik bilgi formu, 3 adet ölçek verilecek ve araştırmacı denetiminde süreli D2 dikkat testi uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, **bütün soruları eksiksiz**, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya **i.esrakaya@gmail.com** e-posta adresi ve **05319468834** numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ **kabul ediyorum** ☐ **kabul etmiyorum** (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Ek-2

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

NO:

Lütfen ilgili şıkkı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Açık uçlu sorularda yanıt sorunun yanına yazarak belirtiniz. Kurşun kalem kullanmanız yanıtınızı değiştirmek istediğinizde size kolaylık sağlayacaktır. Lütfen anket boyunca tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız.

1.Yaşınız:

2. Medeni Durumunuz :

EVLİ BEKAR BOŞANMIŞ

3. Doğum yaptınız mı?

EVET HAYIR

4. Adet başlangıcınıza kaç gün var?

5. Kaç yaşında adet görmeye başladınız?

6. Adet görmeniz düzenli aralıklarla mı gerçekleşiyor?

EVET HAYIR

7. Ne kadar zamandır düzenli aralıklarla adet görüyorsunuz(AY VEYA YIL)?

8. Madde kullanıyor musunuz (uyuşturucu, esrar, uyarıcı haplar vb.)

EVET HAYIR

9. Sigara kullanıyor musunuz?

EVET HAYIR

10. Alkol kullanıyor musunuz?

EVET HAYIR

11. Alkol tüketiyorsanız ne sıklıkta içersiniz?

12. Hormonal bir ilaç kullanıyor musunuz ?

EVET HAYIR

13. Doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz ?

EVET HAYIR

14. Bilinen fiziksel bir hastalığınız var mı?

VAR YOK

15. Fiziksel bir hastalığınız varsa ilaç kullanıyor musunuz?

EVET HAYIR

16. Fiziksel hastalığınız için ilaç kullanıyorsanız ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

17. Bilinen psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?

VAR YOK

18. Psikolojik bir rahatsızlığınız varsa ilaç kullanıyor musunuz?

EVET HAYIR

19. Psikolojik rahatsızlığınız için ilaç kullanıyorsanız ne kadar süredir kullanıyorsunuz?

20. Geçmişte psikolojik bir rahatsızlık geçirdiniz mi?

EVET HAYIR

21. Geçmişte psikolojik tedavi için ilaç kullandınız mı?

EVET HAYIR

22. Çocukluğunuzda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı aldınız mı? EVET HAYIR

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (x) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorlanırsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıp, kıpırdanır yada el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissederseniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissederseniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

Ek-4**KISA SEMPTOM ENVANTERİ****NO:**

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı belirtilen ölçeğe göre değerlendiriniz.

BU BELİRTİLER SON BİR HAFTADIR SİZDE NE KADAR VAR

		Hiç yok	Biraz var	Orta dereced e var	Epey var	Çok fazla var
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Baygınlık, baş dönmesi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Olayları hatırlamada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11	İştahta bozukluklar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Yalnızlık hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Hüzünlü, kederli hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Ağlamaklı hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Kolayca incinebilmek, kırılmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

	NO:	Hiç yok	Biraz var	Orta dereced e var	Epey var	Çok Fazla var
23	Mide bozukluğu, bulantı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Uykuya dalmada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Karar vermede güçlükler	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Sıcak soğuk basmaları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ve etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Kafanızın “bomboş” olması	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
45	Dehşet ve panik nöbetleri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
46	Sık sık tartışmaya girmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
47	Yanlık bırakıldığında / kalındığında sinirlilik hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
50	Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

52	Suçluluk duyguları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)



Ek-5**Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)****NO:**

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE VE ADETİN İLK BİR KAÇ GÜNÜNDE

	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1-Kendimi üzgün hissediyorum	()	()	()	()	()
2-İçimden ağlamak geliyor	()	()	()	()	()
3-Canım sıkılıyor	()	()	()	()	()
4-Kendimi bezgin hissediyorum	()	()	()	()	()
5-Hiçbir şey zevk vermiyor	()	()	()	()	()
6-Her şey üzerime geliyor	()	()	()	()	()
7-Karamsar oluyorum	()	()	()	()	()
8-Derin nefes almak istiyorum	()	()	()	()	()
9-Her an kötü bir şey olacaktı gibi korkuyorum	()	()	()	()	()
10- Seslere karşı hassasiyetim artıyor	()	()	()	()	()
11-Arkamdan biri saldıracaktı gibi korkuyorum	()	()	()	()	()
12-Kendimi yorgun hissediyorum	()	()	()	()	()
13-Sanki her şey kötü olacak	()	()	()	()	()
14-Çok çabuk yoruluyorum	()	()	()	()	()
15-Anlam veremediğim korkularım oluyor	()	()	()	()	()
16-Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	()	()	()	()	()
17-Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	()	()	()	()	()
18-Her zamanki işler beni yoruyor	()	()	()	()	()
19-Kendimi sinirli hissediyorum	()	()	()	()	()
20-En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	()	()	()	()	()

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE VE ADETİN İLK BİR KAÇ GÜNÜNDE

	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
21-Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	()	()	()	()	()
22-Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	()	()	()	()	()
23-Sinirlerim geriliyor	()	()	()	()	()
24-Kendimi çok endişeli hissediyorum	()	()	()	()	()
25-Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	()	()	()	()	()
26-Kendimi değersiz görüyorum	()	()	()	()	()
27-Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	()	()	()	()	()
28-Dikkatim çok çabuk dağılıyor	()	()	()	()	()
29-Dalıp gidiyorum	()	()	()	()	()
30-Doğru düzgün düşünemiyorum	()	()	()	()	()
31-Baş ağrısı oluyor	()	()	()	()	()
32-Kaslarım ağrıyor	()	()	()	()	()
33-Eklem yerlerim ağrıyor	()	()	()	()	()
34-İştahım artıyor	()	()	()	()	()
35-Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	()	()	()	()	()
36-Daha fazla yemek yiyorum	()	()	()	()	()
37-Uykumda bölünme oluyor	()	()	()	()	()
38-Sabahları yorgun uyanıyorum	()	()	()	()	()
39-Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	()	()	()	()	()
40-Göğüslerim şişiyor	()	()	()	()	()
41-Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	()	()	()	()	()
42-Kendimi şişmiş hissediyorum	()	()	()	()	()
43-Kimseyle görüşmek istemiyorum	()	()	()	()	()
44-Uyku uyuma isteğim artıyor	()	()	()	()	()

	TN	E1	E2	CP
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

ÖZGEÇMİŞ

Esra KAYA 1985 yılında İskenderun`da doğmuş; 2003 yılında Özel Sunguroğlu Fen Lisesi`ni bitirmiştir. İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü mezunu olan Esra KAYA futbol okullarında sporculara eğitim ve psikolojik danışmanlık hizmeti vermektedir. Mesleğinde ilerlemeye olan tutkusu dolayısıyla 2016 yılında Klinik Psikoloji alanında Beykent Üniversitesi`nde yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Esra KAYA

