

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**ORTAÖĞRETİM GENÇLİĞİNDE PREMENSTRUAL SENDROM
VE MENSTRUASYON HİJYENİ**

ÖZGE ŞAHİN

**DANIŞMAN
PROF.DR. NURHAN İNCE**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI**

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

BEYAN

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

Özge ŞAHİN

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince eğitimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Bedia AYHAN ÖZYILDIRIM'a ve eğitim dönemleri boyunca emeği geçen bütün hocalarıma teşekkür ederim.

Tez çalışma dönemi boyunca vaktini, emeğini ve desteğini hiç eksik etmeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nurhan İNCE'ye teşekkür ederim.

Çalışmayı yaparken gerekli olanakları sağlayan ve kolaylaştıran babam Kasım ŞAHİN'e, tüm destekleri ve bana olan inançları için başta annem olmak üzere bütün aileme, kocaman yüreği ile her zaman yanımda olan canım arkadaşım Uzm. Dyt. İrem KAYA'ya ve Murat ÇONAK'a teşekkür ederim.

Özge ŞAHİN

İstanbul 2012

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Premenstrual Sendrom	4
2.1.1. Tarihçe	4
2.1.2. Tanım	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	10
2.1.4. Klinik	14
2.1.5. Patofizyoloji	16
2.1.6. Etyoloji.....	17
2.1.6.1. Biyolojik Faktörler	17
2.1.6.2. Psikososyal Faktörler	24
2.1.7. Ayırıcı Tanı.....	26
2.1.8. Prevalans	28
2.1.9. Tedavi.....	29
2.1.9.1. Psikoterapi.....	30
2.1.9.2. Steroid tedavisi.....	30
2.1.9.3. Diüretikler	30
2.1.9.4. Lityum karbonat	30
2.1.9.5. Trankilizanlar ve anti depresif ilaçlar	30
2.1.9.6. Pridoksin (B ₆ Vitamini).....	30
2.1.9.7. Bromokriptin	31
2.1.9.8. Danazol	31

2.1.9.9. GnRH analogları	31
2.1.9.10. Beslenme ve Bitkisel ajanlar	31
2.2. Adolesanlarda PMS Etkisi	33
2.3. PMS’de kullanılan ölçekler:	34
2.3.1. Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)	34
2.3.2. Menstrual Distres Şikayet Listesi (MDQ)	35
2.3.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)	35
2.3.4. WDHD	35
2.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	36
2.4. Menstruasyon Hijyeni	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1. Araştırmanın Şekli	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
3.3. Araştırmanın Evreni	40
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.5. Araştırmada Etik	41
3.6. Verilerin Toplanması	41
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması	41
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	43
4. BULGULAR	46
4.1. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Sosyodemografik Özellikleri	46
4.2. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Menarşa Karşı Tepkileri, Temel Menstruasyon ve Hijyen Alışkanlıkları	48
4.3. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Menstrual Şikayetler için Yapılan Uygulamalara İlişkin Düşünceleri	52
4.4. Premenstrual Değerlendirme Formuna Ait Veriler	53
5. TARTIŞMA	86
KAYNAKLAR	97
FORMLAR	112
ETİK KURUL KARARI	127
ÖZGEÇMİŞ	128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: PMS tanısında güncel yaklaşımlar	6
Tablo 2-2: Psikolojik ve fiziksel olarak sık görülen semptomlar	8
Tablo 2-3: Premenstrual Sendrom'un semptomları	15
Tablo 2-4: PMS'da semptomlu günler.....	15
Tablo 3-1: PDF alt ölçeklerine giren sorular ve alt ölçek puanlarının hesaplanması	42
Tablo 4-1: Genç kızların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerler	46
Tablo 4-2: Genç kızların sosyodemografik özelliklerine ilişkin değerler	47
Tablo 4-3: Araştırmaya katılan genç kızların menarşe karşı tepkileri.....	49
Tablo 4-4: Araştırmaya katılan genç kızların temel menstruasyon ve hijyen alışkanlıkları.....	50
Tablo 4-5: Araştırmaya katılan genç kızların menstruasyon özellikleri	51
Tablo 4-6: Araştırmaya katılan genç kızların menstrual şikayetler için yapılan uygulamalara ilişkin düşünceleri	52
Tablo 4-7: Genç kızların ilk ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı	53
Tablo 4-8: Genç kızların ikinci ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı	54
Tablo 4-9: Genç kızların üçüncü ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı	55
Tablo 4-10: İlk ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar	56
Tablo 4-11: İkinci ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar	57
Tablo 4-12: Üçüncü ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar	57
Tablo4-13: İlk yapılan PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri.....	58
Tablo4-14: İkinci kez uygulanan PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri.	59

Tablo4-15: Yapılan üçüncü PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri	60
Tablo4-16: Katılımcıların ilk uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)'ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları	61
Tablo4-17: Katılımcıların ikinci defa uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)'ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları	62
Tablo4-18: Katılımcıların üçüncü defa uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)'ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları	63
Tablo4-19: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar	64
Tablo4-20: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) yapılan PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri	65
Tablo4-21: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcıların (n=80) PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı	67
Tablo4-22: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcıların (n=80) alt ölçeklerden aldıkları puanların kümelere göre dağılımı	68
Tablo4-23: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)'ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları.....	70
Tablo4-24: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) çeşitli değişkenlere göre PMS şiddetinin dağılımı	71
Tablo 4-25: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre PMS şiddetinin dağılımı	72
Tablo4-26: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) sosyodemografik özelliklere göre PMS dağılımı.....	73
Tablo4-27: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) PMS sıklığının menstruasyonla ilgili değişkenlere göre değerlendirilmesi	74
Tablo4-28: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) menstruasyon ve menstruasyon hijyenine dair çeşitli değişkenlerinin PMS şiddetine göre dağılımı ...	76
Tablo4-29: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) banyo uygulamaları ve PMS sıklığı arasındaki ilişkinin dağılımı.....	77

Tablo 4-30: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) hijyen alışkanlıkları ve PMS sıklığı arasındaki ilişkinin dağılımı	78
Tablo4-31: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) çeşitli kişisel değişkenlerin PMS sıklığına göre dağılımı.....	79
Tablo 4-32: Birinci, ikinci, üçüncü siklus ve üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) kümelerine göre dağılımlarının karşılaştırılması.....	80
Tablo 4-33: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların bazı değişkenlere göre karşılaştırılması.....	81
Tablo 4-34: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların menstruasyonla ilgili bilgi alma durumlarına göre karşılaştırılması	83
Tablo 4-35: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların menstruasyon hijyeni ile ilgili değişkenlere göre karşılaştırılması.....	84
Tablo 4-36: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların menstruasyon hijyeni ile ilgili değişkenlere göre karşılaştırılması.....	85
Tablo5-1: Bazı çalışmaların PMS prevalans sonuçları ve çeşitli değişkenleri	89

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

APA: Amerikan Psikoloji Derneği (American Psychological Association)

Ark.: Arkadaşları

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BKİ: Beden Kitle İndeksi (BMI)

Ca: Kalsiyum

CaM: Kalmodulin (Calmoduline)

Cu: Bakır

DSM-III R: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised)

DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4. Baskı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

EPO: Çuha Çiçeği Yağı (Evening Primrose Oil)

FSH: Folikül Stimulan Hormon

GABA: Gama-aminobütirikasit

GnRH: Gonad Hormonlarını Salgılatan Hormon (Gonadotropin-releasing Hormone)

ICD-10: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Onuncu Revizyon Programı

ICPD: Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

KEY: Kronik Enerji Yetersizliği

LLPPD: Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (Late Luteal Phase Dysporic Disorder)

MDQ: Duygudurum Bozuklukları Anketi (Mood Disorders Questionnaire)

Mg: Magnezyum

Mn: Manganez

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NLM: Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine)

NPFDB: Ulusal Nüfus ve Aile Planlaması Geliştirme Kurulu (National Population and Family Development Board)

OC: Oral Kontraseptif

PDF: Premenstrual Değerlendirme Formu (Premenstrual Assessment Form-PAF)

PG: Prostaglandin

PMDB: Premenstrual Disforik Bozukluk

PMTS: Premenstrual Gerginlik Sendromu

PRL: Prolaktain Hormonu

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon(Thyrotropin-releasing Hormone)

WDHD: Women's Daily Health Diary

Zn: Çinko

ÖZET

ŞAHİN, Ö. (2012). Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrual Sendrom ve Menstruasyon Hijyeni. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Adolesan bir grup genç kızda premenstrual semptomların (PMS) görülme sıklığı, bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, genç kızların menstruasyon ve menstruasyon hijyeni konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Araştırmanın verilerini tanımlayıcı yöntemle araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak toplanmıştır. Katılımcılar şikayetlerine göre; K-Means Küme Analizi yöntemi ile “hafif”, “orta”, “şiddetli” üç ayrı kümeye ayrılmıştır. Araştırmada ilk siklusta PDF toplam puanı; $239,6 \pm 105,7$, ikinci siklusta; $220,3 \pm 115,0$, üçüncü siklusta ise $214,4 \pm 124,6$ bulunmuştur. Genç kızlara üç ay ardışık yapılan görüşmelerden elde edilen veriler, SPSS for Windows 15.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. PMS tanısı konulması için Ulusal Tıp Kütüphanesi en az üç siklus takip edilmesi gerektiğini önermektedir. Araştırmada ortaya çıkan veriler semptomların üç siklusta görüldüğü kız öğrenciler ($n=80$) üzerinden tekrar hesaplanarak değerlendirilmiş ve PDF skoru $211,6 \pm 78,2$ olarak hesaplanmıştır. Bu genç kızların %65’i hafif, %10’u orta, %25’i şiddetli PMS grubunda kümelenmiştir. Küme grupları ile PDF’nin alt ölçekleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Genel PMS (orta ve şiddetli) sıklığı %18,9 bulunmuştur. PMS tanısı konan ve konmayan grupta menstruel hijyen alışkanlıklarının aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). PMS tanısı koymak için tek bir siklusu incelemek yerine, üç siklus takip ederek değerlendirmek ve güvenilirliği artırmak gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual Sendrom, Menstruasyon Hijyeni, Adolesan, Menarş, PDF.

ABSTRACT

SAHİN, O.(2012). Menstruation Hygiene and Premenstrual Syndrome of Secondary School Adolescence. University of Istanbul. Health Science Institute. Department of Public Health. Master's Thesis. Istanbul.

Aim of this research are; evaluation of premenstrual symptoms frequency of a group of adolescence girl, evaluation of factors that effects premenstrual symptoms, evaluation of knowledge of this group about menstruation and menstruation hygiene.

Sample of this research consist of 148 adolescence girls and datas of this research are collected by “Data Collection Form” and “Premenstrual Assessment Form” (PAF) which are improved by researcher. Datas are collected from inquires which are done consecutively in three months and for evaluation of this datas SPSS for Windows 15.0 (Statistical Package for Social Siences for Windows) programme is used. Datas are divided into three cluster which are known as “weak”, ”middle” and “severe” by using K-Means Cluster Analysis Method. PAF total point results are “239.6±105.7”- “220.3±115.0”-“ 214.4±124.6” respectively at first,second and third cycle.Reliability of this results is controversial because of the changeable results. American Gynecological Diseases and Natal Union refers at least two cycle but National Medicine Library refers at least three cycle is required for PMS diagnosis. Because of this, datas are evaluated again which are taken from adolescence girls whose symptoms are seen at most at three cycle and PAF score is calculated as 211.6±78.2 points (n=80). %65 of this adolescence girls are codified as weak, %10 are codified as middle, %25 are codified as severe PMS culture. According to point average; at first cycle, a meaningful difference is present at sub-scales of adolescence girls of this research ($p<0,05$). Overall incidence of PMS %18.9 was found. By this research evaluation of three cycle is intended instead of one cycle for PMS diagnosis and for redounding reliability.

Keywords: Premenstrual Syndrome, Menstruation Hygiene, Adolescence, Menarche, PAF.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gelecek nesillerin sağlığı, gnmzde sağlığa verilen nemle doğrudan ilgilidir. Bir lkenin sağlık düzeyi ykseltilmek istendiğinde mevcut sorunların üstesinden gelmenin yanısıra ileriye dönük olarak müdahaleler planlanmalıdır. Sağlıklı toplumda kadının rolü çok önemlidir. Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psikososyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Kadın sağlığı denildiğinde, ilk olarak üreme sağlığı ve aile planlaması akla gelmektedir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ) anayasasında üreme sağlığı; “reme sistemi ve onun fonksiyonları ve işleyiş süreciyle ilgili, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (WHO 1999). Kadınların reme sağlığı sorunlarının içerisine; gebelik ve doğum komplikasyonları, infertilite, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ek olarak özellikle menstruasyonun başladığı ilk yıllarda yoğun bir şekilde yaşanan ve menstruasyon öncesi dönemde ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel semptomlar da dahil olmaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığının geliştirilmesi, yaşam süresi ve kalitesinin artırılması için kadın yaşamının tüm evrelerinin ayrıntılı bir şekilde ele alınması gerekmektedir (Fathalla 1991). Başka bir deyişle; cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile birlikte, ergenlik dönemindeki değişikliklere uyum süreci, menstrual siklusta yaşanan problemler, anormal kanama problemleri, pelvik ağrı, jinekolojik kanserler ve infeksiyonlar gibi kadının yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen sorunların bütüncül olarak ele alınması ve incelenmesi gerekmektedir.

İlk kez 1996 yılında Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) paralelinde hazırlanmış olan ve kadının statüsü ve üreme sağlığı konularının öncelikli olarak ele alınması ile oluşturulan “Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması-Ulusal Stratejik Eylem Planı”nda belirlenen hedefler doğrultusunda gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir (KSGM 2008).

Dünya Sağlık rgt (WHO) 10-19 yaş arasını “adolesan (ergenlik)”, 15-24 yaş arasını “gençlik” ve 10-24 yaş arasını “genç insanlar” dönemi olarak tanımlamıştır (UNICEF 2011). Ülkemizde, 15-24 yaş grubunun toplam nüfusu 12 milyon 542 bin kişidir. Toplam nüfusun % 16,8’ini oluşturmaktadır. Bir başka deyişle her dört kişiden birisi gençtir (TÜİK 2012). Çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak bilinen ergenlik

dönemi, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değişimler yaşadığı bir dönemdir. Bu dönem ülkemizde kızlarda ortalama olarak 10-12 yaşları arasında başlar. Kadınlar hayatlarının önemli bir kısmını menstruasyon süreci ve bu sürece yönelik fiziksel, davranışsal ve duygusal değişiklikleri içeren sorunlarla geçirmektedir (Arıkan 2004). Menstruasyon; kadınların over fonksiyonlarındaki gelişmeler sonucu üreme yeteneğinin faaliyete başladığı bir yaşam sürecidir. Menstrual siklus; menarştan menapoza kadar üremeye yönelik her ay tekrarlayan hormonal değişiklik ve adet kanaması ile karakterize edilen, tüm organizmayı etkileyen siklik değişikliklere denir. Ovaryan foliküller ve korpus luteumdan salgılanan hormonlar (östrojen ve progesteron) endometriyumda bazı siklik değişikliklere neden olurlar. Uterusun duvarındaki değişiklikler endometriyal siklusu oluşturur ve burada menstruasyon (kanın uterustan atılması) açıkça gözlemlendiği için menstrual siklus ya da menstrual periyot adını almıştır. Menstrual siklus yaklaşık 28 gün sürer ve menstrual kanamanın başladığı ilk gün siklusun 1. günü olarak kabul edilir. Kadınlarda menstrual siklusun süresi değişiklikler gösterir. Kadınların %90'ında siklusun uzunluğu 23-35 gün arasındadır. Bu süre değişikliğinin hemen hemen tamamı siklusun proliferatif fazının (foliküler faz) süresindeki değişiklikler nedeniyle olmaktadır (Moore ve Persaud 2002).

Ortalama menstrual kanama süresi adolesan kızların %80-90'ında 2-7 gün kadar olup, bir siklus boyunca kaybedilen kan miktarı da 30 ml (20-80 ml) kadardır (Hickey ve Balen 2003, Yürük 2005). Bir döngüde 80 ml'nin üzerindeki kronik kan kaybı anemiye neden olabilir. Günde 3-6 kez ped/tampon değişikliği normal olarak kabul edilmektedir (ACOG 2006). Menarş yaşı ülkeler arasında değişiklik göstermektedir; gelişmiş ülkelerde daha erken gelişmemiş ülkelerde ise daha geç olma eğilimindedir (ACOG 2006; NYAS 2008). Menstruasyon olayının algılanması kültürlerle göre farklılık göstermektedir (Turan ve Ceylan 2007). Turan ve Ceylan'a göre (2007); "Genç kızlar daha önce menstruasyon konusunda eğitim almadılarsa korku ve endişe duyabilir, çevresinden yanlış bilgiler edinebilir, hatta yaşamı boyunca sürebilecek gerginlik, utanma, korku ve huzursuzluk duyguları yaşayabilirler".

Menstruasyonun kendisi doğal bir süreç olmasına karşın kişiden kişiye değişen bazı sorunlara da sebep olabilmektedir. Kadınların en çok şikayet ettikleri sorunlardan birisi dismenoredir. Bir diğeri ise premenstrual sendrom'dur. Dismenore, menstruasyon sırasında ağrı oluşmasıdır ve ergenlerin %20-80'inde görülür. Premenstrual sendrom

ise; luteal fazda ortaya çıkan ciddi ve hayatı etkileyici davranışsal ve somatik bulgular ile karakterizedir. Döngüsel olarak beklenen bu bulgular menstruasyonların başlamasıyla hızlıca kaybolur. Bu sendromun sıklığı %2,5'e kadar bildirilmiştir. Premenstrual sendromun nedeni tam bilinmemektedir. Ancak Evliyaoğlu ve arkadaşları (2010); luteal fazda serotoninerjik etkinin azalmasına veya g-aminobutirik asit (GABA) almaç yanıtının bozulmasına bağlı olabileceğini ifade etmektedirler.

Cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışları ergenliklerinden itibaren edinmiş kişiler ileride bilinçli ve sağlıklı ebeveynler olarak hem kendi cinsel ve üreme sağlıklarını, hem de yetiştirdikleri yeni kuşakların sağlıklarını olumlu yönde etkileyebilirler. Bu bilgiler ışığı altında adolesan bir grup genç kızda premenstrual semptomların ve premenstrual sendromun görülme sıklığı, bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, genç kızların menstruasyon ve menstruasyon hijyeni konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla; bu çalışma yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrual Sendrom

2.1.1. Tarihçe

Çok eski çağlardan beri premenstrual devrede ortaya çıkan birçok semptomun varlığı bilinmekteydi. Menstruasyona ilişkin ilk tarihi metinlere Hipokrat'ın çalışmalarında rastlanmaktadır. Bununla birlikte Hipokrat'ın çalışmalarında PMS'yi açıkça tanımlayan ifade ve özdeyişlerin bulunduğu örnekler vardır. Hipokrat'tan sonra literatürdeki tanımına kadar premenstrual semptomlara ait tanımlamalar yapılmıştır. 11. yüzyıl İtalyan akademisyenlerinden biri olan Trotula De Salerno yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında Premenstrual Sendrom (PMS) ile ilgili bir değinmede bulunmuştur. Salerno PMS'u olan kadınlar için “aynı nedenden dolayı ızdırap çeken, kanaması olduğunda rahatlayan kadınlar” ifadelerini kullanmıştır. 16. yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir (Karadağ 2001, Poyrazoğlu 2010). Ancak tarihte ilk kez premenstrual sendromu; 1931 yılında, bir hekim olan Robert Frank, “Premenstrual Gerilim” olarak isimlendirmiştir. Böylece PMS; medikal ve psikoanalitik literatür içine girmiştir. 1953 yılında ise Greene ve Dalton bu durumu hem somatik hem de psikolojik faktörleri içine alan “Premenstrual Sendrom” adı altında tanımlamışlardır. Tanımlanmasından bu yana geçen süre içerisinde PMS'un epidemiyolojisi ve patolojisi tam olarak çözümlenememiştir (Berkman ve Akgül 2004; Ussher 2006). Teşhisinde spesifik laboratuvar bulgusunun olmaması, etkili tedaviyi güçleştirmektedir. Kadınlarda fiziksel, ruhsal ve davranışsal olarak olumsuz etkileri bulunan, ağır olduğu zaman sosyal hayatını etkileyen bu sendrom karşısında tedavi imkanları yetersiz kalmaktadır. (Connolly 2001; Ussher 2008).

2.1.2. Tanım

Üreme çağı içerisindeki birçok kadın menstrual siklus içerisinde birtakım değişiklikler yaşamaktadır. Bu değişiklikler fiziksel, davranışsal ve ruhsal olabilmektedir. Bu nedenle kadınların sosyal hayatını ciddi biçimde etkilemektedir. Premenstrual sendrom; menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve kadınlar için birçok probleme yol açan fiziksel, davranışsal ve ruhsal semptomlar bütünüdür (Ussher 2006; Vichin ve ark. 2006). İnsanlar arası iletişimi ve normal günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozuklukları ile karşımıza çıkan, fiziksel ve psikolojik bulguları kapsayan ve her luteal fazda siklik olarak görülen bir sendromdur (Kışnişçi ve ark. 1996; Mooney-Somers ve ark. 2008). Günümüzde Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) tanımlamış olduğu PMS, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)'ta tanımlanan Premenstrual Tension Syndrome (Premenstrual Gerginlik Sendromu, PMTS), DSM IV tanı kitabında tanımlanan Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB), birbirine benzeyen 3 farklı yaklaşımdır (Poyrazoğlu 2010).

Tablo 2-1: PMS tanısında güncel yaklaşımlar

	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.
APA DSM-IV	PMDB	Psikiyatri	Menstruasyondan önceki hafta başlar, foliküler fazın başlangıcından sonra birkaç gün içinde yatıştır. En az 5 semptom; bunlardan biri depresyon, anksiyete/gerginlik, kızgınlık/huzursuzluk olmak üzere diğer niteleyici semptomlar: Algıda azalma, konsantrasyon güçlüğü, halsizlik, uyku değişiklikleri, kontrol kaybı, iştah değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar. Çalışma hayatı, ilişkiler ve sosyal aktivitelerin etkilenmesi. Bir önceki yılda menstrual siklusların çoğunda görülmesi. En az ardışık iki siklusta gözlenmesi. Başka bir hastalığın alevlenmesiyle olmaması. Alkol ve ilaç kullanımı veya suistimali olmaması.

(Bugün en yaygın olarak kullanılan kriterler DSM –IV’te yer alan kriterlerdir).

Kadınların %80-90’ında premenstrual dönemde onu rahatsız edebilecek bir veya birden fazla semptom olabilir. Premenstrual dönemde meydana gelen değişiklikler; hafif, rahatsızlık yaratmayan, birden fazla semptomun aynı anda yaşanması şeklinde gerçekleşebilir. Ovulatuvar fonksiyonlu kadınların çoğunda, menstrual siklusun luteal fazında, normalde o kişide bulunmayan semptomlar dönemsel olarak ortaya çıkmaktadır. Bu semptomlar arasında, memelerde hassasiyet, abdominal şişkinlik ve yeme alışkanlıklarında değişiklik, sinirlilik sayılabilir. Bu semptom kompleksi kişinin normal yaşamını etkilemezse “Premenstrual Molimina” adını alır (Işık 2008). Psikiyatrik sorunu olan bazı hastalarda, semptomların premenstrual dönemde artış göstermesine de “Premenstrual Magnifikans” (PMM) denir. Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90’ında Premenstrual Molimina görülürken, kadınların %3-5’i semptomların biri veya daha fazlası hastayı ileri derecede strese sokacak düzeydedir (Acar 1996; Bosarge 2003; Baysal 2004).

Premenstrual Sendrom (PMS)'da görülen birçok semptom organik veya psikolojik hastalıklarda da görülebilmektedir (Tablo 2-2). Bu nedenle premenstrual sendromu diğer hastalıklardan ayırmak için aşağıdaki özellikler mutlaka aranmalıdır (Acar 1996; Kışnişçi ve ark. 1996).

- Semptomlar siklik olmalı ve siklusun 2. yarısında ortaya çıkmalıdır. Her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir.
- Foliküler fazda en az 7 gün tamamen asemptomatik olmalıdır.
- Menstruasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir.
- Siklik ovaryen aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenapozal ve gebelik dönemlerinde görülmez.
- Menstruasyon şart değildir. Histerektomi olmuş fakat overleri korunmuş hastalarda da görülebilir.
- Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır (Kışnişçi ve ark. 1996).

Tablo 2-2: Psikolojik ve fiziksel olarak sık görülen semptomlar

Psikolojik olanlar	Fiziksel olanlar
Depresyon	Ekstremitte ödemi
Değişken ruh hali	Ağırlık artışı
İştah açılması	Kabızlık
Kızgınlık, öfke, hiddet	Sıcak basmaları
Unutkanlık	Memelerde hassasiyet
Konsantrasyon bozukluğu	Baş ağrısı
Uyku değişiklikleri	Akne

Bu semptomların geriye dönük alınan verilerde bildirilen başlangıç yaşı ergenlik döneminin başlangıcından 20'li yaşların sonuna kadardır (Freeman ve Halbreich 1998; Pearlstein ve Stone 1998). PMS'un tanımında semptomların luteal fazda olduğu, genellikle de menstruasyondan 6-7 gün önce başladığı ve menstruasyonla bittiği vurgulanıyor olsa da Reid ve Yen yaptıkları çalışmalarda PMS'nin başlama ve süresindeki farklılıkları göstermişler ve bu farklılıkları A, B, C ve D paternleri şeklinde ifade etmişlerdir. A ve B paternleri en fazla görülenlerdir. A paterni, menstruasyondan 6-7 gün önce başlayarak menstruasyonun ilk birkaç günlerine kadar devam eder. B paterni, ovulasyonla başlayarak menstruasyonun ilk birkaç gününü içine alır. C paterni ovulasyon sırasındaki ani östrojen düşmesiyle ortaya çıkan semptomlardan kaynaklanmaktadır. D paterninde ise semptomlar ovulasyonda başlamaktadır ve folliküler fazda en az 7 gün süren semptomsuz bir devre olmaktadır (Kışnişçi ve ark. 1996).

Bazı kaynaklarda PMS ile “Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder= LLPDD) eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. PMDB kriterleri, 1987’de yayımlanan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"ın (DSM-III-R) üçüncü baskısında Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk) başlığı altında yer almaktadır. 1994’te yayımlanan “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) LLPDD tanı kriterlerine göre; B’de yer alan semptomların bir yıl içerisinde birçok menstrual siklusa, luteal fazın son haftasında görülüp, foliküler fazın başlamasıyla birkaç gün içerisinde semptomların ortadan kaybolması gerekmektedir (Müderris ve ark. 1999; Karadağ 2001).

Bazı kaynaklara göre PMS tanısı koyabilmek için aşağıdaki semptomlardan en az beşinin geç luteal fazların çoğunda görülmesi gerekmektedir (1, 2, 3 veya 4’den en az bir semptom):

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

Ortaya çıkan bu rahatsızlıklar; major depresyon, panik bozukluk, distimi (en az iki yıl süren bir depresyon türü) gibi psikiyatrik bozukluk semptomlarının ya da kişilik

bozukluklarının şiddetlenmesine bağlı olmamalıdır (Müderriş ve ark. 1999; Karadağ 2001).

Bazı kaynaklar ise; A, B, C, D kriterleri kadının kendi kendine uygulayacağı günlük çizelgelerle en az iki siklus boyunca prospektif olarak doğrulanması gerektiğini savunmaktadır (Connolly 2001; Berkman ve Akgül 2004).

PMS, DSM IV'te, "Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk" başlığı altında "Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDD)" adıyla yer almaktadır. DSM-IV'te yer alan tanıma göre; geçen yıl boyunca, menstrual siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak bir takım semptomlar (örneğin; belirgin depresif bir duygu-durum belirgin anksiyete, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma) ortaya çıkması, bu semptomların menstruasyonların başlangıcından sonraki birkaç gün içinde ortadan kalkmış olması ve semptomların iş yaşamında ya da olağan etkinliklerde bozukluklara yol açacak kadar ağır düzeyde olması ve menstruasyonlardan sonra en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gerekmektedir (Anson 1999; Ussher 2006). Literatürde PMS tanısı koymak için gerekli semptom sayısı tutarlı değildir (Connolly 2001).

2.1.3. Epidemiyoloji

Premenstrual semptomların tanısını koyarken prospektif bilgileri kullanmak, PMS ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ayrımı yapabilmek için avantajlı olabilir. Prospektif kayıtlar genel olarak çok küçük kadın gruplarıyla yapılan deneysel ve uzun süreli çalışmalarda kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında, premenstrual semptom prevalansını değerlendirmek için retrospektif kayıtların daha çok kullanıldığı görülmektedir (Logue ve Moos 1986; Ruhi ve ark. 1992). Premenstrual semptomlar genelde menarştan 2 yıl sonra başlar, menapoza kadar sürebilir. Kadının doğurganlık çağında; yaklaşık 460 siklus gerçekleşir. PMDB olan kadında her siklusun yaklaşık olarak 6,4 gününü günlük hayatı etkileyecek ciddi semptomlar yaşayarak geçirmektedir. Yani PMDB olan kadın doğurganlık çağı boyunca yaklaşık 9 yıl bu bozukluğun hasarı ile karşılaşmaktadır (Süer 2008). Bu süre kadınların yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir.

Son zamanlarda PMS; ırk, kültür ve sosyoekonomik durum göz önüne alınarak araştırılmıştır. PMS'un batı kültürüne özgü bir hastalık olduğunu düşünen araştırmacılar da vardır.

Ancak ırk ve etnik kökenin duygu-durum bozukluklarının görülüş sıklığı üzerine önemli bir etkisinin olmadığı bilinmektedir (Johnson 1987; Uğur 2008). 28 günde bir menstruasyon gören subhuman primatlarda da PMS benzeri davranışlar gözlenmiştir. Özellikle kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstruasyon siklusları daha az yaşandığı için PMS'un daha az görüldüğü saptanmıştır (Fontana ve Steven 1995). Abraham, yaptığı eski bir çalışmada, Japon kadınlarında PMS'un Amerikan, Türk ve Nijeryalı kadınlardan çok daha az görüldüğünü bildirmiştir (Chau ve Chang 1999). PMS'un gebelikten sonra başlayacağı veya biteceği hakkında güvenilir bilgiler yoktur. Bazı kaynaklara göre; PMS'u olan hastanın gebe kalınca rahatladığı ancak postpartum devrede daha kötü olduğu, yeni doğanın yükü ve ailenin büyümesinin kadının bu durumdan psikolojik etkilenmesinin bunda rolü olduğu düşünülmektedir (Baysal 2004). PMS'da genetik faktörlerin sorumlu olduğu bazı kaynaklarda belirtilmiştir. Dalton ve arkadaşları monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun (%93), dizigotik ikizlerden (%44), ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğünü saptamıştır (Neinstein ve ark. 2007). 827 çift kadın ikizde yapılan bir çalışmada menstrual ve premenstrual semptomlarda kalıtımsallık % 35-39,2 verilmektedir. Bazı çalışmalarda ise anneler ve adolesan yaşlardaki kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir (Kantero ve Widholm 1971; Stoltzman 1986; Süer 2008).

PMDB olasılığı çeşitli faktörlerle artar. Yaş, genetik taban, altta yatan affektif bozukluklar, reproduktif ve menstrual hikaye, sigara, alkol, kafein, beslenme, faktörleri, oral Kontraseptif (OC)' kullanımı, stres, eğitim seviyesi, egzersiz bu faktörler arasında yer almaktadır (Süer 2008).

Premenstrual Semptomların günlük fonksiyonlara ve tedavi arayışına etkileri ABD, İngiltere ve Fransa'da 1000 kadın üzerinde araştırıldığında;

- Bulgular ülkeler arasında benzer bulunduğu
- Yaklaşık % 80 hastada iritabilite, şişkinlik, kilo artışı önde gelen şikayetler arasında olduğu
- % 50'nin üzerinde hastanın işlerini etkilediği
- % 25'i tedavi arayışına girdiği bildirilmektedir (Süer 2008).

PMS'a psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda daha sık rastlanıp rastlanmadığı konusunda halen kesin bir yargıya varılamamaktadır. Bazı çalışmalarda PMS'u olan hastalarda, kontrol grubuna göre sadece luteal fazda daha sık depresyon görüldüğü belirtilmiştir. Bununla beraber; PMS ve endojen depresyon olguları psikolojik profiller ve kortikal sekresyon dinamiği açısından karşılaştırıldığında, endojen depresyonda görülen depresif ataklar PMS semptomları arasındaki farklılık dikkat çekmektedir (Kışnişçi ve ark. 1996). Türkiye'de bu konuda kız ergenlerle yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Dereboy ve arkadaşlarının yaptıkları yaş ortalaması 19,3 olan (16-28) 205 hemşirelik öğrencisi arasında premenstrual değerlendirme formu (PDF)'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının sonuçları bu çalışmalardan biridir (Dereboy 1994). Okuluna devam etmekte olan 406 kız öğrenci üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada ise; PMS sıklığı %17,2 çıkmıştır. PMS görülme durumunun aile öyküsü ve dismenore olma durumuna göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, ilk adet yaşına ve adet düzenine göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Premenstrual sendromu olan öğrencilerin bu şikayetleri bir sağlık kuruluşuna başvurma yüzdeleri %17,1 iken, bu yüzde PMS'u olmayan öğrencilerde %6,2'dir (Karavuş ve ark. 1997). Müderris ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları şikayetleri için kliniğe başvurusu olmayan 18-25 yaş arasındaki 230 yüksekokul öğrencisinde DSM-IV kriterlerine göre premenstrual disforik bozukluk prevalansı %8 olarak bulundu. Öğrenci grubunun semptomlarının şiddeti, tedavi arayışı içinde olan ve önceden premenstrual disforik bozukluk teşhisi konulmuş 28-43 yaşlar arasında 13 kadından oluşan ikinci grubun semptomları ile karşılaştırıldığında yüksekokul öğrencilerinden oluşan grupta premenstrual dönemde içe kapanma ve aknedden şikayet daha şiddetli iken, daha yaşlı olan kadın grubunda baş ağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ile konsantrasyon bozukluğu daha şiddetli bulundu. Müderris ve arkadaşlarının bu çalışmasının bulguları; premenstrual disforik bozukluğun 30 yaş altındaki kadınlarda da görülebileceğini, ancak yaşla bazı semptomların değişebileceğini ve ağırlaşabileceğini düşündürmektedir (Müderris ve ark. 1999).

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 19-49 yaş grubu, 254 kadında yürütülmüş olan bir çalışmaya göre kadınların % 20,1'inde PMS saptanmıştır. %91,7 kadında ise premenstrual dönemde az veya çok semptom olduğu bulunmuştur. En sık görülen semptomların başında, bel ağrısı, gerginlik-huzursuzluk, sinirlilik, öfke,

karında şişlik ve memede hassasiyet gelmektedir. 30 yaş altı kadınlarda, evlilerde, hemşirelerde, hiç çocuğu olmayan ve bir çocuğu olanlarda, agresif saldırgan kişilik yapısına sahip olanlarda PMS sık görülmekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunamadığı ve yine çay, kahve ve kola içme, şekerli gıdaların tüketilme oranının PMS ile doğru orantılı olduğu belirtilmektedir. Menarş yaşı, adet düzeni, adet sancısı olanlarda, ailesinde benzer şikayetler olanlarda ve içilen sigara miktarıyla doğru orantılı olarak PMS anlamlı ölçüde yüksek bulunmuş ve buna ek olarak premenstrual semptomları olan kadınların %70,3'ü, bu dönemde iş verimliliğinin azaldığını ifade etmektedir (Demir ve ark. 2005).

Mayıs 2000'de 357 katılımcının %51,8'i sağlık %48,2'si normal lise öğrencisini içeren bir populasyon üzerinde yapılan bir çalışmada; menstruasyona ilişkin en sık görülen yakınmalar arasında karında ve kasıkta ağrı ve kramp (%45,9), karında gerginlik ve şişme (%45,6) ve kendini yorgun, uyuşuk hissetme, kolay yorulma (%43,9) yer almaktadır. Çalışmada PMS sıklığı %42,7 olarak saptanmıştır. Çalışmada Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması $20,5 \pm 2,4$ olan katılımcıların %16,5'u kronik enerji yetersizliğine sahip (KEY), %3,9'u fazla kilolu ve %0,2'si şişman bulunmuştur (İnce 2001).

PMS'ye ilişkin değişiklikler, sporcularda sedanter gruptan istatistiksel olarak daha az görüldüğü yapılan çalışmalarla desteklenmektedir. Bayram'ın 1997 yılında sporcularla yaptığı çalışmada; sporcularda dismenore görülme oranı sedanterlere göre daha az bulunmuştur. Depresyon semptomları görülme sıklığının artmasıyla birlikte PMS değişiklikleri daha şiddetli yaşanmaktadır (Bayram 2007).

Derman ve arkadaşlarının (2004) 171 adolesan kız ile DSM-IV tanı kriterlerini kullanarak yaptıkları çalışmada, örneklem grubunun %61,4'ünde PMS olduğunu saptamışlar. Bunların %49,5'inin hafif, %37,1'inin orta, %13,4'ünün şiddetli düzeyde premenstrual semptomları yaşadıklarını belirlemişlerdir.

Cohen ve arkadaşları (2002), Amerika'da 36-44 yaş arası 4164 kadına PMS prevalansını belirlemek amacıyla Mood Disorders Questionnaire (MDQ) uygulamışlar, kadınların %6'sında şiddetli PMS olduğunu bulmuşlar.

Silva ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2006), kadınların %60,3'ü premenstrual semptomlardan yakınmaktadırlar. Semptomlardan yakınan kadınların

%50'den fazlası huzursuzluk, abdominal şişkinlik, sinirlilik, baş ağrısı, yorgunluk ve meme ağrısından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (Silva ve ark. 2006).

2.1.4. Klinik

Bazı kaynaklara göre PMS'un semptomlarının sayısı 150'yi bulmaktadır (Harrison ve ark. 1985; Schreiner-Engel P, Schiavi 1986; Both-Orthman ve ark. 1988; Denicof ve ark. 1990; Dersko 1990; Lurie ve Borenstein 1990; Bendich 2000). Tablo 2-3'te de gösterildiği gibi premenstrual dönemde ortaya çıkan semptomlar; somatik ve ruhsal olarak ikiye ayrılmaktadır. En sık rastlanan somatik semptomlar, göğüslerde şişkinlik, gerginlik, hassasiyet ve ağrı, karında şişlik, pelvik ağrı, vücut ağırlığının artması, baş ağrısı, enerji kaybı, halsizlik, astım, alerjik durumlar epilepsi ve migren gibi kronik hastalıkların alevlenmesi, cilt bozuklukları, adele ağrılarıdır. Ruhsal semptomlarda ise irritabilite, distort, konsantrasyon ve koordinasyonda bozulma, agresivite, depresyon, anksiyete, ağlama isteği ve ağlama nöbetleri, mizaç dalgalanmaları, iştah değişiklikleri (belirli gıdalara karşı iştah artışı), gerginlik, uyku bozuklukları (uykuya dalmada güçlük veya derin uyku süresinin azalması), libido değişiklikleri (cinsel ilişkide bulunamayacağı hissi ve cinsel isteksizlik), işe ve sosyal ilişkilere karşı isteksizlik, kontrolünü kaybetmiş gibi hissetme, şüphcilik, unutkanlık ve vücut algılanmasından değişikliklerdir (True ve ark. 1985; Goodale ve ark. 1990; The Jean Hailes Foundation; Mishell 2005; Derman ve ark. 2006)

Tablo 2-3: Premenstrual Sendrom'un semptomları

1.	Affektif Semptomlar:	Üzüntü, huzursuzluk, gerginlik, anksiyete, kızgınlık, öfke, iritabilite, ajitasyon, depresyon, labil ruh hali.
2.	Kognitif Semptomlar:	Konsantrasyon bozukluğu, kararsızlık, unutkanlık.
3.	Diğer psikiyatrik durumlar:	İntihara eğilim, kuşkuculuk.
4.	Ağrı:	Baş ağrısı, memelerde hassasiyet, kas ve eklem ağrıları.
5.	Nörovejetatif semptomlar:	İnsomnia, hipersomnia, anoreksia, iştah artışı, halsizlik, konfüzyon, letarji, libido değişiklikleri.
6.	Davranışsal semptomlar:	Motivasyon azalması, toplumdan kaçma, işten kaçma, iş verimliliğinin azalması.
7.	Otonomik semptomlar:	Bulantı, konstipasyon veya diare, çarpıntı, terleme, sıcak basmaları.
8.	Santral sinir sistemi:	Baş dönmesi, parestezi, tremorlar.
9.	Sıvı-elektrolit:	Abdominal şişkinlik, ağırlık artışı, ekstremitte ödem, oligüri.
10.	Dermatolojik:	Akne, cilt ve saçlarda yağlanma, saçların kuruması, hirsutismus.

Tablo 2-4: PMS'da semptomlu günler

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

PMS'un alt gruplarını içeren çeşitli sistemler öne sürülmüştür. Abraham ve Hangrove ise, PMS'u predominant semptomuna göre 4 gruba ayırmıştır:

1.PMS-A: Anksiyete, huzursuzluk, sinirlilik, gerginlik

2.PMS-H: Kilo alma, mastalji, karında şişme, ödem

3.PMS-C: İştah artması, tatlılara istek, migren, yorgunluk

4.PMS-D: Depresyon, unutkanlık, kolayca ağlama, konfüzyon (True 1985; Hargrove ve Abraham 1992). PMS'u 18 alt gruba ayıran araştırmacılar da vardır (Dereboy ve ark. 1994). PMS'un etyolojisinin henüz tam olarak bilinmemesi PMS'lu hastalara

çoğunlukla yanlış tanı konmasına neden olabilmektedir (Spitzer ve ark. 1989). PMS tanısını düşünmeden önce, tam bir psikiyatrik ve fiziksel anamnez ile muayene, yanlış tanıyı önleme için önem taşımaktadır. PMS ile ilgilenen pek çok psikiyatrist ve araştırmacı, mizaç boşlukları ve diğer ruhsal semptomların hakim olduğu PMS vakalarını, fizik semptomlarla giden PMS vakalarından ve özellikle premenstrual dönemde alevlenen kronik psikiyatrik bozukluklardan ayırt etmek için diagnostik kriterlerin bulunması gerektiğine inanmaktaydı. Bu kriterlerin tanımlanması ile PMS teriminin klinikte yerli yersiz kullanımının minime ineceği, tanı konarken ve klinik değerlendirme yaparken oluşacak hastaların önleneyeği düşünülmekteydi. PMS ile ilgili olarak yapılan pek çok çalışmanın yararlılığı, kullanılabilirliği, bulguların genelleştirilmesi, denek ve vaka seçiminde belli kriterlerin olmayışı nedeniyle sınırlı kalmaktaydı. Bütün bu sebeplerden dolayı, 1985'de Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-III R sınıflamasına mizaç bozukluklarının predominant bir tablo olduğu PMS vakaları için kategori eklenmiştir. Hastalığın tanımında da belirttiğimiz üzere "Geç luteal faz disforik bozukluğu" adı altında, A, B, C, D, E şeklinde 5 grupta, diagnostik kriterler toplanmıştır. A'da menstrual siklusun ilgili fazı, B'de hastalığın semptomları, C'de bozukluğun ağırlık derecesi D'de ayırıcı tanı ve E'de günlük takiplerle bağlantısı üzerinde durulmaktadır. B'de 10 semptom yer almaktadır, tanı için bunlardan 5 tanesinin bulunması ve semptomlardan en az birinin bir mizaç bozukluğu olması gereklidir ki bu belirgin affektif labilite, dirençli öfke hali, belirgin anksiyete veya belirgin depresyon olabilir. Fiziksel semptomlar da mevcuttur. Ancak davranışsal semptomlara göre daha az ağırlıklıdır (Ruhi ve ark. 1992). PMS'un semptomik günleri Tablo 2-4'te gösterilmiştir.

2.1.5. Patofizyoloji

PMS'un ovaryen steroid hormonlar, endojen opioid peptidler, santral nörotransmitterler, prostoglandinler ve periferik otonomik ve endokrin sistemler arasında kompleks olan ve az bilinen bir etkileşimin sonucu meydana geldiği sanılmaktadır. Ovulasyonlu sikluslar, çeşitli endokrin faktörlerin değişimiyle PMS'un başlangıcını oluşturmaktadır. Bugüne kadar PMS'un patofizyolojisini açıklayan tek bir etken gösterilememiş olup birçok faktör suçlanmış ve 50 yıldır bu konuda sürdürülen çalışmalar sonuçsuz kalmıştır (Dickerson ve ark. 2003).

2.1.6. Etiyoloji

PMS'nin nedeni tam olarak belli değildir. Vücutta meydana gelen fiziksel, kimyasal değişikliklerin bir yansıması olarak düşünülebilir. Psikosomatik nedenler belirtilerin ortaya çıkmasında etkin roller üstlenmektedirler. PMS'nin etiyolojisini açıklayan teoriler psikososyal ve biyolojik esaslara dayanmaktadır (Dickerson ve ark. 2003; Rosenfeld ve ark. 2008; Yücel ve ark. 2009).

2.1.6.1. Biyolojik Faktörler

2.1.6.1.1. Gonadal Hormonlar ve Nörosteroidler

İlk kez 1931 yılında Frank, kanda östrojenin normalden yüksek olmasının PMS'a neden olduğunu ve bu durumun ofektomi ve radyasyonla azaltılabileceğini öne sürmüştür. 1950 yılının ortalarında Dalton luteal fazda progesteron yetmezliğinden bahsederek progesteron kullanılmasını önermiştir. PMS tedavisinde uzun yıllar progesteron kullanılmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmaların hiçbirinde plasebo grubu ile karşılaştırma yapılmamıştır. Daha sonra plasebo grubu kurularak progesteronla yapılan çalışmalarda başarı elde edilemediğini bildiren kaynaklar bulunmaktadır (Acar 1996). PMS patogeneğinde kesin bir hormonal dengesizlik ortaya konamamıştır. Daha çok normal menstrual siklus hormonal aktivitesine karşı santral sinir sisteminde artmış bir duyarlılığın söz konusu olduğunu düşündürmektedir (Halbreich 2003). Yapılan deneysel çalışmalarda, PMS'lu kadınlarda progesteron metabolizmasında değişiklikler olduğu ve ortaya çıkan semptomların beynin buna cevabı olduğu öne sürülmektedir. Bu mekanizma kısaca şöyledir: Progesteron metabolizmasında 2 psikoaktif madde vardır: Allopregnanolone ve Pregnenolone. Bunlar kan-beyin bariyerini geçebilmektedirler. Allopregnanolone santral sinir sisteminde üretilir ve Gama-Aminobütirik Asit A (GABA-A) reseptörlerini stimüle eder, serotonin reseptörlerini düzenler ve depresyon, anksiyete semptomlarını azaltır (Rasgon ve ark. 2001). PMS'lu kadınların luteal fazında Allopregnanolone seviyesinde anlamlı bir düşüş vardır. Bu nedenle PMS'u olan hastalarda ruh halindeki değişim semptomlarını belirlemede Allopregnanolone'dan yararlanılır (Rapkin ve ark. 1997). Pregnenolone ise GABA-A reseptörlerini inhibe eder ve anksiyete semptomlarını önler.

Sundstrom ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada progesteron ve GABA-A reseptörlerinin premenstrual dönemde yaşanan anksiyete ve depresyon şikayetlerinin etyolojisinde rol oynadığı belirtilmiştir (Gulinello ve ark. 2001).

2.1.6.1.2. Nörotransmitterler

2.1.6.1.2.1. Serotonin

Depresyonda Merkezi Sinir Sistemi (MSS)'de serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir (Özkürkçügil ve Kırılı 1998; Albayrak ve Ceylan 2004). PMS'da da depresyon olduğuna göre luteal fazda bir serotonin eksikliği olup olmadığı sorusu akla gelmektedir. PMS'u olan kadınların serotonin seviyeleri inceleyen araştırmalarda kadınların luteal fazlarında benzer değişikliklere rastlanmıştır (Gökçe 2006). Potent bir serotonin re-uptake inhibitörü olan fluoxetine ile yapılan bazı çalışmalarda PMS semptomlarında iyileşme olduğu söylenmektedir (Dimmock 2000; Brown ve ark. 2009). Özeren ve arkadaşları (1997) fluoxetine tedavisi ile PMS semptomlarında dikkate değer bir iyileşme görüldüğünün üzerinde durmuşlardır. Steiner ve arkadaşlarının (2003) 320 kadınla yaptığı çalışmada fluoxetine tedavisinin Premenstrual Disforik Bozukluğu olan kadınlarda çalışma kapasitesini arttırdığı belirtilmektedir. Buspirone, dopamine, fenfluramine ve fluoxetine gibi serotonerjik ilaçlarla da aynı sonuçlar alınmıştır (Halbreich ve ark. 1993).

Sıçanlarda yapılan çalışmalarda da östrojen ve progesteronun santral serotonerjik nöral aktiviteyi etkilediği gösterilmiştir (Berkman ve Akgül 2004). Östrojenin hipotalamusta serotonine ait diurnal paternini oluşturduğu, progesteronun ise serotonin turn-over'ını hızlandığı bilinmektedir (Gereau ve ark. 1993). PMS'da kanda ve trombositlerde serotonin up-take'inin azaldığı bildirilmiştir (Berkman ve Akgül 2004).

2.1.6.1.2.2. Endojen opiat peptidler

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren peptid yapıdaki hormonlardan olan endorfinler biyogenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek, davranışlarda, uyku durumunda, ısı regulasyonunda ve bağırsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Akut opiat kesilmelerinde hiperirritabilite ve agresivite

gibi semptomların geliştiği bilinmektedir. Normal menstrual siklusta β -endorfin luteal fazda artmaktadır, folikuler fazda ise azalmaktadır (Veith ve ark. 1984; Taşkın ve ark. 1998; Goldman 2000). Giannini ve arkadaşları (1990) PMS'lu hastaların kan beta (β)-endorfin düzeylerini 1. ve 22. günlerde ölçmüş ve 22. günde β -endorfin düzeylerini daha düşük bulmuştur. Periovulatar aşamada periferik β -endorfin seviyeleri değişikliklerin premenstrual sendrom (PMS) semptomları ile ilişkili olup olmadığını belirlemek için yapılan başka bir çalışmada, beta-endorfin seviyeleri periovulatar faz boyunca PMS hastalarında kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Chuong ve ark. 1994). Facchinetti ve arkadaşlarının (1987) yaptığı çalışma ise, Premenstrual dönemde asemptomatik kadınların β -endorfin düzeylerinde değişim olmadığını fakat PMS'li hastalarda luteal fazda düşüş yaşandığını ortaya koymaktadır. PMS'da luteal fazda beta endorfinlerin düşmesi ile kişinin kendi beta endorfinlerine karşı yoksunluk sendromunun oluştuğu belirtilmektedir. Bu durum ortamdaki progesteronun Santral Sinir Sistemi (SSS)'ndeki östrojen reseptörlerini bloke ederek hipoöstrojenik bir ortam yaratması ve β -endorfin düşmesi ile açıklanmaktadır. 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 (Baysal 2004; Cabioğlu ve Ergene 2006).

2.1.6.1.2.3. GABA (Gama amino butirik asit):

Allopregnanolonun PMS'de önemli rol oynadığı kanıtlanmıştır. Bu hormondaki düzensizlikler GABA seviyelerini de düşürür, bu durum kişilerde anksiyete, depresyon ve ajitasyon ile ilişkilendirilmiştir. GABA aktivitesi major depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunda hastaların bir kısmında düşük olarak bildirilmektedir. PMDB'li olgularda da GABA'nın menstruasyon sırasında düşük olduğu bulunmuştur (Backstorm 2007).

2.1.6.1.2.4. Prolaktin (PRL)

Prolaktin hormonunun primer olarak memeler üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir (Onuray 2005). Bu nedenle premenstrual dönemdeki meme semptomları üzerinde prolaktinin rolü olabileceği düşünülmektedir (Lombardi 2004). Hipofiz bezi tarafından salgılanan Prolaktin hormonunun (PRL) meme bezlerini aşırı düzeyde

uyarması ile özellikle göğüs ağrısı gibi bazı PMS belirtilerinin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Ovulasyon ve luteal fazda PRL seviyeleri artmaktadır. PMS'lu olgular üzerinde prolaktin düzeyi ile ilgili Halbreich ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, menstrual siklus boyunca PMS'lu kadınların kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Halbreich ve ark. 1976). Östrojen/progesteron hipotezi gibi prolaktininde, PMS'nun etkeni olduğu söylenemez (Backstorm ve Aakvaag 1981; Gökçe 2006).

2.1.6.1.3. İnsülin

Hormon seviyelerinde dalgalanmalar adet döngüsü boyunca ortaya çıkmaktadır. Bu dalgalanmalar kan şekeri kontrolünü etkileyebilir. Östrojen düzeyleri yüksek olduğu menstruasyon dönemlerinde, vücut insüline direnç gösterebilir. Birçok kadında menstruasyondan önceki kan şekeri seviyeleri menstruasyon dönemi ve sonrasına göre daha yüksek olma eğilimindedir. Östrojenin insülin duyarlılığını arttırdığı bilinmektedir. Bu bilginin ışığında, monositlere insülin bağlanması, Östradiol ve progesteron ile ilişkilidir. Sınırlı veriler, premenstrual evrede karbonhidrat toleransının artabildiğini düşündürmektedir (Halbreich ve ark. 1988). Bu sonuç, premenstrual dönemde bazı kadınlar tarafından şekerli yiyecekler yeme isteğinin artma sebebini açıklayabilir.

Hem oral hem intra venöz glukoz tolerans testleri, menstrual siklusun değişik fazlarında uygulanarak insülin, glukoz, glukagon düzeylerine bakılmış, kontrol grubuyla bir farklılık saptanmamıştır (Denicoff ve ark. 1990).

2.1.6.1.4. Tiroid

Hipotroidi PMS'lu hastaların %94'ünde subklinik olarak görülmekte, tiroid hormonu (TRH) verildiğinde semptomlar düzelmekte olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Schmidt ve ark. 1993; Korzekwa 1996).

2.1.6.1.5. Prostaglandin

Esansiyel yağ asidi linoleik asit, prostoglandinlerin sentezinde gereklidir (Abraham 1983). PMS'lu kadınlarda linoleik asidin gama-linoleik aside dönüşümündeki bir eksiklik olduğu ileri sürülmüştür. Evening Primrose Oil (EPO) %9 oranında gamalinoleik asit içermektedir. Bu nedenle gama-linoleik asit kaynaklarından biri olan çuha çiçeği yağının (EPO) semptomların iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir

(Budeiri ve ark. 1996). Bu ilaçla kompetitif bloğun yok edilebileceği düşünülmüştür. Bazı çalışmalarda da Prostaglandin (PG) inhibitörü olan mefenamik asidin verilmesi ile PMS'un bazı semptomlarının düzeldiği görülmüştür. Burada çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır. Zira hem PG yapımında kullanılan hem de PG yapımını inhibe eden zıt iki ajanın PMS semptomlarını düzelttiği söylenmektedir. PG'lerin de β -endorfinleri etkilediği düşünülmektedir (Puolakka ve ark. 1985; Budeiri ve ark. 1996; Berkman ve Akgül 2004).

2.1.6.1.6. Sıvı Retansiyonu

İlk kez 1941'de Greenhill ve Freed over steroidlerinin etkisinde PMS'lu kadınlarda sodyum retansiyonunun arttığını ileri sürmüşlerdir (Greenhill ve Freed 1941). Abdominal şişkinlik ve sıvı retansiyonu PMDB'de sıklıkla görüldüğünden mineralokortikoid değişikliklerinin etyolojide önemli olabileceği düşünülmüştür. Şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetleri hiperaldosteronizme bağlanmış, ancak PMDB'li kadınlar ve kontrolleri arasında aldosteron düzeylerinde herhangi farklılık gösterilememiştir. Bazı kaynaklarda premenstrual dönem içerisinde deride suyun kapiller filtrasyon katsayısında artış ve plazma onkotik basıncındaki azalmayla intravasküler sıvının interstisiyel alana geçme eğilimi olduğu bildirilmektedir (Şatıroğlu 1990).

2.1.6.1.7. Vitamin ve mineraller (Pridoksin, Kalsiyum, Magnezyum ve Çinko)

Çinko'nun (Zn), emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini düşündüren bazı mekanizmalardan söz edilmektedir. SSS'deki nörotransmitterlerin değişiminde rol oynar. Prolaktin; invitro olarak, Büyüme Hormonu (GH) ve Luteinizan Hormon (LH)'un sekresyonunu ve sentezi değiştirmektedir. Zn; endometriumun progesteronu bağlamasında rol oynamaktadır (Sato ve Henkin 1973; Belgemen ve Akar 2004). Chuong ve Dawson (1994), PMS'lu hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, PMS'lu hastaların luteal faz içerisindeki Zn seviyelerinin foliküller fazdan daha düşük bulmuşlardır. Yine aynı çalışma sonucunda; serum proteinlerinin yapımı açısından çok önemli olan Bakır (Cu), ince bağırsaklardan Çinko ile birlikte emilmesi nedeniyle; Çinko yetersizliği protein yapımı açısından önem taşımaktadır. İlk kez 1983 yılında Abraham, PMS

etyopatogenezinde Magnezyum (Mg) yetmezliğini öne sürmüştür (Berkman ve Akgül 2004). Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İyon değişimlerini düzenler. PMS'den etkilenen kadınların eritrositlerinde Mg seviyesi düşüktür (Facchinetti 1991). Hipomagnesemili hastalarda değişik sistem bozukluklarına bağlı bulgular (Santral Sinir Sistemi, Nöromuskuler Sistem, Kardiovasküler Sistem, Gastrointestinal Sistem ve Kemik gibi) ortaya çıkabilir (Bayraktar 1990). Klinik olarak Mg eksikliğinin erken semptomları arasında; iştahsızlık, bulantı, kusma, letarji ve halsizlik sayılabilir. Mg eksikliğinin şiddetlenmesi durumunda, parestezi, kas krampları, iritabilite, dikkatte azalma ve mental konfüzyon görülmektedir (Özgürtaş ve Kutluay 2002).

PMS'lu hastalar Magnezyum desteğine olumlu yanıt verirler (Steiner 2000). Çift kör randomize bir çalışmada günde 3x1 toplam 360 mg Magnezyum (Mg) siklusun luteal fazında kullanıldığında, 3 aylık tedavi sonrası plaseboya göre faydalı bulunmuştur (Facchinetti 1991; Süer 2008).

Rosenstein'ın (1994), Quaranta'nın (2007) ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda da öncekilerle uyumlu olarak, PMS'lu kadınlarda Mg seviyesini düşük bulmuşlardır. Fakat yapılan bazı çalışmalar bunun aksi yönde sonuçları ortaya koymuşlardır. Örneğin Walker ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları deneysel çalışmalarda Magnezyum tedavisinin premenstrual semptomlar üzerinde farklı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Over hormonları Ca, Mg ve Vitamin D üzerinde etkili olmakla beraber Östrojenin; Kalsiyum metabolizması, ince bağırsaklardan Kalsiyum'un emilimi ve Paratroid hormonun salgılanması üzerinde etkinliği vardır. Hipokalsemi de var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'da da olması, PMS'un etyolojisinde Kalsiyum'un rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Thsy-Jacobs 2000). Klinik bir çalışmada, diyetlerine her gün 5,6 mg Manganez (Mn) eklenen kadınlarda sadece 1 mg Manganez yiyenlere göre ruh hali değişimi şikayetleri daha az görülmüştür. Bu sonuçlar, Manganez açısından zengin bir diyetin, PMS belirtilerini azaltmaya yardımcı olabileceğini düşündürmektedir (Bendich 2000). Bir başka klinik çalışmada ise 46 PMS'u olan ve 50 PMS'u olmayan kadından PMS'u olan kadınların kan Kalsiyum, Krom, Bakır ve Manganez düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuş ve PMS'un etyolojisinde Mg/Ca oranının etkili olduğu öne sürülmüştür (Shamberger 2003). Thsy-Jacobs (2000) PMS'u olan kadınlarda luteal

fazda Kalsiyum ve Vitamin D eksikliği olduğunu öne sürmüş, bu kadınlara dışarıdan Kalsiyum preparatı verildiğinde premenstrual dönemde yaşadıkları somatik ve duygudurum semptomlarında azalma olduğunu saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada ise yüksek Ca ve D vitamininin PMS riskini azaltabileceği sonucuna varılmıştır. Hatta osteoporoz ve çeşitli kanser faktörleri düşünüldüğünde her yaşta kadının kullanması yararlı bulunmaktadır (Bertone-Johnson ve ark. 2005). Thys-Jacobs ve arkadaşları (2002) 466 PMS tanısı alan kadınla yaptıkları çalışmada 3 menstrual siklus süresince günde 1200 mg Kalsiyum vererek, Kalsiyum'un yan etkileri ile semptomların şiddetini günlük olarak değerlendirdikleri çalışma sonucunda semptomların %48 oranında azaldığı bulunmuştur. PMS'un vitaminlerle de bağlantılı olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle B6 vitamini ve PMS ilişkisini destekleyen çalışmalar yoğunluktadır. Vitamin A ve PMS arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Vitamin A düzeyleri düşük olan PMS'lu hastalara dışardan A vitamini preparatı vermişler ve daha sonra premenstrual dönemdeki semptomları gözlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda A vitamininin semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Chuong ve ark. 1990).

B₆ vitamini (piridoksin) bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktör olarak rol oynar. Ayrıca vücutta Mg düzeyini ayarlar (Demircioğlu ve Yabancı 2003). PMS'un bazı semptomlarını Dopamin, Serotonin ve Prostaglandin biosentezinin son basamağında bir koenzim rolü oynadığından B₆ düzeyindeki azalma nedeniyle ortaya çıkabilir (Mayo 1999). Abraham ve Hargrove (1980) PMS'lu üç ardışık menstrual siklusa B6 vitamini alan (500 mg/gün) 25 kadından 21'inde klinik yarar sağladıklarına dikkat çekmişlerdir. Oral kontraseptiflerdeki östrojenin neden olduğu pridoksin yetersizliği; Merkezi Sinir Sistemi'ndeki biyojenik aminlerin sentezinde inhibisyona neden olur. Araştırmacılar bu yetersizliğin depresyona neden olabileceğinin altını çizmektedir. Bu nedenle oral kontraseptiflerin piridoksin ile kullanımını tercih etmek daha uygun olabilir (Winston 1973). B₆ vitaminin uygun dozlarda alınması da oldukça önemlidir. PMS semptomlarını gidermek için yüksek dozda kullanılan B6 vitamininin nöropatiye ve nörotoksisiteye sebep olduğu ifade edilmektedir (Gaby 1990).

Vitamin E'nin PMS'lu hastalarda ruhsal ve fiziksel durumlarda iyileşme gösterdiği randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir (Chuong 1990; Wallin ve Rissanen 1994). Günlük 600 IU (International Units) Vitamin E alınması özellikle göğüs ağrısı ve

gerginlik olmak üzere PMS'un fiziksel semptomlarını azalttığını, santral nörotransmitterleri veya prostaglandin sentezini düzenlediğine dikkat çeken kaynaklar vardır. Bu nedenle gama-lineloik asit kaynaklarından biri olan çuha çiçeği yağının semptomların iyileştirilmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Budeiri 1996).

2.1.6.1.8. Genetik Yatkınlık:

PMS'un monozigot ikizlerde dizigotik ikizlerden daha fazla görülmesi ve adolesan kızlar ile annelerinin PMS semptomlarının benzer olması genetik faktörler akla gelmektedir. Treloar ve arkadaşlarının (2002) Avusturalya'da 12 ay boyunca 720 ikizi takip ettikleri çalışmada premenstrual semptomlarda genetik yatkınlığın etkili olduğunu bulmuşlardır.

2.1.6.2. Psikososyal Faktörler

PMS bazı otörler için en sık görülen hastalıklardan biri olmasına karşın, bazı otörlere için ise bir hastalık değil, fizyolojik değişikliklerin ortaya çıkmasıdır. Bu durumun en önemli nedeni, sıklıkla görülmesidir (Demir ve ark. 2005). Klinisyenlerin bir kısmı premenstrual dönem sırasında psikiyatri kliniklerine başvurularda artış olduğunu bildirmiştir (Targum ve ark. 1991). Kadınların % 30 ile %90'ı arasında bazı fiziksel ya da duygusal premenstrual semptomların görüldüğü rapor edilmiştir. Ancak bunların %2 ile %15'i hayat kalitesini düşüren semptomlardır. Menstrual ve premenstrual tutum ve davranışlar bütün toplumu etkilemektedir. Bunun yanı sıra sosyokültürel farklılıklardan da etkilenir. Etnik köken, kentleşme, medeni durum, eşitlik, eğitim ve meslek gibi birçok faktör bu sosyokültürel farklılıklar içerisinde yer almaktadır (Marvan ve Escobedo 1999). Marvan ve arkadaşlarının (1998) Meksikalı kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada daha yüksek örgün eğitim görmüş kadınların premenstrual dönemde, düşük örgün eğitim görenlerden daha ağır semptomları olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Premenstrual semptomlar hakkında bilgisi olan ve sikluslarının premenstrual dönemlerini takip eden kadınların negatif premenstrual semptomları daha çok yaşadıklarını saptamışlardır. McMaster ve arkadaşlarının (1997) Zimbabveli kadınlar arasında yaptıkları araştırmaya göre

çalışmayan kadınlar bir kadın akrabası, profesyonel kadınlar genellikle okul arkadaşları, öğretmenleri ya da medyadan menstruasyon hakkında bilgi almaktadırlar. Premenstrual şikayetler açısından kültürlerarası farklılıklar mevcuttur. Premenstrual semptomların prevalansı, Japon kadınlarında Türk ve Amerikan kadınlarına göre daha düşük çıkmıştır (Woods ve ark. 1982). Araştırmacıların; kadının kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlarla ilişkisi konusunda adet görmeye ilişkin bozuklukların “kadında feminitenin reddi”, kadının gebelik ve doğumla ilgili bilinçdışı çatışmaları gibi farklı yorumlar ortaya çıkmaktadır. Gelişim sürecinde erkeğin baskın olduğu aile yapısında özellikle anne ile özdeşimde kadınlık rolü geri plana atılmaktadır. Kadının, kadınlığı algılayışındaki tutum geliştikçe, PMDB şiddetinin azaldığı bildirilmiştir. Hindistan’da kadınlar arasında menstruasyon konusunda oluşan algı; doğal, rahatsız edici ve güçten düşürücü şeklinde tanımlanmaktadır (Woods ve ark. 1995).

Hintli kadınlarla yapılan bir çalışma sonucunda, adet görmeye ilişkin olumlu tutumların PMS yakınmalarını azalttığı ortaya çıkarılmıştır (Chaturvedi ve Chandra 1991). Psikolojik zorlanma ve stresler, adet görmeye ilişkin korku ve olumsuz tutumlar, evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklarla PMDB şiddeti artmaktadır. Toplumun kadın ve adet görme ile ilgili değerleri bir diğer faktör olarak belirtilir. İlk menstruasyon hakkındaki bilgiler ve premenstrual faz sürecindeki tecrübeler, menstruasyona karşı tutumu belirler. Menstruasyonla ilgili duygu ve düşünceler olumsuz ise, PMS daha şiddetli olabilir. Hintli kadınlarla yapılan bir çalışma sonucunda, adet görmeye ilişkin olumlu tutumların PMS yakınmalarını azalttığı ortaya çıkarılmıştır. Doğurganlığı çok olan ülkelerde ise menstruasyon siklusları az olduğu için PMS’un daha az görüldüğü saptanmıştır (Baysal 2004). Bazı çalışmalarda adet öncesi dönemde, obsesif-kompulsif bozukluk, alkolizm durumunda daha ciddi alkol alımı, şizofreni belirtilerinde artış ya da intihar girişimi gibi psikiyatrik bozukluk alevlenmeleri için bir risk dönemi olduğunu göstermiştir. Psikolojik zorlanma ve stres sinir sistemi yoluyla hormonları ve over faaliyetlerini etkilemektedir. Örneğin; evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklar, boşanma, alkolizm PMS’un şiddetini artırabilir. Sosyal çevresindeki rolünü kendi belirleyen kadınlarda PMS semptomları daha az görülmüştür. Uyum güçlüğü ve duygusal çatışma premenstrual semptomların şiddetini artırmaktadır. Çalışan, ancak işinden memnun olmayan kadınlarda semptomların şiddeti daha fazla olabilir. Yapılan araştırmalarda PMS’lu grupta benlik saygısının belirgin olarak düşük, depresyon ve stres düzeyinin ise yüksek olduğu bulunmuştur (Freeman ve ark. 1995). Premenstrual dönemde suça

yönelimin fazla olduğunu kanıtlar nitelikte bulgular elde edilmiştir. Günümüzde de bazı ülkelerde bu dönemde işlenen suçlarda ceza indirimi söz konusudur. PMS, sadece kişiyi değil, ailesini ve toplumu da etkilemektedir. PMS'li hastaların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir. Fransa, Kanada, İngiltere ve ABD'de PMS tanısı almış kadınların cezalarında indirim yapılması söz konusudur. 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, PMS'nin neden olduğu işe devamsızlığın ABD endüstrisinde 5 milyar dolar kayba neden olduğu tahmin edilmiştir (Demir ve ark. 2005).

2.1.7. Ayırıcı Tanı

Gerekli testlerle öncelikle gebe olunmadığı kanıtlanmalıdır. Öyküde sistemik hastalıklara ait olabilecek ipuçları değerlendirilmelidir. Beslenme şekli, ağırlık değişiklikleri kaydedilmelidir. Hipofiz ve hipotalamusa ait organik patolojiler açısından baş ağrısı, görme değişiklikleri, geçmiş veya devam eden hastalıklar sorgulanmalıdır. Özellikle tiroid hastalıkları iyi değerlendirilmelidir. Hafif tiroid işlev bozuklukları bile menstrual düzensizliklere yol açabilir. Olgunun fiziksel gelişim öyküsü ayrıntılı değerlendirilmeli, telarş ve adrenarş döneminde, pubertal büyüme sıçramasının olup olmadığı belirlenmelidir. Kişideki psikiyatrik hastalıklar, fiziksel ve duygusal stresler, beslenme ve fiziksel egzersiz alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Cinsel öyküsü alınmalı, doğum kontrol yöntemlerini kullanıp kullanmadığı öğrenilmelidir. Androjen fazlalığına bağlı olabilecek akne ve androjenik saç dağılımı gibi bulgular değerlendirilmelidir. Aile öyküsünde, tiroid ve diyabet gibi hastalıklar sorgulanmalıdır. Anne ve kız kardeşlerin puberteye giriş ve menarş yaşları belirlenmeli ve ailede menstrual kanama sorunu olanların varlığı araştırılmalıdır (Evliyaoğlu ve ark. 2010). Fizyolojik ve organik bozukluklarla baş edebilmek için bazı laboratuvar tetkikleri yapmak gereklidir. Tiroid hastalıklarında da halsizlik ve irritabilite görülmektedir. Bunun için T-3,T-4 ve Thyroid-stimulating hormone (TSH) düzeylerine bakılmalıdır. PMS'lu hastalar, Thyrotropin-releasing hormone (TRH) stimulyasyon testine farklı yanıtlar verebilmektedirler. PMS'da hafif tiroid bozuklukları olabilir ancak nedensel bir ilişki yoktur. Gerçek bir tiroid hastalığı şüphesi yoksa PMS için TRH stimulyasyon testi yapılmaz. Halsizlik primer yakınma ise anemiyi ekarte etmek için tam kan sayımı yapılmalı ve kronik böbrek veya karaciğer rahatsızlıklarını ortadan kaldırmak için

gerekli biyokimyasal testler istenmelidir. Hasta perimenapozal devrede ise PMS'u ekarte etmek için kan Follicle-stimulating hormone (FSH) düzeylerine bakılmalıdır. Galaktore mevcutsa kanda prolaktin tayini yapılmalı ve hiperprolaktinemi nedeni araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır. Depresif durumlar bazen Cushing Sendromu'nda da ortaya çıkabilmektedir, bu nedenle hipertansiyon, diabet, şişmanlık olup olmadığına bakılmalıdır. Ayrıca deksametazon supresyon testi yapılabilir. PMDB'da hormon düzeylerinde anlamlı bir değişme olmadığından yukarıda sayılan bazı durumlar dışında hormon analizlerine gerek yoktur (Kişnişçi ve ark. 1996). PMS genelde diğer hastalıkların ekarte edilmesi sonucunda konan bir tanıdır.

Bu nedenle aşağıdaki hastalıklar ile PMS ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

- Nörolojik hastalıklar
- Migren
- Endokrin hastalıklar
- Hiperprolaktinemi
- Anoreksia nervosa
- Tiroid hastalıkları (hipotroidizm-hipertroidizm)
- Adrenal hastalıklar (cushing hipoadrenalizm)
- Feokromositoma
- Hiperandrojenizm
- Meme hastalıkları
- Jinekolojik hastalıklar
- Dismenore
- Pelvik infeksiyon
- Endometriozis
- Perimenopoz
- Gastrointestinal hastalıklar
- İrritabl kolon sendromu
- Barsak infeksiyonları
- İdyopatik ödem
- Allerjiler

- Kronik yorgunluklar (anemi, v.b. diğer)
- Psikiyatrik/psikolojik hastalıklar
- Anksiyete nörozu
- Personalite hastalıkları
- İlaç bağımlılığı
- Psikososyal sorunlar
- Evlilik sorunları (Atasun ve Şahmay 2001).

Siklik meme ağrısı ve hassasiyet premenstrual sendromun belirtilerindendir ve premenstrual disforik bozukluk ile bağdaşan fiziksel semptomlardır. ABD’de bir kadın ve doğum hastalıkları kliniğinde, 1171 hastanın katıldığı bir çalışmada; kadınların %69’unun düzenli premenstrual meme ağrısının olduğu, %11’inin ise bir ayda 7 günden daha fazla orta ve şiddetli mastalji olduğu belirtilmiştir. Siklik mastalji ve diğer premenstrual semptomlar arasındaki ilişki incelenmiş; ödem, negatif belirtiler, konsantrasyon bozukluğu ve davranış değişikliği gibi luteal faz semptomların, ciddi siklik mastopatisi olan kadınlarda ağrısı olmayan kadınlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Benzer olarak 30 kişilik bir çalışmada siklik mastalji kriterlerine uygun semptoma sahip birçok kadının menstrual semptom ciddiyeti hizasında gösterilen diğer premenstrual ve somatik semptomlar yaşadıklarını göstermiştir. Ancak bu kadınların %12’si diğer premenstrual semptomların birkaçını yaşamıştı. Premenstrual siklik mastaljili kadınlarda yaygın olmasına rağmen bu kadınların yalnızca %16’sında siklik mastalji ve premenstrual sendrom kriterlerini birlikte karşılayacak düzeyde olduğu görülmüştür (Güler 2006).

2.1.8. Prevalans

Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90’ında Premenstrual Molimina, %30-40’ında da PMS vardır. %3-5 kadarında ise semptomların biri ya da daha fazlası hastayı ileri derecededir. Premenstrual semptomların bazılarının görüldüğü kadınların yaklaşık olarak %75’inin PMS tanısı aldığı görülmektedir (Deuster 1999).

2.1.9. Tedavi

PMS için en uygun tedavi modelinin belirlenebilmesi için PMS'nin tek bir rahatsızlık değil de farklı problemlerin bir bütünü ve sıklık bir problem olduğu perspektifiyle bakılması gerekmektedir (Pınar 2007, Arslan ve Dökmeci 1999).

2.1.9.1. Psikoterapi

Premenstrual sendromun; depresyon, anksiyete, irritabilite gibi psikolojik kaynaklı semptomları tedavi etmede günümüzde kullanılmaktadır (Pınar 2007, Ruhi ve ark. 1992).

2.1.9.2. Steroid tedavisi

Bazı kadınlar kombine östrojen-progestin kullanımından fayda görmektedir. Son zamanlarda sadece progestinler kullanılmaktadır. Menstrual siklusun son 10-14. gününde 400 mg/gün progesteron ampul veya vaginal supozituarları ile iyi sonuçlar alındığı ileri sürülmektedir. Benzer etki oral yolla 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat ile de sağlanabilir. Ancak nörohisteron türevi gestajenler tuz retansiyonunu arttırdığından kullanılmamalıdır (Süer 2008; Pınar 2007; Ruhi ve ark. 1992).

2.1.9.3. Diüretikler

Etkisi tartışmalı olmakla birlikte geniş kullanım alanları vardır. Tiazid grubu tercih edilmelidir. Genelde su retansiyonunun ağırlıkta olduğu olgularda adet kanamasından önceki 10-14 günlük dönemde kullanılır (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992; Ruhi ve ark. 1992; Şatıroğlu 1990).

2.1.9.4. Lityum karbonat

Etkisi tartışmalı olmakla birlikte, menstrual siklusun ikinci yarısında 200 mg lityum karbonat, günde 4 kez kullanılmaktadır (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992).

2.1.9.5. Trankilizanlar ve anti depresif ilaçlar

Diazepam ve klordiazepoksid ve aprazolam gibi minor trankilizanlar kullanılmaktadır. Fluoksetin de PMS tedavisinde kullanılan bir antidepresiftir (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992).

2.1.9.6. Pridoksin (B₆ Vitamini)

Günde 500 mg pridoksin, semptomların başlaması ile birlikte kullanılmaya başlanır ve adet kanamasına kadar devam edilir (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992).

2.1.9.7. Bromokriptin

Özellikle mastaljinin major semptom olduğu kadınlarda etkilidir. Siklusun 14-25. Günlerinde günde 2 kez 2.5 mg bromokriptin kullanılması ile başarılı sonuçlar alınmaktadır (Pınar 2007, Raja ve ark. 1992).

2.1.9.8. Danazol

100-400 mg dozlarda Danazol kullanımı, PMS semptomlarının azalmasını sağlamaktadır (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992).

2.1.9.9. GnRH analogları

Siklustaki endokrin dalgalanmaları ortadan kaldırmak amacıyla steroid yerine GnRH analogları kısa süreli steroid yerine GnRH analogları kısa süreli yapılan uygulamalarla iyi sonuçlar vermiştir (Pınar 2007; Raja ve ark. 1992).

2.1.9.10. Beslenme ve Bitkisel ajanlar

Menstrual siklusun ikinci yarısında günde alınan sıvı miktarının 500 ml. ile sınırlandırılması, tuz alımının kısıtlanması önerilmektedir. Bazı kadınlarda kafein alımının kısıtlanması ile mastalji şikayetlerinin azaldığını ifade etmektedir. Luteal fazda karbonhidrat ağırlıklı, proteini az olan bir diyet uygulanmalıdır ki; bu sayede PMS semptomlarında belirgin bir azalmayı sağlamaktadır (Güler 2006; Şatıroğlu 1990).

PMS'nin tedavisinde bitkisel ajanların ve alternatif stratejilerin kullanılması üzerine ilgi gittikçe artmaktadır. Bunlardan birkaçı etkinliklerini ortaya çıkarmak için inceleme altına alınmıştır. Hayıt meyvesinin ekstraktı olan Vitex agnus-castus'un incelendiği açık kontrolsüz 1634 kadının 3 menstrual siklus boyunca izlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %93'ü premenstrual sendrom ile bağlantılı semptomlarında iyileşme olduğunu söylemektedir. Kadınların %81'i tedavi sonrasındaki durumlarını daha iyi veya çok daha iyi olarak nitelendirmiştir (Loch ve ark. 2000).

Çuha Çiçeği Yağı (EPA-Evening Primrose Oil)'nın PMS ile ilişkisinden de araştırılmış ancak PMS tedavisinde çok az bir etkisi bulunmuştur, yine de bu etkinin göz ardı edilmemesi önerilmektedir (Budeiri ve ark. 1996). Bitkisel ajanların potansiyel

yan etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir, nonfarmakolojik yaklaşımların terapötik değerinin daha açık bir şekilde ortaya koyulacağı araştırmalar yapılmalıdır.

PMS’de önerilen beslenme şekli:

1. Kan şekerini dalgalanmalardan uzak tutmak amaçlı, basit karbonhidratlar yerine kompleks karbonhidrat içeren besinlere ağırlık verilmelidir.
2. Lif oranı yüksek ürünlerin tüketimi artırılmalıdır.
3. Az ve sık beslenilmelidir.
4. Çay, kahve, alkol, tuz tüketimi sınırlandırılmalıdır. Ödeme sebebiyet vereceğinden bu içeceklerden olabildiğince uzak durmalısınız
5. PMS semptomlarını azaltmada; B₆ vitamini, E vitamini, D vitamini, Magnezyum ve Kalsiyum tüketiminin önemi büyüktür (Bendich 2000; MeReC 2003; Walker 2009).

2.2. Adolesanlarda PMS Etkisi

DSÖ'nün ergen kızlar üzerinde yaptığı çalışmalarda; menarş sonrası ilk döngünün uzunluğu ortalama 50,7 gün, menstrual kanamanın ortalama uzunluğu ise 4,7 gün gözlemlenmiştir. Adolesan kızların sürekli-düzenli ovulatuar döngülerinin olması için kadın üreme sisteminin yaklaşık olarak 2 yıla ihtiyacı vardır. Adolesan dönemin sonlarında kızların %75'i sorun yaşamaktadır. Adolesanlar; gecikme, düzensizlik, ağrı, ağır menstrual kanama gibi şikayetler ile doktora başvurmaktadırlar. Malezya'da, 1994 yılında Ulusal Nüfus ve Aile Planlaması Geliştirme Kurulu (NPFDB) adolesan üreme sağlığı üzerinde ulusal bir çalışma başlattı. Bu çalışma sonucunda adolesanların kendi vücutlarının fizyolojik süreçleri ve menstruasyon konusunda bilgi eksikliği ve korkuya sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Genç kızların kafalarında oluşan menstruasyon şekli; çok sayıda insan ve çevresel faktörlerden etkilenecek oluşur. Ancak Meksika'da yapılan birkaç çalışmada yaşam tarzı faktörleri adet döngüsü ile ilişkili tanımlanmıştır. Yine Malezya Negeri Sembilan'daki ergen kızlar arasında yapılan çalışmada adet ve onunla ilişkili faktörler hakkında bilgi sağlamak amaçlanmıştır. Çalışmaya göre; çoğunluk premenstrual sendrom (%74,6) ve dismenore (%69,4) deneyimine sahipti. Kız öğrencilerin yalnızca %11,1'i adet düzensizliği için tıbbi yardım almıştı. Menstrual Disorder'a sahip kızlar belirgin şekilde sigara içiyor ve intihar davranışlarında bulunuyorlardı. PMS'ye sahip kızların bazıları semptomların ağırlığından kaynaklı okula devamsızlık yapıyorlar. PMS adolesan dönemde nadiren görülen bir rahatsızlıktır. PMS şikayetleri yaşayan adolesanlarda, aynı zamanda psikososyal ya da dismenore bulunmaktadır. Okula devamsızlıkların önlenmesi için danışmanlık verilmesi ve iyi yönetilmesi çözüm için anahtar rol oynamaktadır. PMS semptomlarından şikayet eden kızların altında yatan psikososyal bozukluğun bulunması önemlidir. Sigara kullanımı, alkol tüketimi, kilo kaybı ya da fiziksel aktivite gibi davranışsal faktörler müdahale potansiyeli nedeniyle önemlidir. Literatürde sigara kullanımının menstrual disorder prevalansını arttırdığı şeklinde sonuçlar vardır (Düzensiz menstrual kanama, adet düzensizliği, ağır menstrual kanama). Bazı çalışmalarda siklus süresinin kısa olması, düzensiz sikluslar ve sigara içme arasında ilişki olduğu rapor edildi. 14-20 yaş arasındaki kadınlarda artan beden kitle indeksi (BMİ) ile PMS arasında ilişki dikkat çekmektedir. Ruh sağlığı sorunları menstrual sorunlarla ilişkilendirilmiştir. Özellikle anksiyete, sosyal bağların bozulması

menstrual ağrı ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Adolesanların çoğunluğunda PMS akademik performansı büyük ölçüde etkilemekte ve okula devamsızlığa sebep olan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Fakeye ve Adegoke 1994; Şahintürk 1999; Chen ve ark. 2005; Lee ve ark. 2006).

2.3. PMS’de kullanılan ölçekler:

2.3.1. Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF): Kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır. Sorular altılı likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “Değişim Yok” yanıtı 1 puan ile, “Aşırı Değişim Var” yanıtı 6 puan ile puanlanmaktadır. PDF’nin 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı “olanaklı maksimum değişim yüzdesi”ni oluşturmaktadır. Premenstrual Değerlendirme Formu Alt Ölçekleri: 1. Çökkün duygudurum, 2. Endojen depresif özellikler, 3. Labilite, 4. Atipik depresif özellikler, 5. Histeroid özellikler, 6. Düşmanlık/Kızgınlık, 7. Sosyal geri çekilme, 8. Bunaltı, 9. Kendini iyi hissetmede artış, 10. İmpulsivite, 11. Organik mental özellikler, 12. Su tutulumu, 13. Fiziksel rahatsızlık, 14. Otonomik değişimler, 15. Yorgunluk, 16. Sosyal işlevsellikte bozulma, 17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri, 18. Çeşitli fiziksel değişimler. Ölçeğin Cronbach Alfa İçtutarlılık Katsayısı 0,97 olup madde-toplam puan korelasyon değerleri ise 0,13 ile 0,76 arasında bulunmuştur. Aynı araştırmada ölçeğin küme analizi yapılmış ve belirtilerin ağırlık derecelerine göre üç ayrı küme saptanmıştır. Aynı araştırmada ölçeğin K-Means Küme Analizi yapılmış ve belirtilerin ağırlık derecelerine göre üç farklı küme saptanmıştır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe premenstrual sendromun yükseldiği şeklinde değerlendirilmekte olup ayrıca kesme puanları bulunmamaktadır (Halbreich ve ark. 1982; Dereboy ve ark. 1994; Gençdoğan 2005; Adıgüzel ve ark. 2007).

2.3.2. Menstrual Distres Şikayet Listesi (MDQ): Rudolf H. Moos tarafından geliştirilen Menstrual Distres Şikayet Listesi (MDQ), 8 alt gruptan (ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, canlanma, kontrol ve iştah artması) oluşan, PMS semptomlarını menstrual, premenstrual ve intermenstrual dönem için ayrı ayrı olarak değerlendiren 47 maddelik, 0'dan 4'e kadar puanlanan likert tip bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan her dönem için 184'tür. Menstrual Distres Şikayet Listesi Türkçe'ye çevrilmesi, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Kızılkaya tarafından 1994 yılında 30 kişide test-tekrar test yöntemi kullanılarak yapılmış ve ölçeğin her alt grubuna ilişkin güvenirlik katsayısı $r = 0,71$ ile $0,97$ arasında bulunmuştur ($p < 0,001$) (Moos 1968; Kızılkaya 1994; Kim 2004).

2.3.3. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ): Gençdoğan tarafından PMS'nin daha kolay tanısının yapılabilmesi için geliştirilen Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMSÖ'nin uygulanması çok kolay olup ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği gibi, madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Puan yükseldikçe premenstrual sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir (Gençdoğan 2004; Kıvrak ve Taşgın 2010; Erbil 2011).

2.3.4. WDHD: The Woods' Daily Health Diary (WDHD) kadının üzücü olarak yaşadığı tüm belirtileri, deneyimleri tanımlamaktadır. Ölçek toplam 67 maddeden oluşmaktadır. İlk 57 madde 0'dan 4'e önemlilik sırasına göre değerlendirilir. Kalan maddeler egzersiz ve diyet davranışları üzerindeki deneyimlere odaklanır.

Ölçek; Asya ve çeşitli toplumlarda kullanılmış ve geçerlilik güvenilirlik verileri de dahil olmak üzere rapor edilmiştir. PMS'nin öncelikli kategorilerini önlemek için, günlük menstruasyonda belirli bir odağı olmayan semptomlar için kadınların deneyimleri prospektif olarak kaydedilir (Lu 2001).

2.3.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck Depresyon Ölçeği, depresyonda görülen, vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri değerlendirmek üzere A.T.Beck tarafından (1961) geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Tanı koyma amacı taşımaz. Her madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3), dört seçeneği olan 21 tane öz değerlendirme cümlesini içermektedir. Ölçekten alınabilecek maddeler, depresyonun belirtilerine yönelik olup herhangi bir etyolojik kuramı yansıtmamaktadır. BDE'nin Türkçe'ye uyarlaması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenilirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Alınan puanın artması, hastanın depresyon düzeyinin arttığı anlamına gelir. Çalışılan grupta BDÖ'nün Cronbach's alpha katsayısı $r = 0,89$ olarak, MDQ'nun Cronbach's alpha katsayısı $r = 0,97$ olarak saptanmıştır. Bu değerler ölçeklerin çalışılan grupta geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdel ve ark. 2002; Bayram 2007; Tunay ve Soygüt 2009).

2.4. Menstruasyon Hijyeni

Ülkemizde kadınsal sorunların önemli bir bölümünü genital bölge infeksiyonları oluşturur. Genital bölge, dış ortamla teması olmayan kapalı bir alan olduğundan vücudun en sıcak, en önemli ve en kirli bölgelerindendir. Bu bölge mikroorganizmaların yerleşip çoğalması için oldukça elverişli bir ortam oluşturur. Normalde kadın üreme sistemi doğal olarak kendini koruma mekanizmasına sahiptir. Her kadında bir miktar renksiz, kokusuz, kaşıntı yapmayan ve asidik (pH=3,5-4,5) vajinal akıntı vardır. Herhangi bir nedenden dolayı vajen pH'nın değişmesi genital infeksiyonlara zemin hazırlar. Egan ve Lipsky (2000)'nin çalışmasına göre kadınların jinekoloji polikliniklerine en sık başvurma nedenleri arasında ürogenital infeksiyonların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon kadın ürogenital infeksiyonlara maruz kalmaktadır ve kadınların en az %75'inde genital bir infeksiyon hikayesi bulunmaktadır (Gardner 1983; Reid ve Bruce 2003; Temel ve Metinoğlu 2007).

Ürogenital infeksiyona neden olan çevresel ve kişisel risk faktörleri vardır. Çevresel riskler arasında altyapı olanaklarının yetersizliği, sağlıklı içme ve kullanma suyunun olmaması gibi riskler yer almaktadır. Kişisel risklerin başında ise hijyen eksikliği gelmektedir. Bunlar tuvalet sonrası genital bölge temizliğinin uygun bir şekilde yapılmaması, el yıkama alışkanlığının olmaması, uygun iç çamaşırı kullanmama, menstruasyon hijyenini özenle yapmama gibi risklerdir. Menstruasyon sırasında kullanılan materyal, tuvalet sonrası temizlik gibi bazı alışkanlıklar ürogenital infeksiyonlar konusunda önemli olgulardır. Bu çevresel ve kişisel riskler bir araya geldiğinde kadının üreme sağlığı tehlikeye girmektedir. Kişisel uygulamalarla çevresel riskler ortadan kaldıracağı için bireylerin sağlık sorunlarıyla karşılaşmaması için kişisel hijyenlerine dikkat etmeleri anahtar rol oynamaktadır. (Ünsal 2010).

Menstruasyon hijyeni, fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olabilmek için dikkat edilmesi gereken bazı kurallar ve alınması gereken bazı önlemlerden oluşmaktadır. Bu önlemlerin alınmaması halinde ergen kızlar önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilir. Menstruasyona yönelik doğru bilgi ve uygulamaların kazandırılması, sağlığı koruma ve sürdürmeye yönelik olumlu davranışların geliştirilmesi, yanlışların düzeltilmesine yönelik yapılan sağlık eğitimi bu sorunların giderilmesinde önemlidir. Özellikle genç kızlara menstruasyon hijyeni ile ilgili olarak verilecek bilginin beceriye dönüşmesi, becerinin uygulamalarla olgunluğa erişmesi ile gerçek başarıya ulaşılabilir. Aksi

takdirde genç kızların kendi kendilerine elde ettikleri bilgilerin yetersiz ve yanlış olması, sürdüreceği hatalı alışkanlık ve davranışların ortaya çıkmasına yol açacaktır. Menstruasyon dönemi özel bakım ve hijyen gerektiren bir dönemdir. Yapılan çalışmalarda Yorulmaz (2000) kadınların %26'sının, Şahintürk (1999) genç kızların % 40,5'inin menstruasyon döneminde banyo yapmadığını ve banyo yapmaktan korktuğunu, Özsürekçigil (1989) genç kızların % 81,5'inin perine bakımı konusunda yanlış uygulama yaptığını, Rahman (1987) öğrencilerin %79'unun bu dönemde bedeninde kötü koku hissettiğini saptamışlardır. Perine hijyeni ve menstruasyon sürecine yönelik tutum ve davranışlar toplumun kültürel yapısından olumlu veya olumsuz olarak etkilenmektedir. Bazı toplumlarda menstruasyon esnasında kadının kirli kabul edilerek toplumdan uzaklaştırılması, bu dönemde yüzme, duş alma, diş tedavisi yaptırma, spor yapma gibi uygulamaların zararlı sayılması, kadınların sık ped değiştirmekle çok fazla kan kaybedileceğine inanılması gibi yanlış inanışlar bulunmaktadır. Bu da sorunların daha da büyümesine yol açmaktadır. Perine ve menstruasyon hijyeni, fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olabilmek için dikkat edilmesi gereken temizlik kuralları ve alınması gereken bazı önlemleri içermektedir. Bu önlemlerin alınmaması halinde kadınlar önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilir. Fizyolojik bir süreç olan menstruasyonda ortaya çıkabilecek komplikasyonların basit hijyen davranışları ile azaltılıp önlenmesi olasıdır (Turan ve Ceylan 2007).

Ergenlik dönemindeki kızlar, anatomik özellikleri, menstruasyonun başlaması, menstruasyon hijyeni konusundaki bilgi eksikliği gibi çeşitli nedenlerle genitoüriner infeksiyonlar yönünden risk grubundadır. Bunların yanında menstruasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması infeksiyon oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Hovardaoğlu ve Şenocak 1992; Karadağ ve ark. 1999; Kobya ve Yazıcı 1999; Öncel ve ark. 2003).

Yapılan bir çok araştırma sonuçları, ülkemizde ve dünyada kadınların vajinal akıntı şikayetlerinin varlığı, perine temizliğinin yanlış yapıldığı, çamaşır ve ped değiştirme sıklıklarının yetersiz olduğu şeklindedir. Kadınların genitoüriner infeksiyonlardan korunmaları için kişisel hijyen kurallarına uymaları, el ve vücut temizliğine dikkat etmeleri, iç çamaşırlarını her gün değiştirmeleri, pamuklu çamaşır giymeleri gerekmektedir. Tuvalete girmeden önce ve sonra mutlaka eller yıkanmalıdır. Perine temizliği önden arkaya doğru (el anüse değdirilmeden önce ön taraf, daha sonra arka taraf) olmak üzere su ile yıkanmalıdır. Menstruasyon döneminde, parfümsüz beyaz

ped kullanılmalıdır. Ped değiştirme sıklığı, kötü kokuların oluşması ve infeksiyon etkenlerinin üremelerini önlemek için iki üç saati geçmemelidir. Tuvalet temizliğine bu günlerde daha fazla önem gösterilmelidir. Perine bölgesi ıslak ve nemli kalmamalıdır. Hiçbir kadın menstruasyon döneminde rahat değildir. Bu dönemde banyo ile ilgili tabular gereksizdir. Bu dönemde yıkanma önemlidir. Kanamayı azaltacağı veya artıracığı, infeksiyon yapabileceği gibi yanlış inanışların ortadan kaldırılmasına çalışılmalıdır (Çakıcı 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, adolesan bir grup genç kızda premenstrual semptomların ve premenstrual sendromun görülme sıklığı, bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, genç kızların menstruasyon ve menstruasyon hijyeni konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul'da bir lisede yapılmıştır. Okulda 350 öğrenci, 30 öğretmen bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde okulda 148 kız öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmanın yapılabilmesi için gereken izin İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı olarak alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini bir lisede ortaöğretimde okuyan kız öğrenciler oluşturmuştur. 2009-2010 eğitim öğretim yılı kayıtlarına göre; araştırmanın yapıldığı lisede toplam 148 kız öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmada kullanılan anketler 2009-2010 eğitim öğretim yılının Şubat, Mart, Nisan ayları olmak üzere üç ay (üç menstrual siklus) ardı ardına tekrarlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli, raporlu, okula devamsız olduklarından çalışmaya katılamayan öğrenciler; okula devam etmeye başladıkları tarihlerde çalışmaya katılmışlardır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın en büyük sınırlılığı; öğrencilerin eğitim öğretim dönemindeki ders akışının önüne geçmemek için anketlerin yalnızca rehberlik saatinde doldurulmasıdır. Rehberlik saatinin haftada 1 saat olması sebebiyle öğrencilerle derinlemesine görüşme yapılamamıştır. Çalışma kız öğrencilerin bu 1 saat içerisindeki görüşmelerde verdikleri bilgilerin geçerli ve güvenilir olacağı varsayılarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan herkesin adet dönemlerinde genel olarak ped kullandığı varsayılarak yapılmış olması da bir başka sınırlılık olarak gösterilebilir.

3.5. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne İstanbul 1 No’lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.12.2009 tarihinde D.25 karar numarası ile onay verilmiştir. Araştırmanın amaçları katılımcılara açıklanarak sözlü onamları da alınmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış veri toplama formu ve Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formu; öğrencinin tanıtıcı özellikleri; beden kitle indeksi, sosyo-demografik özellikleri, aile durumları (eğitim, aile büyüklüğü), menstruasyon özellikleri ile genel menstruasyon hijyen alışkanlıkları ve uygulamaları belirlemeye yöneliktir. Kız öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine (12 soru), alışkanlıklarına ve PMS ile ilgili bilgilerine (9 soru) ve menstruasyona (8 soru) ilişkin toplamda 29 soru bulunmaktadır. Premenstrual Değerlendirme Formu ise (PDF) (Dereboy ve ark. 1994); kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1994 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır. Sorular altı likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. “Değişim Yok” yanıtı 1 puan, “Aşırı Değişim Var” yanıtı ise 6 puan ile puanlanmaktadır. PDF’nin 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı “olanaklı maksimum değişim

yüzdesi”ni oluşturmaktadır. Premenstrual Değerlendirme Formu Alt Ölçekleri: 1. Çökkün duygudurum, 2. Endojen depresif özellikler, 3. Labilite, 4. Atipik depresif özellikler, 5. Histeroid özellikler, 6. Düşmanlık/kızgınlık, 7. Sosyal geri çekilme, 8. Bunaltı, 9. Kendini iyi hissetmede artış, 10. İmpulsivite, 11. Organik mental özellikler, 12. Su tutulumu, 13. Fiziksel rahatsızlık, 14. Otonomik değişimler, 15. Yorgunluk, 16. Sosyal işlevsellikte bozulma, 17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri, 18. Çeşitli fiziksel değişimlerdir. Ölçeğin maksimum PDF skoru 570’tir ve Cronbach Alfa İç tutarlılık Katsayısı 0,97 olup madde-toplam puan korelasyon değerleri ise 0,13 ile 0,76 arasında bulunmuştur. Aynı araştırmada ölçeğin küme analizi yapılmış ve belirtilerin ağırlık derecelerine göre üç ayrı küme saptanmıştır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe premenstrual sendromun şiddetinin yükseldiği şeklinde değerlendirilmekte olup ayrıca kesme puanları bulunmamaktadır.

Tablo 3-1: PDF alt ölçeklerine giren sorular ve alt ölçek puanlarının hesaplanması

ALT ÖLÇEK	SORU NUMARALARI
1	19+22+38+48+49+51+57+66+78+89
2	8+23+40+64+82
3	1+46+47
4	1+5+27+46+80+81
5	25+37+41+47+86
6	26+50+55+56+60+67
7	23+72+74+78
8	4+7+14+44
9	30+35+68+85
10	26+36+42+50
11	3+11+12+24+31+32
12	9+58+59+62+71+75
13	10+53+62
14	13+20+29+39+40+58+84
15	2+6+15+52
16	21+33+54+72+74+76+77+79+83+92+93
17	16+17+28+34+43+45+61+63+64+69+73+87+88+90
18	18+65+70+91+94+95

(Bütün sorular düz anahtarlıdır)

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket formu ve ölçek uygulanmadan önce, PDF için Prof. Dr. Çiğdem Dereboy tarafından Türkçe'ye uyarlanan formun kullanım izni yazılı olarak alınmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Veriler 07.03.2010-08.05.2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanırken, veri toplama formu ve Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)'nin doldurma şekli öğrencilere tek tek ayrıntılı bir biçimde açıklanmış ve araştırmacının gözetiminde öğrenciler tarafından formların doldurmaları sağlanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık bir ders saati (40 dk.) sürmüştür. Formlar araştırmacı tarafından kontrol edildikten sonra eksik olan kısımlar tekrar sorularak tamamlanmıştır. PMS tanısı konulması için Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (ACOG) en az iki siklus, Ulusal Tıp Kütüphanesi (NLM) ise en az üç siklus takip edilmesi gerektiğini önermektedir.

Bu araştırmada Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) öğrencilere birbirini takip eden 3 menstruasyon dönemi boyunca uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden öğrenci olmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS for Windows 15.0 (Statistical Package for Social Sciences for windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin hijyen alışkanlıkları ve PMS sıklığı, menstruasyonun günlük faaliyetleri etkileme durumunun PDF'nun Premenstrual dönemde genel fiziksel rahatsızlık alt ölçeğine göre dağılımı değerlendirilmiştir.

National Library of Medicine (NLM) PMS tanısı koymak için en az üç siklus ardı ardına gözlem yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Buna dayanarak genç kızlara üç ay ardı ardına anket formları dağıtılmış, formlar ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Her siklusun kendi içerisinde alt ölçek puanları hesaplanmıştır ve K-means kümeleme yöntemi ile üçlü kümeye ayrılmıştır. Böylece yakınmalar hafif orta şiddetli olarak derecelendirilmiştir.

Daha önce de bahsedildiği üzere National Library of Medicine (NLM)'e göre PMS tanısı konması için semptomların; üç siklus ardı ardına yaşanması gerekmektedir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (ACOG 2011) ise iki siklusta görülen semptomların premenstrual sendrom tanısı koymak için yeterli olacağını

belirtmektedir. Tek ölçüm ile alınacak sonuçlar her zaman net bilgi veremeyebilir. Bu nedenle; üç siklus boyunca devam eden yakınmalar değerlendirilmiştir.

Çalışmada PMS şiddeti ile ilgili birinci siklus, ikinci siklus, üçüncü siklusta birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiştir. PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupları daha belirgin bir şekilde ortaya çıkartmak ve sonuçların daha ayrıntılı değerlendirilebilmesi sağlamak için üç ankette de PMS semptomlarının görüldüğünü belirten genç kızlar arasında bir değerlendirme yapılmak istenmiştir. Araştırmanın tüm popülasyonu içinde üç sikludan herhangi birinde “değişim yok” seçeneğini işaretleyen öğrenciler çalışmadan çıkarılmıştır ve PMS şikayetlerinde sürekliliği olan 80 kız öğrenci belirlenmiştir. Bu grup diğerlerinden ayrılarak bu olgular üzerinden kümeleme analizleri tekrarlanmıştır. Araştırmada üç siklusta da belirtilerin görüldüğünü söyleyen genç kızlardan 95 sorudan birine “1”in üzerinde cevap veren maksimum sayıyı elde ederek istatistik analiz tekrar yapılmıştır. Üç ay ardı ardına yapılan anketlerde, sorulara “1”in üzerinde cevap veren toplamda 80 kişi kodlanarak sonuçları analiz edilmiştir. Kodlanan 80 kişi ile elde edilen bu veriler araştırmaya dahil edilerek analiz edilmiştir. Bu öğrenciler (n=80) kodlanarak üç siklusun ortalamalarının alındığı verilere göre kümelenmiştir. Veriler K-means kümeleme yöntemi ile üç kümeye ayrılmış, alt ölçekleri hesaplanmış ve değerlendirilmiştir. Orta ve şiddetli derecede PMS’u olan kız öğrenciler birlikte değerlendirilerek hafif semptomlara sahip olanlarla karşılaştırılmıştır. PMS’a sahip olan 80 kız öğrenci ile PMS’a sahip olmayan 68 kız öğrenci çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmış ve değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz: PDF ile elde edilen bütün verilerde bu çalışma için alt boyutların güvenilirliğini araştırmak amacıyla, PDF’nun toplam puanı ile ölçeklerden alınan toplam puanlar arasında ve ölçeklerin kendi arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmış ve ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa katsayı analizleri yapılmıştır.

PDF’den alınan toplam puana her üç ölçüm için ayrı ayrı hiyerarşik kümeleme analizi yapılmış; PMS semptomları şiddetinin derecesi açısından “Hafif”, “Orta” ve “Şiddetli” olmak üzere üç grupta incelenebileceği literatürde belirtildiği üzere, üçlü kümeye ayrılmıştır. PDF’nun kesim noktalarının olmaması nedeni ile PDF’nden alınan toplam puanlar ile alt boyutlarından alınan toplam puanlara göre değerlendirme yapılmış, hesaplanan toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın (570) % 50’sini geçme durumuna göre alt boyuta ilişkin semptomların ve PMS

semptomlarının varlığı değerlendirmiştir (Dereboy ve ark. 1994). Çalışmada alınan birçok sosyodemografik değişkenler ve menstrual değişkenlerle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan yorumlanmıştır. Değişkenler yüzde, oran, ortalama ve standart sapma kullanılarak tanımlanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna bakılmış ve ANOVA ile incelenmiştir. Anlamlılık bulunan durumlarda Post-Hoc testlerden Scheffe testi kullanılmış ve test sonuçlarına göre kümelerin ikili karşılaştırmaları da 0,05 düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiştir. Kesikli değişkenler ki-kare testi kullanılarak yorumlanmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir. Anlamlılık düzeylerine göre PMS üzerine etkililik oranları belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan genç kızların yaş ortalaması $16,2 \pm 1,1$ 'dir. İlk adet yaşı ortalaması ise $12,9 \pm 1,0$ olmakla beraber çoğunluğunun (%44,2) ilk adet yaşı 13'tür. Öğrencilerin Beden Kitle İndeksi ortalaması $20,8 \pm 7,6$ 'ydı. Araştırma grubunun; %28,3 (42)'ünün Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18,5'in altında (zayıf), %5,4'ünün ise 25-29,9 arasında (hafif şişman), 97 öğrencinin ise BKİ 18,5-24,9 (normal kilolu) arasındaydı. Kızların %53,6'sının 2 ve üzeri sayıda kardeşi vardır. Araştırmaya katılan genç kızların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bazı değerler tablo 4-1'de verilmektedir.

Tablo 4-1: Genç kızların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin değerler

Yaş	16,2±1,1
İlk adet yaşı	12,9±1,0

Araştırma grubunun aile durumları tanımlanmak istendiğinde; öğrencilerin %85,7'sinin çekirdek bir ailede yaşadığı, annelerinin %33,8'inin babalarının %49'unun üniversite mezunu olduğu, annelerinin %59,3'ünün ev hanımı babalarının ise %51,4'ünün serbest meslek sahibi olduğu dikkat çekmektedir. Öğrencilerin gelir durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde %82,3'ünün 1500 TL ve üzeri gelire sahip bir aileye mensup olduğu görülmektedir. Sağlık güvencesi bulunmayan öğrenci sayısı %6,4'tür. Araştırmaya katılan genç kızların aileleri ve sosyodemografik özelliklerine dair değerler Tablo 4-2'de verilmektedir.

Tablo 4-2: Genç kızların sosyodemografik özelliklerine ilişkin değerler

Anne eğitimi	N	%
İlköğretim	53	35,8
Lise	44	29,7
Üniversite	50	33,8
Anne mesleği		
Ev hanımı	86	59,3
Emekli	20	13,8
Memur	18	12,4
Serbest meslek	11	7,4
İşçi	10	6,9
Baba eğitimi		
İlköğretim	23	15,6
Lise	52	35,4
Üniversite	72	49,0
Baba mesleği		
Serbest Meslek	73	51,4
Emekli	27	19,0
Memur	24	16,9
İşçi	16	11,3
Aile yapısı		
Çekirdek	126	85,7
Geniş	12	8,2
Anne-baba ayrı	9	6,1
Gelir durumu		
700-1500 TL	23	17,0
1500-3000 TL	68	50,4
3000< TL	43	31,9
Sağlık güvencesi		
SGK	105	74,5
Özel sigorta	26	18,7
Sosyal güvencesi yok	9	6,8

4.2. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Menarşa Karşı Tepkileri, Temel Menstruasyon ve Hijyen Alışkanlıkları

“Menstruasyonla ilgili bilgi aldınız mı?” sorusuna cevap verenler üzerinden bir değerlendirme yapıldığında öğrencilerin %95,9’u “evet aldım” cevabını vermiştir. Menstruasyonla ilgili bilgi alanların %54,1’i annelerinden, %14,4’ü arkadaşlarından, %6,8’i ablalarından, %6,2’si medyadan bilgi aldıklarını belirtmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğu (%71,3) ilk adet dönemleriyle ilgili olumlu ve olumsuz duyguları beraber yaşadıklarını ifade etmektedirler. Genel olarak menstruasyona ilişkin duygularını sorduğumuzda %80,8’inin olumlu duygulara sahip oldukları ortaya çıkmaktadır. Araştırmaya katılanların %21,6’sı menstruasyon dönemlerinde düzensizlik görüldüğünü belirtmektedir. Ortalama menstruasyon süresi çoğunlukla (%89,8) 3-7 gün arasında; ped değiştirme sıklığı ise çoğunluğun ifadesiyle (%54,8) gün içerisinde 3-4 kez arasında değişmektedir. Bir mens döneminde ortalama kullanılan ped sayısı sorulduğunda öğrencilerin %89,7’si 4 veya 4’ten fazla olarak cevap vermişlerdir. Araştırmaya katılan genç kızların menarşa karşı tepkileri ve bilgileri Tablo 4-3’te gösterilmektedir.

Tablo 4-3: Araştırmaya katılan genç kızların menarşa karşı tepkileri

	N	%
Menstruasyonla ilgili bilgi		
Aldım	140	95,9
Almadım	6	4,1
Menstruasyon konusunda bilgi aldıkları kişi		
Anne	79	54,1
Diğer	23	15,8
Arkadaş	21	14,4
Abla	10	6,8
Medya	9	6,2
İlk adet duygusu		
Olumsuz	21	14,7
Olumlu	20	14,0
Olumlu ve olumsuz duygular birlikte	102	71,3
Adete karşı duygu durumu		
Olumlu	118	80,8
Olumsuz	28	19,2

Öğrencilerin %92,5'i menstruasyon sırasında banyo yaptıklarını, %86,5'i mens döneminde ayakta duş aldıklarını ifade etmektedir. Mens döneminde banyo yapmayanların %80,8'i mens bitiminde banyo yaptıklarını belirtmektedir. Araştırmaya katılanların haftada ortalama banyo yapma sayısı $3,3 \pm 1,1$ olarak bulunmuştur. Tuvalet temizliğinin yönünü “önden arkaya” şeklinde uygulayanların oranı %40,8, hergün iç çamaşırı değiştirenlerin sıklığı ise %68,5 olarak hesaplanmıştır. Öğrencilerin %94,5'i pamuklu iç çamaşırı kullanırken, %5,5'i naylon içerikli çamaşır kullandıklarını belirtmektedir.

Tablo 4-4: Araştırmaya katılan genç kızların temel menstruasyon ve hijyen alışkanlıkları

Mens sırasında banyo yapma durumu	Sayı	%
Evet	135	92,5
Hayır	11	7,5
Mens döneminde banyo yapma şekli		
Ayakta duş	122	86,5
Taburede oturarak	19	13,5
Mens döneminde banyo yapmama nedeni		
Mens bitiminde	21	80,8
Ağrı olur, kanama artar, günah..	5	9,6
Tuvalet temizliğinin yönü		
Önden arkaya	58	40,8
Dikkat etmiyorum	50	35,2
Arkadan öne	34	23,9
İç çamaşırı değiştirme sıklığı		
Hergün	100	68,5
Haftada iki üç kez	31	21,2
Haftada bir kez	1	0,7
Kirlendikçe	14	9,6
Kullanılan iç çamaşırı türü		
Pamuk	138	94,5
Naylon	8	5,5

“Ailede bilinen PMS öyküsü var” yanıtını verenlerin oranı %4,8, “yok” yanıtı verenlerin oranı %51,7, “bilmiyorum” yanıtı verenlerin oranı %43,4 bulunmuştur. Araştırmaya katılan genç kızların temel menstruasyon ve hijyen alışkanlıklarıyla ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 4-4’te gösterilmektedir. Menstruasyonun günlük faaliyetleri etkileme durumu sorulduğunda öğrencilerin %60,1’i “arasıra”, %23,0’ı “hiçbir zaman”, %16,9’u “çoğu zaman” cevabını vermektedir. Araştırmaya katılan genç kızların menstruasyon özellikleri Tablo 4-5’te gösterilmektedir.

Tablo 4-5: Araştırmaya katılan genç kızların menstruasyon özellikleri

Ailede bilinen PMS öyküsü		
Var	7	4,8
Yok	75	51,7
Bilmiyor	63	43,4
Kaç günde bir adet olduğu		
≤20	6	4,1
21-35	97	65,5
≥36	9	6,1
Düzensiz	32	21,6
Bilmiyorum	4	2,7
Menstruasyonun günlük faaliyetleri etkileme durumu		
Çoğu zaman	25	16,9
Ara sıra	89	60,1
Hiçbir zaman	34	23,0
Ortalama adet süresi		
≤ 2	4	2,7
3-7 gün	132	89,8
8-14 gün	11	7,5
Ped değiştirme sıklığı		
İki üç saatte bir	28	19,2
Günde iki kez	34	23,3
Günde bir kez	4	2,7
Günde 3-4kez	80	54,8
Bir mens döneminde ortalama kullanılan ped sayısı		
≥4 adet	97	66,4
5-10 adet	34	23,3
Bilmiyorum	11	7,5
Bir defada iki ped	4	2,7

4.3. Araştırmaya Katılan Genç Kızların Menstrual Şikayetler için Yapılan Uygulamalara İlişkin Düşünceleri

Öğrenci grubunun %48,0'ı menstruasyon sırasındaki ağrıyı azaltmak için çeşitli ilaçlar kullanmaktadırlar. Mens ağrısını olağan bir durum olarak kabul edenlerin %86,5'ini oluşturmaktadırlar. Menstruasyon sırasında yürüyüş yapmanın ağrıyı azaltıp azaltmadığı sorulduğunda öğrencilerin çoğunluğu (%47,3) bu konuda “fikrim yok”, %34,5'i ise “evet” cevabı vermiştir. Tablo 4-6'da da gösterildiği gibi menstruasyon sırasında egzersiz yapmanın mens ağrısına azaltıp azaltmayacağı sorusuna %43,9'luk bir oran “fikrim yok” derken %42,6'luk bir oran “hayır” cevabını vermiştir. Menstruasyon sırasında karın bölgesine sıcak uygulamanın ağrıyı azaltacağını düşünenlerin oranı ise %58,1'dir.

Tablo 4-6: Araştırmaya katılan genç kızların menstrual şikayetler için yapılan uygulamalara ilişkin düşünceleri

Sorular (%)	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Menstruasyon sırasında, ağrıyı azaltmak için aspirin türevi ağrı kesici ilaçlar kullanılabilir mi?	48,0	39,9	12,2
Menstruasyon sırasında ağrı olması normal bir durum mudur?	86,5	4,7	8,8
Menstruasyon sırasında yürüyüş yapmak ağrıyı azaltmada yararlı olur mu?	34,5	18,2	47,3
Menstruasyon sırasında egzersiz yapmak ağrıyı daha da artırır mı?	13,5	42,6	43,9
Menstruasyon sırasında ağrıyı azaltmak için karın bölgesine sıcak uygulama yapmak doğru mudur?	58,1	18,9	23,0

4.4. Premenstrual Değerlendirme Formuna Ait Veriler

Çalışmanın yapıldığı ilk siklusta uygulanan anketlerde alt ölçeklere ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ilk anketlerde 0,955 ile 0,970 arasında değişmekte olup bu bulgu alt ölçeklerin kendi içinde tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-7: Genç kızların ilk ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenirlik verilerinin dağılımı

Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Verileri				
Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Ortalama	S.S.	Cronbach Alfa
1. Çökkün duygudurum	10	22,4	12,0	,957
2. Endojen depresif özellikler	5	10,8	5,1	,955
3. Labilite	3	8,5	4,0	,956
4. Atipik depresif özellikler	6	18,1	6,8	,955
5. Histeroid özellikler	5	11,3	5,7	,955
6. Düşmanlık/kızgınlık	6	13,0	7,4	,955
7. Sosyal geri çekilme	4	10,0	5,3	,955
8. Bunaltı	4	11,2	4,7	,955
9. Kendini iyi hissetme	4	6,5	3,5	,960
10. İmpulsivite	4	8,4	4,7	,956
11. Organik mental özellikler	6	12,2	6,7	,955
12. Sıvı tutulumu	6	13,3	5,7	,957
13. Fiziksel rahatsızlık	3	8,2	3,8	,958
14. Otonomik değişimler	7	12,5	5,3	,956
15. Yorgunluk	4	12,2	5,2	,956
16. Sosyal işlevlerde bozukluk	11	22,9	10,5	,955
17. Duygudurum/davranış değişimi	14	25,5	11,0	,956
18. Fiziksel değişimler	6	12,0	4,4	,957
Toplam	108	239,6	92,5	,970

Tablo 4-7’de de görüldüğü gibi ilk kez uygulanan PDF için PDF toplam puanı $239,6 \pm 105,7$ hesaplanmıştır.

İkinci kez uygulanan PDF için PDF toplam puanı; $220,3 \pm 115,0$ bulunmuştur. İkinci anketlerde 0,967 ile 0,970 arasında değişmekte olup bu bulgu alt ölçeklerin kendi içinde tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4-8: Genç kızların ikinci ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenirlik verilerinin dağılımı

Alt Ölçekler	Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Güvenirlik Verileri			
	Soru Sayısı	Ortalama	S.S.	Cronbach Alfa
1. Çökkün duygudurum	10	20,2	11,6	,968
2. Endojen depresif özellikler	5	10,0	5,0	,968
3. Labilite	3	7,2	3,9	,969
4. Atipik depresif özellikler	6	15,8	7,2	,968
5. Histeroid özellikler	5	10,2	5,6	,967
6. Düşmanlık/kızgınlık	6	11,6	7,0	,967
7. Sosyal geri çekilme	4	9,1	5,2	,968
8. Bunaltı	4	9,8	5,1	,968
9. Kendini iyi hissetme	4	6,4	3,5	,970
10. İmpulsivite	4	7,8	4,5	,968
11. Organik mental özellikler	6	12,0	6,9	,967
12. Sıvı tutulumu	6	12,4	6,0	,968
13. Fiziksel rahatsızlık	3	7,1	3,7	,970
14. Otonomik değişimler	7	11,9	5,6	,968
15. Yorgunluk	4	11,0	5,1	,968
16. Sosyal işlevlerde bozukluk	11	21,6	11,3	,968
17. Duygudurum/davranış değiş	14	24,4	12,3	,969
18. Fiziksel değişimler	6	10,9	4,5	,969
Toplam	108	220,3	101,1	,970

Tablo 4-8’de genç kızların ikinci ay yapılan form için PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı verilmiştir.

Üçüncü anketlerde ise 0,973 ile 0,976 arasında değişmekte olup bu bulgu alt ölçeklerin kendi içinde tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.Üçüncü kez uygulanan PDF için PDF toplam puanı: 214,4±124,6 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar Tablo 4-9’da görülmektedir.

Tablo 4-9: Genç kızların üçüncü ay yapılan formlarda PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı

Alt Ölçekler	Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Verileri			
	Soru Sayısı	Ortalama	S.S.	Cronbach Alfa
1. Çökkün duygudurum	10	19,9	12,4	,974
2. Endojen depresif özellikler	5	9,5	5,3	,974
3. Labilite	3	6,6	4,1	,975
4. Atipik depresif özellikler	6	14,5	7,7	,974
5. Histeroid özellikler	5	9,9	5,9	,973
6. Düşmanlık/kızgınlık	6	11,9	7,8	,973
7. Sosyal geri çekilme	4	8,3	5,0	,974
8. Bunaltı	4	9,1	5,4	,974
9. Kendini iyi hissetme	4	6,7	4,2	,975
10. İmpulsivite	4	7,8	4,9	,974
11. Organik mental özellikler	6	12,0	7,6	,973
12. Sıvı tutulumu	6	12,3	6,8	,975
13. Fiziksel rahatsızlık	3	6,4	3,5	,976
14. Otonomik değişimler	7	12,3	7,0	,974
15. Yorgunluk	4	9,7	5,3	,974
16. Sosyal işlevlerde bozukluk	11	21,1	12,0	,974
17. Duygudurum/davranış değiş	14	24,6	13,4	,976
18. Fiziksel değişimler	6	10,8	5,4	,974
Toplam	108	214,4	113,2	,976

Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) kullanılarak elde edilen veriler kümeleme analizi ile değerlendirilmiş ve PMS hafif, orta, şiddetli olmak üzere 3 kümeye ayrılmıştır. PDF'nin 95 maddesi dahil edilerek yapılan küme analizine göre her bir kümenin ortalama değeri o küme için eşik değer olarak belirlenmiştir. Bu eşik değerlere göre ilk ay yapılan ankette; kız öğrencilerin %68,9 (102)'u hafif düzeyde şikayeti olan birinci kümede, %27 (40)'si orta düzeyde şikayeti olan ikinci kümede, %4,1 (6)'inin ise yüksek düzeyde şikayeti bulunan üçüncü kümede yer aldığı bulunmuştur (Tablo 4-10). İkinci ay yapılan ankette; kız öğrencilerin %14,8 (22)'i birinci kümede, %80,4 (119)'ü şikayeti olan ikinci kümede, %4,8 (7)'inin ise üçüncü kümede yer aldığı bulunmuştur (Tablo 4-11). Üçüncü ay son olarak yapılan ankette; kız öğrencilerin %81 (120)'i birinci kümede, %6,2 (9)'si şikayeti olan ikinci kümede, %12,8 (19)'inin ise üçüncü kümede yer aldığı bulunmuştur (Tablo 4-12).

Her bir kümenin aldığı ortalama puanlar ile maksimumdeğer sınırları arasında kalan değerler hesaplanarak PMS varlığı belirlenmektedir. Buna göre çalışmanın ilk ay yapılan anketlerde; hafif düzeyde PMS şikayetleri yaşayanlar %41,2, orta ve şiddetli düzeyde PMS şikayetleri olanlar %14,1'dir. İkinci ay yapılan anketlerdeki cevaplara göre %8,7'si hafif, %40,1'i orta ve şiddetli derecede PMS şikayetlerinden yakınmaktadırlar. Üçüncü ay yapılan anketlerdeki cevaplarda ise %34,4'ü hafif, %1,5'i orta ve şiddetli derecede PMS semptomlarından etkilenmektedirler.

Belirlenmiş olan üç farklı kümeye göre PDF'nun ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş olup bulgular Tablo 4-10, Tablo 4-11, Tablo 4-12'de verilmiştir.

Tablo 4-10: İlk ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar

Kümeler	Kümelerin Eşik Değerleri				
	Sayı	%	(Ort.± SS)	Min. Değerler	Max. Değerler
Küme1(Hafif)	102	68,9	1,9±0,4	1,1	3,1
Küme2(Orta)	40	27,0	3,5±0,5	2,8	4,7
Küme3(Şiddetli)	6	4,1	4,7±0,5	3,6	5,1
Toplam	148	100	2,5±0,9	1,1	5,1

Tablo 4-11: İkinci ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar

Kümeler	Kümelerin Eşik Değerleri				
	Sayı	%	(Ort.± SS)	Min. Değerler	Max. Değerler
Küme1(Hafif)	22	14,8	3,8±0,5	3,0	4,8
Küme2(Orta)	119	80,4	1,8±0,5	1,1	3,2
Küme3(Şiddetli)	7	4,8	5,0±0,8	4,4	6,8
Toplam	148	100	2,3±1,0	1,1	6,8

Tablo 4-12: Üçüncü ay yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar

Kümeler	Kümelerin Eşik Değerleri				
	Sayı	%	(Ort.± SS)	Min. Değerler	Max. Değerler
Küme1(Hafif)	120	81,0	1,7±0,6	1,1	3,4
Küme2(Orta)	9	6,2	5,2±0,9	3,9	6,8
Küme3(Şiddetli)	19	12,8	3,7±0,4	3,1	4,6
Toplam	148	100	2,2±1,1	1,1	6,8

Premenstrual yakınmaların şiddeti açısından genç kızların hafif-orta-şiddetli olarak değerlendirilebilmesi için küme analizinde üçlü çözüm benimsenmiştir. Yapılan küme analizinde PDF ölçek puan ortalamaları ile kümeler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan genç kızların alt ölçeklerde her kümenin aldıkları puan ortalamaları hesaplanmıştır ve ilk uygulanan PDF için Tablo 4-13'te ikinci uygulanan PDF için Tablo 4-14'te, üçüncü uygulanan PDF için Tablo 4-15'te gösterilmektedir.

Tablo4-13: İlk yapılan PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri

Alt Ölçekler	Küme 1		Küme 2		Küme 3		P
	Ort.S.S.		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Çökkün duygudurum	16,2	6,3	34,6	9,7	45,8	9,6	,000
Endojen depresif özellikler	8,5	2,9	14,7	4,2	24,3	3,5	,000
Labilite	6,6	2,8	12,3	3,2	14,0	3,4	,000
Atipik depresif özellikler	15,2	5,3	24,1	5,5	27,0	3,6	,000
Histeroid özellikler	8,5	3,7	16,8	4,5	20,6	4,8	,000
Düşmanlık/kızgınlık	9,3	3,8	21,0	7,3	21,6	6,8	,000
Sosyal geri çekilme	7,4	3,2	15,1	4,2	20,6	3,0	,000
Bunaltı	8,8	3,1	15,9	2,9	20,0	1,6	,000
Kendini iyi hissetme	5,7	2,8	7,8	3,9	10,1	5,9	,000
İmpulsivite	6,2	2,4	13,4	4,7	14,0	3,6	,000
Organik mental özellikler	9,0	3,3	17,6	5,4	30,5	4,2	,000
Sıvı tutulumu	11,1	4,1	17,3	5,5	24,5	3,0	,000
Fiziksel rahatsızlık	6,9	3,0	10,3	3,5	15,6	1,9	,000
Otonomik değişimler	10,4	3,4	15,8	4,4	26,6	5,6	,000
Yorgunluk	9,6	3,7	17,4	2,7	21,6	2,5	,000
Sosyal işlevlerde bozukluk	17,3	5,5	34,2	7,8	42,5	7,3	,000
Duygudurum/davranış değiş	20,6	6,3	34,3	9,2	51,1	13,7	,000
Fiziksel değişimler	10,3	3,2	14,7	3,2	23,1	5,0	,000
Toplam	164,5	40,5	294,1	42,3	394,6	45,6	,000

Tablo4-14: İkinci kez uygulanan PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri.

Alt Ölçekler	Küme 1		Küme 2		Küme 3		P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Çökkün duygudurum	37,6	7,4	15,4	5,5	48,5	6,4	,000
Endojen depresif özellikler	15,8	3,3	8,2	3,1	22,5	4,5	,000
Labilite	12,5	3,5	5,8	2,4	14,7	2,7	,000
Atipik depresif özellikler	24,7	6,6	13,5	5,2	28,1	5,3	,000
Histeroid özellikler	18,1	4,4	8,1	3,1	22,4	4,0	,000
Düşmanlık/kızgınlık	21,0	7,4	9,0	3,6	26,5	5,7	,000
Sosyal geri çekilme	16,0	4,7	7,2	3,1	19,8	3,0	,000
Bunaltı	16,0	3,6	8,0	3,5	21,0	1,6	,000
Kendini iyi hissetme	9,1	3,9	5,5	2,2	13,5	6,6	,000
İmpulsivite	14,5	4,5	6,1	2,4	16,1	3,7	,000
Organik mental özellikler	20,8	5,8	9,3	3,6	29,5	5,1	,000
Sıvı tutulumu	18,3	5,7	10,6	4,3	25,5	4,7	,000
Fiziksel rahatsızlık	10,9	2,3	6,0	3,1	13,5	2,4	,000
Otonomik değişimler	17,7	3,9	9,8	2,9	28,2	6,6	,000
Yorgunluk	16,9	2,9	9,4	4,0	20,4	4,0	,000
Sosyal işlevlerde bozukluk	37,8	7,0	17,0	5,6	48,7	10,5	,000
Duygudurum/davranış değiş	39,3	8,2	19,8	6,5	55,8	15,4	,000
Fiziksel değişimler	14,0	3,0	9,6	2,9	24,1	6,4	,000
Toplam	362,0	48,6	178,8	50,6	479,7	77,1	,000

Tablo4-15: Yapılan üçüncü PDF için PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri

Alt Ölçekler	Küme 1		Küme 2		Küme 3		P
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	
Çökkün duygudurum	15,1	6,2	49,4	8,2	36,3	9,9	,000
Endojen depresif özellikler	7,6	2,9	21,4	5,9	16,3	3,2	,000
Labilite	5,2	2,6	14,2	3,6	12,1	3,5	,000
Atipik depresif özellikler	12,1	5,8	29,2	5,5	23,1	5,0	,000
Histeroid özellikler	7,8	3,5	24,1	4,8	17,0	3,5	,000
Düşmanlık/kızgınlık	8,9	4,2	29,3	5,6	22,1	6,7	,000
Sosyal geri çekilme	6,5	3,0	19,6	3,3	14,4	4,5	,000
Bunaltı	7,1	3,4	19,4	4,9	16,7	3,8	,000
Kendini iyi hissetme	5,5	2,7	17,1	5,5	9,6	3,5	,000
İmpulsivite	5,9	2,6	18,5	4,7	14,5	4,1	,000
Organik mental özellikler	9,0	3,8	29,5	5,5	23,0	5,4	,000
Sıvı tutulumu	10,4	5,2	26,8	5,9	17,5	4,9	,000
Fiziksel rahatsızlık	5,3	2,5	14,0	2,7	10,0	2,6	,000
Otonomik değişimler	9,7	3,1	32,4	6,7	19,1	4,8	,000
Yorgunluk	7,9	3,8	19,2	4,2	16,6	3,3	,000
Sosyal işlevlerde bozukluk	16,6	6,5	51,6	10,5	34,7	7,7	,000
Duygudurum/davranış değiş	19,8	7,5	58,4	15,7	39,1	6,7	,000
Fiziksel değişimler	9,2	3,2	23,8	8,4	15,4	3,4	,000
Toplam	170,3	60,1	498,6	91,6	358,2	43,9	,000

Yapılan küme analizinde PDF alt ölçek puan ortalamaları ile kümeler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına göre yaşadıkları değişimler en yüksekten en düşüğe göre sıralanmış ve tablo 4-16'da gösterilmiştir. Alt ölçek puan ortalamalarının yüksek puandan düşük puana doğru sıralanması ve böylece alt ölçeklerden hangilerinin daha yüksek puana sahip olduğunu görebilmek için her bir alt ölçek kendi soru sayısına bölünerek standardize edilmiştir.

Tablo4-16: Katılımcıların ilk uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)’ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları

PDF 1’in Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları				
Alt Ölçekler	Ort.	S.S.	Min. değer	Max. değer
Yorgunluk	3,0	1,3	1,0	6,0
Atipik depresif özellikler	3,0	1,1	1,0	5,8
Labilite	2,8	1,3	1,0	6,0
Bunaltı	2,8	1,1	1,0	5,5
Fiziksel rahatsızlık	2,7	1,2	1,0	6,0
Sosyal geri çekilme	2,5	1,3	1,0	6,0
Histeroid özellikler	2,2	1,1	1,0	5,4
Çökkün duygudurum	2,2	1,2	1,0	5,5
Sıvı tutulumu	2,2	,9	1,0	4,8
Düşmanlık/kızgınlık	2,1	1,2	1,0	6,0
Endojen depresif özellikler	2,1	1,0	1,0	6,0
İmpulsivite	2,1	1,1	1,0	6,0
Sosyal işlevlerde bozukluk	2,0	,9	1,0	5,0
Organik mental özellikler	2,0	1,1	1,0	6,0
Fiziksel değişimler	2,0	,7	1,0	4,6
Duygudurum/davranış değiş	1,8	,7	1,0	5,0
Otonomik değişimler	1,7	,7	1,0	4,4
Kendini iyi hissetme	1,6	,8	1,0	5,2

Araştırmaya katılan genç kızların PDF’nin 18 alt ölçeğine göre sırasıyla üç ankette aldıkları puanların ortalamaları maksimum ve minimum değerleri Tablo 4-16, Tablo 4-17 ve Tablo 4-18’de verilmiştir.

Tablo4-17: Katılımcıların ikinci defa uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)’ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları

PDF 2’nin Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları				
Alt Ölçekler	Ort.	S.S.	Min. değer	Max. değer
Yorgunluk	2,7		1,2	6,0
Atipik depresif özellikler	2,6		1,2	6,0
Bunaltı	2,4		1,2	6,0
Labilite	2,4		1,3	6,0
Fiziksel rahatsızlık	2,3		1,2	6,0
Sosyal geri çekilme	2,2		1,3	6,0
Sıvı tutulumu	2,0		1,0	6,0
Histeroid özellikler	2,0		1,1	6,0
Çökkün duygudurum	2,0		1,1	6,0
Endojen depresif özellikler	2,0		1,0	6,0
Organik mental özellikler	2,0		1,1	6,0
Sosyal işlevlerde bozukluk	1,9		1,0	6,0
İmpulsivite	1,9		1,1	6,0
Düşmanlık/kızgınlık	1,9		1,1	6,0
Fiziksel değişimler	1,8		,7	6,0
Duygudurum/davranış değiş	1,7		,8	6,0
Otonomik değişimler	1,7		,8	6,0
Kendini iyi hissetme	1,6		,8	6,0

Ortaya çıkan sonuçlara göre yapılan üç PDF’nda da Yorgunluk, Atipik depresif özellikler ilk iki sırada yer almıştır. PDF 3’e göre; Yorgunluk ($2,4 \pm 1,3$), Atipik depresif özellikler ($2,4 \pm 1,2$), Bunaltı ($2,2 \pm 1,3$), Labilite ($2,2 \pm 1,3$), Sosyal geri çekilme ($2,0 \pm 1,2$), Sıvı tutulumu ($2,0 \pm 1,1$), Organik mental özellikler ($2,0 \pm 1,2$) genç kızların en fazla değişim yaşadıkları alt ölçeklerdir.

Tablo4-18: Katılımcıların üçüncü defa uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)’ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları

PDF 3’ün Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları				
Alt Ölçekler	Ort.	S.S.	Min. değer	Max. değer
Yorgunluk	2,4	1,3	1,0	6,0
Atipik depresif özellikler	2,4	1,2	1,0	6,0
Bunaltı	2,2	1,3	1,0	6,0
Labilite	2,2	1,3	1,0	6,0
Fiziksel rahatsızlık	2,1	1,1	1,0	6,0
Sosyal geri çekilme	2,0	1,2	1,0	6,0
Sıvı tutulumu	2,0	1,1	1,0	6,0
Organik mental özellikler	2,0	1,2	1,0	6,0
Histeroid özellikler	1,9	1,1	1,0	6,0
Çökkün duygudurum	1,9	1,2	1,0	6,0
Düşmanlık/kızgınlık	1,9	1,3	1,0	6,0
İmpulsivite	1,9	1,2	1,0	6,0
Sosyal işlevlerde bozukluk	1,9	1,0	1,0	6,0
Endojen depresif özellikler	1,9	1,0	1,0	6,0
Fiziksel değişimler	1,8	0,9	1,0	6,0
Duygudurum/davranış değiş	1,7	0,9	1,0	6,0
Otonomik değişimler	1,7	1,0	1,0	6,0
Kendini iyi hissetme	1,6	1,0	1,0	6,0

Kendini iyi hissetme($1,6\pm1,0$), Otonomik değişimler ($1,7\pm1,0$), Duygudurum/davranış değişimleri ($1,7\pm0,9$), Fiziksel değişimler ($1,8\pm1,8$) genç kızların en az değişim yaşadıkları alt ölçeklerdir.

Araştırmanın tüm popülasyonu içinde üç siklusta da yaşadıkları PMS şikayetlerinin sürekliliğini belirten öğrenciler kodlanmış ve tekrar analiz edilmiştir. Premenstrual sendromun semptomlarını en fazla hisseden (üç siklusda da bu şikayetleri devam eden) 80 kız öğrenci belirlenmiştir. Bu sebeple; bu grup diğerlerinden ayrılarak bu olgular üzerinden kümeleme analizleri tekrarlanmıştır. Bu öğrenciler kodlanarak üç siklusun ortalamalarının alındığı verilere göre kümelenmiştir. Veriler yine üç kümeye ayrılmış, alt ölçekleri hesaplanmış ve değerlendirilmiştir. Çalışmada alınan birçok sosyodemografik değişken ve menstrual değişkenlerle karşılaştırılmış ve istatistiksel açıdan yorumlanmıştır. Anlamlılık düzeylerine göre PMS üzerine etkililik oranları belirlenmiştir.

Araştırmada üç siklusta da belirtilerin görüldüğünü söyleyen genç kızlardan 95 sorudan birine “1”in üzerinde cevap veren maksimum sayıyı elde ederek istatistik analiz tekrar yapılmıştır. Üç ay ardı ardına yapılan anketlerde, sorulara “1”in üzerinde cevap veren toplamda 80 kişi kodlanarak sonuçları analiz edilmiştir. Kodlanan 80 kişi “Hafif”, “Orta” ve “Şiddetli” olmak üzere üç grupta kümelenen sonuçlar Tablo 4-19’da gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre sınıflandırılan 80 kişinin %65’i hafif, %10’u orta, %25’i şiddetli PMS grubunda bulunmuştur.

Tablo4-19: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) yapılan PDF ve alt ölçeklerinin toplam puanlarından ortaya çıkan aritmetik ortalama değerleri ve kümeler arasındaki farklar

Kümeler	Kümelerin Eşik Değerleri		
	Sayı	%	(Ort.± SS)
Küme1(Hafif)	52	65	1,5±0,4
Küme2(Orta)	8	10	3,5±0,6
Küme3(Şiddetli)	20	25	2,5±0,6

Araştırmada ortaya çıkan veriler semptomların üç siklusta da en fazla görüldüğü kız öğrenciler üzerinden tekrar hesaplanarak değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda puan ortalamalarına göre araştırmaya katılan genç kızlarda araştırmanın ilk siklusunda alt ölçekler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo4-20: Üç sıklısta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) yapılan PDF alt ölçekleri ile kümeler arasındaki anlamlılık düzeyleri

Alt Ölçekler	Küme1		Küme 2		Küme 3		P	F
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Çökkün duygudurum	1,4	,4	4,7	,5	2,9	,6	,000	167,5
Endojen depresif özellikler	1,4	,4	3,4	,8	2,3	,5	,000	58,8
Labilite	1,8	,7	4,7	,8	3,1	1,0	,000	51,5
Atipik depresif özellikler	2,0	,7	4,2	,9	3,3	,8	,000	36,9
Histeroid özellikler	1,4	,4	3,4	,8	2,6	,4	,000	95,5
Düşmanlık/kızgınlık	1,2	,4	4,3	,7	2,5	,9	,000	101,4
Sosyal geri çekilme	1,7	,7	4,7	,8	2,7	,8	,000	57,4
Bunaltı	1,9	,6	4,4	,7	3,4	,7	,000	59,0
Kendini iyi hissetme	1,1	,3	1,3	,4	1,5	,7	,014	4,5
İmpulsivite	1,3	,4	4,1	,9	2,4	,8	,000	83,0
Organik mental özellikler	1,3	,5	3,9	,9	2,2	,7	,000	61,6
Sıvı tutulumu	1,6	,5	2,5	1,0	2,5	,7	,000	15,5
Fiziksel rahatsızlık	1,7	,8	3,2	1,0	2,8	,9	,000	15,5
Otonomik değişimler	1,2	,3	2,2	,7	1,9	,6	,000	24,5
Yorgunluk	2,5	,7	4,5	,8	3,8	,7	,000	35,0
Sosyal işlevlerde bozukluk	1,4	,3	3,3	,5	2,2	,6	,000	74,3
Duygudurum/davranış değiş	1,2	,2	2,5	,3	2,0	,4	,000	96,4
Fiziksel değişimler	1,4	,4	2,0	,3	2,1	,3	,000	23,6

Ölçek skorları arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı farklılıklar bulunan gruplar belirtilmiştir. Post-Hoc testlerden Scheffe testi sonuçlarına göre kümelerin ikili karşılaştırmaları da 0,05 düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan genç kızların alt ölçeklerde her kümenin aldıkları puan ortalamaları hesaplanmıştır ve PDF için Tablo 4-20’de gösterilmiştir.

Sonuçlar ölçeklere göre ayrı ayrı değerlendirilerek, Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tablo 4-21’de görüldüğü gibi en yüksek sonuçların elde edildiği ölçekler; Çökkün duygudurum, Duygudurum/davranış değişimleri, Sosyal işlevlerde bozukluklar olarak bulunmuştur. PMS şiddetinin anket sayısına göre ve belirtilere göre farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Tablo4-21: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcıların (n=80) PDF alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve güvenilirlik verilerinin dağılımı

Alt Ölçekler	Alt Ölçek Puan Ortalamaları ve Güvenilirlik Verileri		
	Soru Sayısı	Ortalama	S.S.
1. Çökkün duygudurum	10	21,6	11,9
2. Endojen depresif özellikler	5	9,5	4,0
3. Labilite	3	7,3	3,8
4. Atipik depresif özellikler	6	15,6	6,4
5. Histeroid özellikler	5	9,5	4,4
6. Düşmanlık/kızgınlık	6	11,2	7,0
7. Sosyal geri çekilme	4	9,2	4,8
8. Bunaltı	4	10,3	4,4
9. Kendini iyi hissetme	4	5,1	2,1
10. İmpulsivite	4	7,4	4,3
11. Organik mental özellikler	6	10,9	6,1
12. Sıvı tutulumu	6	11,7	4,8
13. Fiziksel rahatsızlık	3	6,5	3,1
14. Otonomik değişimler	7	10,8	4,3
15. Yorgunluk	4	12,2	4,1
16. Sosyal işlevlerde bozukluk	11	20,0	8,6
17. Duygudurum/davranış değiş	14	21,6	8,1
18. Fiziksel değişimler	6	10,2	3,0
Toplam	108	211,6	78,2

Tablo4-21’de iç tutarlılığı düşük olan ölçekleri değerlendirmeden çıkardığımız zaman Chronbach Alpha katsayısının yükseleceği değer gösterilmektedir. Bu durumda Kendini İyi Hissetme ölçeğini çıkardığımızda (Chronbach Alpha: 0,294) Chronbach Alpha katsayısı 0,953’ten 0,955’e yükseldiği görülmektedir. Araştırmaya katılan belirtilerin yoğun olarak görüldüğü genç kızların (n=80) ilk siklusta yapılan

anketlerdeki alt ölçeklerden aldıkları puanların kümelere göre dağılımı Tablo 4-22’de gösterilmiştir.

Tablo4-22: Üç sıklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcıların (n=80) alt ölçeklerden aldıkları puanların kümelere göre dağılımı

Alt Ölçekler	Küme 1	Küme 2	Küme 3
	Ort.	Ort.	Ort.
1. Çökkün duygudurum	1,1	3,1	4,6
2. Endojen depresif özellikler	1,2	1,8	4,6
3. Labilite	1,3	6,0	4,6
4. Atipik depresif özellikler	1,8	5,8	3,6
5. Histeroid özellikler	1,4	3,6	4,4
6. Düşmanlık/kızgınlık	1,0	6,0	3,1
7. Sosyal geri çekilme	1,2	3,2	4,5
8. Bunaltı	1,5	4,7	5,5
9. Kendini iyi hissetme	1,0	1,7	5,2
10. İmpulsivite	1,0	4,5	3,5
11. Organik mental özellikler	1,0	1,6	5,6
12. Sıvı tutulumu	1,5	1,6	4,3
13. Fiziksel rahatsızlık	1,3	3,6	4,6
14. Otonomik değişimler	1,0	2,4	3,2
15. Yorgunluk	2,2	5,5	4,5
16. Sosyal işlevlerde bozukluk	1,0	3,2	3,5
17. Duygudurum/davranış değiş	1,0	2,2	5,0
18. Fiziksel değişimler	1,1	3,3	4,5

Alt ölçeklerin her bir kümede aldıkları puanlar incelendiğinde birinci kümede en çok puanı Yorgunluk (2,2), Atipik depresif özellikler (1,8), Bunaltı (1,5) ve Labilite (1,3) şikayetleri almıştır. Alt ölçeklerden birinci kümede en az puanı alanlar ise; Kendini iyi hissetme (1,0), Otonomik değişimler (1,0), Duygudurum davranış değişiklikleri (1,0)’dir. İkinci kümeye bakıldığında en yüksek puanı; Labilite (6,0),

Düşmanlık/Kızgınlık (6,0), Atipik Depresif Özellikler (5,8) alt ölçekleri almışlardır. En düşük puanları ise; Organik Mental Özellikler (1,6), Sıvı Tutulumu (1,6), Kendini iyi hissetme (1,7) alt ölçekleri almışlardır. Üçüncü kümeye bakıldığında alt ölçeklerden en yüksek puanları alanlar; Organik Mental Özellikler (5,6), Bunaltı (5,5), Kendini iyi hissetme (5,2)'dir. Üçüncü kümede en düşük puanları ise; Düşmanlık/Kızgınlık (3,1), Otonomik değişiklikler (3,2) alt ölçekleri almışlardır. Tüm gruplara bakıldığında; Kendini iyi hissetme, Duygu durum davranış değişimleri, Otonomik değişimler en az puanları alan alt ölçeklerdir. Atipik depresif özellikler, Yorgunluk, Bunaltı en yüksek puanları alan alt ölçekler olarak dikkat çekmektedir (Tablo 4-22).

Tablo4-23: Üç siklusta da şikayetlerin süreklilik gösterdiği katılımcılara (n=80) uygulanan Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF)’ndan aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımları

PDF Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları				
Alt Ölçekler	Ort.	S.S.	Min. değer	Max. değer
Yorgunluk	2,1	1,1	1,0	5,5
Atipik depresif özellikler	1,9	,8	1,0	4,7
Bunaltı	2,4	1,2	1,0	6,0
Labilite	2,6	1,0	1,0	5,6
Fiziksel rahatsızlık	1,9	,8	1,0	4,4
Sosyal geri çekilme	1,8	1,1	1,0	5,1
Sıvı tutulumu	2,3	1,2	1,0	6,0
Histeroid özellikler	2,5	1,1	1,0	5,2
Çökkün duygudurum	1,2	,5	1,0	3,0
Endojen depresif özellikler	1,8	1,0	1,0	5,3
Organik mental özellikler	1,8	1,0	1,0	5,1
Sosyal işlevlerde bozukluk	1,9	,8	1,0	4,2
İmpulsivite	2,1	1,0	1,0	5,2
Düşmanlık/kızgınlık	1,5	,6	1,0	4,0
Fiziksel değişimler	3,0	1,0	1,2	5,7
Duygudurum/davranış değiş	1,8	,7	1,0	4,0
Otonomik değişimler	1,5	,5	1,0	3,0
Kendini iyi hissetme	1,7	,5	1,0	3,0

Araştırmanın katılımcılarının alt ölçek puanlarını ölçeklerin içerdikleri soru sayısına göre ortalamalarını aldığımızda en yüksek ortalamaya sahip alt ölçeğin; Fiziksel değişimler, Labilite ve Histeroid özellikler olduğu görülmektedir. Çökkün duygudurum, Düşmanlık/Kızgınlık, Otonomik değişimler en düşük alt ölçek ortalamasına sahip alt ölçeklerdir. Tablo 4-23’da da görüldüğü üzere değişim aralığının en dar olduğu alt ölçekler; Otonomik değişimler, Kendini iyi hissetme ve Çökkün duygudurumdur.

Tablo4-24: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) çeşitli değişkenlere göre PMS şiddetinin dağılımı

Değişkenler	PMS Şiddeti					
	Grup 1		Grup 2			
Anne Eğitimi	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)		X²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitimi yok	0	0	1	100		
İlkokul	15	75	5	25		
Ortaokul	7	53,8	6	36,2	2,529	,640
Lise	14	60,9	9	39,1		
Üniversite	16	69,6	7	30,4		
	Grup 1		Grup 2			
Anne Mesleği	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)		X²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Ev hanımı	30	62,5	18	37,5		
İşçi	5	83,3	1	16,7		
Memur	5	62,5	3	37,5	3,642	,457
Serbest meslek	5	100	0	0		
Emekli	5	45,5	6	54,5		
	Grup 1		Grup 2			
Baba Eğitimi	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)		X²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
İlkokul	8	66,7	4	33,3		
Ortaokul	1	50	1	50		
Lise	17	65,4	9	34,6	4,674	,197
Üniversite	25	64,1	14	35,9		

Baba Mesleği	Grup 1		Grup 2		X²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
İşçi	5	55,6	4	44,4		
Memur	11	78,6	3	21,4		
Serbest meslek	26	65	14	35	2,135	,545
Emekli	10	62,5	6	37,5		

Tablo 4-25: Üç sıklısta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) Beden Kitle İndeksine (BKİ) göre PMS şiddetinin dağılımı

Değişkenler		PMS Şiddeti				X²	P
BKİ	Grup 1		Grup 2				
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Zayıf	17	70,8	7	29,2			
Normal	34	63	20	37	,655	,721	
Hafif Şişman	1	50	1	50			

Tablo 4-25'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan kız öğrencilerin Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve hafif, orta, şiddetli olarak kümelenen PMS şiddeti arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çeşitli sosyodemografik değişkenlere göre PMS sıklığı Tablo 4-24'te görüldüğü gibi değerlendirilmiştir. Anne eğitimi, anne mesleği, baba eğitimi, baba mesleği ile ayrı ayrı PMS şiddeti arasındaki anlamlılık düzeyi sorgulanmış ve bu değişkenlerin PMS şiddetini etkilemediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$).

Tablo4-26: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) sosyodemografik özelliklere göre PMS dağılımı

Değişkenler	PMS Şiddeti				X²	P
Aile Yapısı	Grup 1		Grup 2			
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Çekirdek aile (anne-baba- çocuk)	44	64,7	24	35,3		
Geniş aile (anne-baba- çocuk-dede- büyükanne...)	3	50	3	50	3,353	,187
Anne baba ayrı (boşanmış)	4	80	1	20		
Aile Geliri	Grup 1		Grup 2		X²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
700 TL ve 1500 TL	7	53,8	6	46,2		
1500-3000 TL arası	22	62,9	13	37,2	1,196	,550
3000TL ve üzeri	17	65,4	9	34,6		
Sosyal Güvence	Grup 1		Grup 2		X²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yok	2	40	3	60		
SGK	38	63,3	22	36,6	5,153	,076
Özel Sigorta	10	90,9	1	9,1		

Buna ek olarak; araştırma grubunun aile yapısının çekirdek veya geniş aileden oluşması, ailenin gelir durumu ve sosyal güvence çeşidinin PMS şiddetini etkileme düzeyi arasındaki fark karşılaştırılmıştır ve Tablo 4-26’da da gösterildiği üzere anlamlı bir sonuç bulunmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$).

Tablo4-27: Üç sıklısta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) PMS sıklığının menstruasyonla ilgili değişkenlere göre değerlendirilmesi

Değişkenler		PMS Şiddeti				X ²	P
Menarştan önce bilgi alma durumu	Grup 1		Grup 2				
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Bilgi aldım	50	65,8	26	34,2	1,329	,249	
Bilgi almadım	1	33,3	2	66,7			

Menstruasyon Bilgi Kaynağı	Grup 1		Grup 2		X ²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Annem	25	62,5	15	37,5	7,354	,196
Ablam	7	77,8	2	22,2		
Arkadaşım	8	72,7	3	27,3		
TV, Gazete vb.	2	100	0	0		
Diğer	7	50	7	50		
Cevapsız	2	66,7	1	33,3		

İlk Adet Duygusu	Grup 1		Grup 2		X ²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Olumsuz duygular	5	50	5	50	4,036	,133
Olumlu duygular	6	66,7	3	33,3		
Olumlu-olumsuz duygular birlikte	40	70,2	17	29,9		

Menstruasyonun Günlük Faaliyetlere Etkisi	Grup 1		Grup 2		X²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Çoğu zaman	8	44,4	10	55,6	1,698	,428
Ara sıra	35	67,3	17	32,7		
Hiçbir zaman	9	90	1	10		

Araştırmaya katılan genç kızların menarş olmadan önce menstruasyonla ilgili bilgi sahibi olup olmamasının PMS sıklığını etkilediği, aralarında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bununla beraber; PMS hakkında alınan bilginin kaynağının PMS şiddetini etkilemediği ortaya çıkmıştır ($p>0,05$). Menarş duygudurumları ile PDF küme grupları karşılaştırıldığında aralarındaki ilişki Tablo 4-27’de gösterilmektedir. Menarş duygudurumları ile PDF küme grupları aralarında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Menstruasyonun kişinin günlük faaliyetlerini etkileme durumu ile PMS’un şiddeti arasındaki ilişkinin anlamlı olmaması dikkat çekmektedir ($p>0,05$).

Tablo4-28: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) menstruasyon ve menstruasyon hijyenine dair çeşitli değişkenlerinin PMS şiddetine göre dağılımı

Değişkenler	PMS Şiddeti				X²	P
	Grup 1		Grup 2			
Ortalama Adet Süresi	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Fizyolojik sürenin dışında*	17	66,7	13	33,3	1,465	,226
3-7 gün arası	46	67,6	22	32,3		
	Grup 1		Grup 2		X²	P
Ortalama Ped Sayısı	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Günde ≤4 ped	33	59	23	41	3,025	,082
Genel ortalamanın dışındakiler**	19	80	5	20		
	Grup 1		Grup 2		X²	P
Ped Değişirme	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
Sıklığı	Sayı	%	Sayı	%		
İki-üç saatte bir	11	64,8	6	35,2	0,01	,977
Genel ortalamanın dışındakiler**	41	65,1	22	34,9		

* 3 günden az, 7 günden fazla

** Turan ve Ceylan (2007), Esin ve Bulduk (2004)

Menstruasyon süresi premenstrual sendromu etkilememektedir (Tablo 4-28). Menstruasyon süresi ve PMS şiddeti arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p>0,05$). Bütün menstruasyon süresince ortalama kullanılan ped sayısı ile PMS sıklığı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Menstruasyon sırasındaki ped değiştirme sıklığı ile PDF küme grupları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo4-29: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) banyo uygulamaları ve PMS sıklığı arasındaki ilişkinin dağılımı

Değişkenler		PMS Şiddeti				X²	P
Mens Döneminde Banyo Yapma	Grup 1		Grup 2				
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Evet	48	65,8	25	34,2	,208	,648	
Hayır	4	57,1	3	42,9			
Banyo Yapma Şekli	Grup 1		Grup 2		X²	P	
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Ayakta duş biçiminde	47	69,1	21	30,9	3,266	,071	
Taburede oturarak	4	40	6	60			
Mens döneminde banyo yapmama nedeni		Grup 1		Grup 2		X²	p
		(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Adet bitiminde yapıyorum		7	53,8	6	46,2	,010	,919
Ağrı olur, kanama artar, günah		1	50	1	50		

Tablo 4-30: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) hijyen alışkanlıkları ve PMS sıklığı arasındaki ilişkinin dağılımı

Değişkenler		PMS Şiddeti				X ²	P
Tuvalet yönü	temizliğinin	Grup 1		Grup 2			
		(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Önden arkaya doğru		20	58,8	14	41,2	1,380	,502
Arkadan öne doğru		12	70,6	5	29,4		
Dikkat etmiyorum		18	72	7	28		
Külöt Değiştirme Sıklığı		Grup 1		Grup 2		X ²	P
		(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Her gün		36	70,6	15	29,4	8,187	,042
Haftada iki-üç kez		8	50	8	50		
Kirlendikçe		7	70	3	30		
Kullanılan külöt cinsi		Grup 1		Grup 2		X ²	P
		(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Pamuklu		50	67,6	24	32,4	1,582	,208
Naylon		2	40	3	60		

Menstruasyon hijyenine ait bazı değişkenlerin PMS sıklığı ile karşılaştırılmasıyla; menstruasyon döneminde banyo yapmanın, eğer banyo yapmıyorsa yapmama nedeninin, banyoyu oturarak ya da ayakta yapmanın, tuvalet temizliğinin doğru veya yanlış yönde yapılmasının ve külöt değiştirme sıklığının PMS ile bağlantısının olmadığı ve PMS sıklığı ile aralarında anlamlı fark bulunmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0,05$). Kullanılan külöt cinsinin PMS sıklığını etkilediği ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Premenstrual semptomları üç siklusta da süreklilik göstererek devam eden 80 genç kızda menstruasyon uygulamaları ve PMS sıklığı arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4-29 ve Tablo 4-30’da verilmiştir.

Tablo4-31: Üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcılarda (n=80) çeşitli kişisel değişkenlerin PMS sıklığına göre dağılımı

Menstruasyona Karşı Duygular	Grup 1		Grup 2		X ²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Olumlu (doğal karşılama)	39	63,9	22	36,1	,037	,847
Olumsuz (tiksinme)	13	68,4	6	31,6		

İlk Adet Yaşı	Grup 1		Grup 2		X ²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
11 yaş ve altı	7	77,8	2	22,2	,890	,641
12-14 yaş arası	44	63,8	25	36,2		
15 yaş ve üstü	1	50	1	50		

Şimdiki Yaşı	Grup 1		Grup 2		X ²	P
	(Hafif)		(Orta ve Şiddetli)			
	Sayı	%	Sayı	%		
15 yaş altı (15, 14)	19	82,6	4	17,4	4,400	,036
15 yaş üstü (16, 17, 18,19)	33	57,9	24	42,1		

Tablo 4-31’de araştırmaya katılan, üç siklusta da belirtilerin yoğun olarak görüldüğü genç kızların (n=80) çeşitli kişisel değişkenlerinin PMS sıklığına göre dağılımı gösterilmektedir. Menstruasyona karşı duyguların PMS sıklığı ile arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). İlk adet yaşını üç gruba ayırarak PMS şiddeti ile arasındaki anlamlılığını hesapladığımızda kayda değer bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan genç kızların yaşları ve PMS şiddeti arasındaki anlamlılık düzeyi ise önemsenecek düzeydedir ($p<0,05$).

Tablo 4-32: Birinci, ikinci, üçüncü siklus ve üç siklusta da şikayetleri devam eden katılımcıların (n=80) kümelere göre dağılımlarının karşılaştırılması

	Küme 1 (Hafif)		Küme 2 (Orta)		Küme 3 (Şiddetli)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Birinci Siklus (N=148)	102	68,9	40	27,0	6	4,1
İkinci Siklus (N=148)	22	14,8	119	80,4	7	4,8
Üçüncü Siklus (N=148)	120	81,0	9	6,2	19	12,8
n=80	52	65	8	10	20	25

Yapılan kümelemeler karşılaştırıldığında; 80 kişilik grup premenstrual semptomların en şiddetli görüldüğü (%25) grup olarak bulunmuştur. Tablo 4-32’de görüldüğü üzere hafif semptomların en sık ortaya çıktığı grup ise üçüncü siklus değerlendirmelerinde ortaya çıkmıştır (%81). Bu değerler 148 olgu üzerinden değerlendirildiğinde; premenstrual sendromu orta ve şiddetli düzeyde yaşayanların sıklığı %18,9 olarak bulunmuştur.

Değerlendirilen 148 kız öğrenci; PMS’u orta ve şiddetli yaşayan (80) ve PMS’u hafif yaşayan (68) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. PMS semptomları yoğun olan 80 kız öğrenci ile şikayetleri az olan 68 kız öğrenci bazı özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Tablo 4-33’te PMS’u yoğun ve hafif yaşayanlar bazı değişkenlerine göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Buna göre; anne eğitimi, anne mesleği, baba eğitimi, baba mesleği, aile yapısı, gelir durumu, sağlık güvencesi gibi değişkenlerin premenstrual sendrom şiddeti arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4-33: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

Anne eğitimi	n=80	%	n=68	%	X²	P
İlköğretim	34	42,5	20	29,4		
Lise	23	28,7	21	30,9	3,65	,455
Üniversite	23	28,7	27	39,7		
Anne mesleği						
Ev hanımı	48	60	38	55,9		
Emekli	11	13,7	9	13,2		
Memur	8	10	10	14,7	1,24	,870
Serbest meslek	5	6,2	6	8,8		
İşçi	6	7,5	4	5,9		
Baba eğitimi						
İlköğretim	14	17,5	9	13,2		
Lise	26	32,5	26	38,2	1,88	,596
Üniversite	39	48,7	33	48,5		
Baba mesleği						
Serbest Meslek	40	50	35	51,5		
Emekli	16	20	12	17,6		
Memur	14	17,5	12	17,6	1,37	,849
İşçi	9	11,2	8	11,8		
Aile yapısı						
Çekirdek	68	85	58	85,3		
Geniş	6	7,5	6	8,8	,82	,960
Anne-baba ayrı	5	6,2	4	5,9		

Gelir durumu	n=80	%	n=68	%	X²	P
700-1500 TL	13	16,2	10	14,7		
1500-3000 TL	35	43,7	37	54,4	,88	,644
3000< TL	26	32,5	19	27,9		
Sağlık güvencesi						
SGK	60	75	48	70,6		
Özel sigorta	11	13,7	15	22,1	3,03	,387
Sosyal güvencesi yok	5	6,2	5	5,9		

PMS hafif yaşayan ve yoğun yaşayan iki grubun menstruasyonla ilgili bilgi durumları Tablo 4-34'te gösterilmiştir. Menstruasyonla ilgili bilgi alıp almama durumunun PMS şiddeti ile ilgili olmadığı saptanmıştır. PMS hafif yaşayan ve yoğun yaşayan iki grubun; menstruasyon konusunda bilgi aldıkları kişi, ilk adet duygusu, adete karşı duygu durumları incelenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p<0,05$).

PMS olan ve PMS olmayan iki grubun menstruasyon hijyeni ile arasındaki ilişkiye bakılmıştır (Tablo 4-35). Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu, menstruasyon sırasında banyo yapma şekli, menstruasyon sırasında banyo yapmama nedeni, tuvalet temizliğinin yönü, iç çamaşırı değiştirme sıklığı, kullanılan iç çamaşırı türü gibi bazı değişkenlerle ilişkisi araştırılmış fakat PMS şiddeti ve bu değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p<0,05$).

Tablo 4-34: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların menstruasyonla ilgili bilgi alma durumlarına göre karşılaştırılması

	n=80	%	n=68	%	X ²	P
Menstruasyonla ilgili bilgi						
Aldım	76	95	65	95,6	,043	,837
Almadım	3	3,7	3	4,4		
Menstruasyon konusunda bilgi aldıkları kişi						
Anne	40	50	39	57,4		
Diğer	14	17,5	2	2,9		
Arkadaş	11	13,7	10	14,7	10,40	,064
Abla	9	11,2	7	10,3		
Medya	2	2,5	9	13,2		
İlk adet duygusu						
Olumsuz	10	12,5	12	17,6		
Olumlu	9	11,2	11	16,2	1,09	,578
Olumlu ve olumsuz duygular birlikte	57	71,2	45	66,2		
Adete karşı duygu durumu						
Olumlu	61	76,2	58	85,3	2,38	,122
Olumsuz	19	23,7	10	14,7		

Tablo 4-35: PMS’u olan ve PMS’u olmayan grupların menstruasyon hijyeni ile ilgili değişkenlere göre karşılaştırılması

Mens sırasında banyo yapma durumu						
	n=80	%	n=68	%	X²	P
Evet	73	91,2	63	92,6	,375	,387
Hayır	7	8,7	4	5,9		
Mens döneminde banyo yapma şekli						
Ayakta duş	68	85	57	83,8	,64	,495
Taburede oturarak	10	12,5	9	13,2		
Mens döneminde banyo yapmama nedeni						
Mens bitiminde	8	72,7	13	86,7		
Ağrı olur, kanama artar, günah	2	27,3	3	13,3	,794	,373
Tuvalet temizliğinin yönü						
Önden arkaya	34	42,5	26	38,2		
Dikkat etmiyorum	25	31,2	25	36,8	1,02	,599
Arkadan öne	17	21,2	17	25,0		
İç çamaşırı değiştirme sıklığı						
Hergün	51	63,7	49	72,1		
Haftada iki üç kez	16	20	15	22,1	2,97	,396
Kirlendikçe	11	13,7	4	5,9		

	n=80	%	n=68	%	X ₂	P
İç çamaşırı türü						
Pamuk	74	92,5	65	95,6	,24	,624
Naylon	5	6,2	3	4,4		

Tablo 4-36'da PMS'u olan ve PMS'u olmayan grupların menstruasyon hijyeni ile ilgili değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Ortalama adet süresi, ped değiştirme sıklığı, menstruasyon döneminde ortalama değiştirilen ped sayısı gibi değişkenlerle PMS şiddeti arasında bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-36: PMS'u olan ve PMS'u olmayan grupların menstruasyon hijyeni ile ilgili değişkenlere göre karşılaştırılması

	n=80	%	n=68	%	X ₂	P
Ortalama adet süresi						
3-7 gün	68	85	65	95,6	3,16	,075
Fizyolojik sürenin dışındakiler*	12	15	3	4,4		
Ped değiştirme sıklığı						
Genel ortalamanın dışındakiler**	62	77,5	58	85,3	2,55	,270
İki üç saatte bir	18	22,5	10	14,7		
Bir mens döneminde kullanılan ped sayısı						
≥4 adet	56	70	42	61,8	1,000	,316
Genel ortalamanın dışındakiler**	23	28,7	25	36,7		

* 3 günden az, 7 günden fazla

** Turan ve Ceylan (2007), Esin ve Bulduk (2004)

5. TARTIŞMA

Adolesan çağdaki genç kızların kişisel ve menstruasyon hijyeni uygulamaları, premenstrual dönemde yaşadıkları sıkıntılar hayat kaliteleri açısından önemli yer tutmaktadır. Menstruasyon döneminde yapılan yanlış hijyen davranışlarının zaman zaman kötü kokulara infeksiyon etkenleriyle oluşan hastalıklara yol açabileceği bilinmektedir. Premenstrual dönemde yaşanan sıkıntılar ise; genç kızların sadece ruhsal ve fiziksel sağlığını değil bireyin kendisine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve okul başarılarını olumsuz etkilemektedir. Sadece bireyi değil ailesi ve toplumu da ilgilendiren bu durum PMS yaşayan kadınların yaşam kalitelerinde olumsuzluklar yaratacaktır (Demir ve ark. 2006). Kayseri’de yapılan bir çalışmada kızların %76’sı menarşi “anne olmaya hazırlık”, % 21’i “genç kızlığa geçiş” gibi pozitif, % 62’si ise “kirli kanın akıtılması” gibi negatif bir değişiklik olarak tanımlamışlardır. Pozitif menarş deneyimi olanlar araştırma anında pozitif menstrual tutum ve davranışa sahipken, negatif deneyimi olanlar ise tam tersi eğilimde olduklarını bildirmişlerdir (Şenol ve ark. 2010). Kızların %90’ı menstruasyon sırasında, tamamı da menstruasyon bitiminde banyo yapmaktadır. Bu çalışmada ise; araştırmaya katılan genç kızların %80,8’i menarş algılarının olumlu yönde, %19,2’si ise olumsuz yönde algılarının olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan genç kızların menarş olmadan önce menstruasyonla ilgili bilgi alması veya almamasının PMS sıklığını etkilediği ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Menstruasyon konusunda bilgi alanların annesinden, ablasından, arkadaşından bilgi almasının PMS sıklığını etkilemediği ve aralarında anlamlı fark bulunmadığı Tablo 4-27’de gösterilmektedir ($p>0,05$). Araştırma grubunun menarş duygu durumları ile PDF küme grupları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Menstruasyonun günlük faaliyetleri etkileme durumunun PMS’la ilgisinin olduğu ve aralarında anlamlı derecede farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Menstruasyon sırasında banyo yapanların oranı %92,5’tir. Genç kızların %86,5’i ayakta duş almaktadır. Menstruasyon sırasında banyo yapmayan kızların %80,8’i menstruasyon bitiminde banyo yapmayı tercih etmektedirler.

Uzun süredir PMS semptomlarının batı kültürlerinde daha fazla görüldüğü düşünülmekteydi. Ancak son yapılan çalışmalarda kadınların kültürleri, sosyoekonomik durumları, toplumdaki statüleri göz önüne alınmaya başlanmıştır (Condon 2006).

Genel olarak menstrual problemler genç kadınlarda, premenstrual problemler orta yaş ve üzeri kadınlarda ortaya çıkar. Yaş ve menstrual belirtiler arasındaki ilişkinin çan eğrisi biçiminde olduğu söylenebilir. Belirtilerin prevalansı belli bir yaşa kadar artış gösterir ve ondan sonra inişe geçer (Moos 1968).

Tarsus'ta yapılan bir çalışmada adolesanların %90'ında PMS semptomlarından en az birinin orta şiddette yaşandığı bildirilirken başka bir çalışmada da adolesanların %50'sinde en az bir semptomun çok şiddetli olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada, menarş yaşı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Menarş yaşı 12 ve altında olanlarda, daha ileri yaşlarda olanlara göre PMS oranı yüksek saptanmıştır (Eğicioğlu 2008). Bu çalışmada ilk adet görme yaşı ortalaması $12,9 \pm 1,0$ olarak bulunmuştur. Küçük yaştaki ergenler (13-15 yaş), büyük yaştaki ergenlerden (16-18 yaş) daha az PMS belirtilerine sahip oldukları belirtilmiştir. Bu çalışmada genç kızların yaşları PMS sıklığı ile karşılaştırıldığında yüksek derecede anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Menarş yaşı da PMS sıklığı ile anlamlılık içeren bir farka sahip değildir ($p > 0,05$).

Adolesanlarla yapılan bir çalışmada en sık görülen semptomlar duygu dalgalanmaları, anksiyete ve irritabilite olarak saptanmıştır (Erden ve Demir 1985).

Raja ve arkadaşları (1992) Yeni Zelanda'da 15 yaşında, premenstrual semptom deneyimleri olduğunu söyleyen 384 adolesan kızla longitudinal bir çalışma yapmıştır. Adolesanların gelişiminde anne etkisi ve ruh sağlığının rolünün PMS açısından minimal olacağı belirtilmektedir. Çalışmada genç kızların PMS prevalansı %14 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre PMS belirtileri genel sağlık algısı arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmada kadınların %87,2'i hafif ve orta, %12,8'i ise şiddetli derecede PMS yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4-12). Çalışmada bulunan PMS sıklığı değerleri yapılan araştırmalarla paraleldir. Gözümlü ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada araştırmaya katılanların %92,3'ü PMS'dan hafif ve orta şiddette etkilenirken %7,7'sinin PMS semptomlarını çok şiddetli yaşadıkları ortaya çıkmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre; üreme çağındaki kadınların %3-8'i PMDD kriterlerine tam anlamıyla uymaktadır. Yapılan çalışmaların değerlendirilmesi bu oranın çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Üreme

çağındaki kadınların %13-18'inin yeterince sıkıntı verecek kadar çok premenstrual semptom yaşadıkları düşünülmektedir. PMS prevalansını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, değişik yaş grubunda bulunan kadınlar üzerinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmalardaki bu farklılığın yaş grupları ve değişkenlerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (Halbreich ve ark. 2003).

Adolesanlarda yapılan başka bir çalışmaya göre; premenstrual semptomları yaşayan genç kızların oranı %86 bulunmuştur (Wilson ve Keye 1989).

Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir çalışmaya beş özel ve beş devlet okulundan 700 genç kız katılmıştır. PMS prevalansı %16,4 bulunmuştur. Buna ek olarak; bu grupta etnik özellikler, aile öyküsü ve dismenore PMS sıklığıyla önemli ölçüde anlamlı bulunmuştur (Rizk ve ark. 2006). Cleckner-Smith ve arkadaşlarının (1998) çalışmasına göre premenstrual semptomlar 16-18 yaş aralığındaki genç kızlarda 13-15 yaş aralığındakilere oranla daha hafif bulunmuştur. %96'sı Kafkas ırkından, %3'ü Afrikalı-Amerikan, %1'i Asyalıların oluşturduğu çalışmada katılımcıların %56'sında aşırı şiddetli PMS semptom görüldüğü rapor edilmiştir.

Tablo5-1: Bazı çalışmaların PMS prevalans sonuçları ve çeşitli değişkenleri

Çalışma	Yaş	Sosyal statü	Yöntem	Prevalans (%)
Derman ve ark.(2004)	10-17	Lise	DSM-IV	%61,4
Yücel ve ark. (2009)	22±1,8	Üniversite	Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSS)	%62,5
Demir ve ark.(2006)	19-49	Çalışan	DSM-IV	%51
Adıgüzel ve ark. (2007)	15-49	%87,6'sı Çalışan	DSM-IV Premenstrual Evaluation Form (PEF)	%6,1
Deuster ve ark.(1999) Virjinya, ABD	18-44		Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)	%8,3
Takeda ve ark.(2006) Japonya	20-49		“The Premenstrual Symptoms Questionnaire” PSQ	%95
Bakhshani ve ark. (2009) İran	18-27	Üniversite öğrencisi	DSM-IV	%98,2
Sadler ve ark. (2010) İngiltere	20-34		Moos Menstrual Distress Questionnaire (MMQ)	%24
Tschudin ve ark.(2010) İsviçre	15-54		Premenstrual symptoms screening tool (PSST)	%91
Vichnin ve ark. (2006) ABD	13-18	Adolesan	Retrospective symptom questionnaire (RQS)	%86
Sahin (2012)	15-18	Adolesan	PAF-PDF	%18,9

(Öztürk ve ark. 2006).

Cleckner-Smith ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında en sık bildirilen semptomlar; yemede artış, göğüslerde şişlik, karın ağrısı, görünümünden memnun olmama, stresli hissetme olarak rapor edildi. Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre yapılan üç PDF’de de yorgunluk, atipik depresif özellikler ilk iki sırada yer almıştır. PDF 3’e göre; yorgunluk, atipik depresif özellikler, bunaltı, labilite, sosyal geri çekilme, sıvı tutulumu, organik mental özellikler, genç kızların en fazla değişim yaşadıkları alt ölçekler olarak bulunmuştur. Kendini iyi hissetme, otonomik değişimler, duygudurum/davranış değişimleri, fiziksel değişimler, genç kızların en az değişim yaşadıkları alt ölçeklerdir. Araştırmaya katılan semptomların en sık görüldüğü genç kızların alt ölçeklerden aldıkları puanların kümelerine göre dağılımı ve her bir kümede yaşadıkları değişimler en yüksekten en düşük puana göre sıralanmış ve Tablo 4-19’da gösterilmiştir. PMS fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomların biraraya gelmesi ile karakterizedir (Süer 2008). Çalışmaya katılan genç kızlar üç ay süre ile üç siklus boyunca izlenmiştir. Üç siklusta da PDF skorlamaları farklıdır. National Library of Medicine (NLM)’e göre PMS’de tanısı konması için semptomların üç siklus ardı ardına görülmesi gerekmektedir. ACOG ise iki siklusta görülen semptomlar premenstrual sendrom tanısı koymak için yeterli olacağını belirtmektedir. Çalışmada toplam PDF puanı ilk ay 239,6, ikinci ay 220,3 ve üçüncü ay 214,4 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa değerleri ise; 0,97 bulunmuştur. Bu değer Dereboy ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışma ile uyumlu sonuçlar vermiştir. Dereboy ve arkadaşlarının çalışmasında toplam PDF puanı 209,4 ve Cronbach Alfa değeri 0,97’dir. Çalışmada PDF değerlerinin giderek azalmasının sebebi olarak; genç kızların sorulardan yola çıkarak kendilerini gözlemlemiş olmaları ve zamanla sağlık algılarının geliştiği ve sorulara daha bilinçli cevap verdikleri düşünülmektedir.

Cleckner-Smith ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları bu çalışmadaki ergen kızlarda PMS sıklığı oldukça yaygın (%88) bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan genç kızların %19’unda orta ve şiddetli derecede PMS varlığı bulunmuştur.

Beden Kitle İndeksi ile PMS arasındaki ilişkiyi saptamak için Virjinya’da yapılan bir çalışmada obez kadınların PMS bulunma riski obez olmayan kadınlardan yaklaşık üç kat daha fazla bulunmuştur. Virjinya’da PMS yaygınlığı %10,3 olarak bulunmuştur (Masho ve ark. 2005).

Araştırmaya katılan genç kızların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve hafif, orta, şiddetli olarak kümelenen PMS şiddeti arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Pınar'ın (2007) yaptığı çalışmaya göre; kadınların %60,3'ünün normal kilolu olduğu görülmüştür. Kadınların BKİ ve PMS sıklığı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

PMS sosyodemografik özelliklere göre değerlendirilmiş ve yalnızca aile geliri ile sosyal güvence durumunun PMS ile ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Khella'nın çalışmasında (1992) yüksek gelir grubunda olan kadınlarda PMS'ye ait semptomların daha az yaşandığı bildirilmektedir. Ailenin eğitim düzeyi ile PMS prevalansı arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu konuda diğer çalışmalar incelendiğinde bazı çalışmalarda pozitif bir ilişki saptanırken bazılarında saptanamamıştır (Pınar, 2007).

Menarş kadının hayatında üreme sistemlerinin tam olarak devreye girdiği bir dönüm noktası olarak kabul edilebilir. Kadının hayatı boyunca menarş karşı bakış açısı bu dönüm noktasında şekillenmektedir. Bu nedenle menstruasyonun doğal seyrinde, olması gerektiği zamanda başlaması, menarş öncesi bilgilendirme, kişinin hazır oluşu, ilk yaşadığı deneyimlerinin sağlıklı olması, ilerleyen zamanlarda menstruasyona karşı olumsuzlukların yaşanmasını asgari düzeyde tutacaktır. Çalışmamızda menarş yaş ortalaması $12,9\pm1,0$ bulunmuştur. Araştırmaya katılan kız öğrenci grubunda menstruasyona karşı duygular ile PMS sıklığı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Menarş yaşı da PMS sıklığı ile anlamlılık içeren bir farka sahip değildir ($p>0,05$). Genç kızların yaşları PMS sıklığı ile karşılaştırıldığında yüksek derecede anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde menarş yaşları 10-15 arası olan genç kızlarda premenstrual semptomların en az yaşandığına dair çalışmalar yer almaktadır (Cohen ve ark. 2002, Güneş ve ark. 2000). Çalışmada genç kızların yaşlarıyla premenstrual dönemdeki yorgunluk durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmadaki bir diğer dikkat çekici sonuç; araştırmaya katılan genç kızların annelerinin eğitimleri ile premenstrual dönemde düşmanlık ve kızgınlık davranışlarında bulunmaları arasında ilişki bulunmuştur.

Araştırmaya katılan genç kızların menarş olmadan önce menstruasyonla ilgili bilgi alması veya almamasının PMS sıklığını etkilemediği, aralarında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Menstruasyon konusunda bilgi alanların annesinden,

ablasından, arkadaşından bilgi almasının PMS sıklığını etkilemediği ve aralarında anlamlı fark bulunmadığı Tablo 4-22’de gösterilmektedir ($p>0,05$). Araştırma grubunun menarş duygu durumları ile PDF küme grupları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Menstruasyonun günlük faaliyetlerini etkileme durumunun PMS ile ilişkili olmadığı ve aralarında anlamlı derecede farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Genç kızların menarştaki ilk duygularının hayatlarının genelinde hakim olabileceği literatürde menstruasyona hazır oluşla menstrual deneyimler arasında anlamlı bir ilişki olduğunun altı çizilmektedir. Ayrıca puberte ve çocukluk döneminde kadınların annelerinin menstruasyon davranışları ve menstruasyonu algılayışları PMS’un ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (Yücel ve Polat, 2003). Çalışmada ilk adet duygusu ve menstruasyona karşı genel duygu durum arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Menstruasyon olayının doğal kabul edilip, sürecin sağlıklı devam edilebilmesi için doğru ve yeterli bilginin önemi açıktır. Bilgilendirme olayı gerçekleşmediğinde menstruasyona karşı olumsuz ve sağlıksız davranış biçimlerinin gelişmesi kaçınılmaz olur. Çalışmada menarş yaşı ve menstruasyon öncesi bilgi alma durumu ile ilgili elde edilen bulguların literatürdeki bilgilerle uygunluk göstermemesinin sebepleri; menstruasyonda yaşanan olumsuz deneyimler, menarşı beklenen yaşta yaşamasına rağmen menstruasyona hazır hissetmeme, menstruasyon öncesinde bilgi aldıklarını söylemelerine rağmen doğru ve yeterli bilginin alınmaması olarak sıralanabilir. Çalışma grubunda menarştaki olumlu, olumsuz ve ikisinin birarada yaşandığı duygular ile genel olarak menstruasyona ait olumlu, olumsuz duyguların yer aldığı gruplar karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Menstruasyona karşı duygu durumunun premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur. Güneş ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu çalışmada, adeti doğal karşılayanlarda PMS sıklığı %19,2 iken, tiksinen, nefret eden, pislik olarak tanımlayan veya korkan kadınlarda %34,1 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Güneş ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir diğer çalışmada da sonuçlar benzerlik göstermektedir. Adete karşı olumsuz düşünceleri olan kadınlar olumlu düşünceleri olan kadınlara göre premenstrual semptomları 1,94 kat daha fazla yaşamışlardır ($p<0,05$).

Master ve arkadaşları (1997), çalışan kadınların %44'ünün, ev hanımlarının %64'ünün menstruasyon zamanında korku ve endişe duyduklarını ve iki grubunda menstruasyonunu sakladıklarını saptamışlardır.

PMS şiddetine göre hafif grupta yer alan kız öğrencilerin %75'i 2 ya da daha az gün adet gördüklerini belirtmişlerdir. Şiddetli grupta yer alanların %36,4'ü ise 8-14 gün arası süren menstruasyon dönemleri olduğunu söylemişlerdir. Ped değiştirme sıklığı, ortalama ped sayısı ile PMS arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Çalışmaya katılan kişilerin hijyen alışkanlıkları ve PMS sıklığı değerlendirildiğinde külot değiştirme sıklığı ile aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kullanılan külot cinsinin PMS sıklığını etkilemediği ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı ortaya çıkmıştır ($p > 0,05$). Menstruasyonun günlük faaliyetleri etkileme durumunun PDF'nun premenstrual dönemde genel fiziksel rahatsızlık alt ölçeğine göre dağılımı değerlendirilmiş ve PMS'un günlük faaliyetlerle arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada genç kızların üç siklusa da verdikleri cevaplar göz önünde bulundurularak PDF skoru hesaplanmıştır. Daha önce de bahsedildiği üzere National Library of Medicine (NLM)'e göre PMS tanısı konması için semptomların üç siklus ardı ardına görülmesi gerekmektedir. ACOG (2011) ise; iki siklusa görülen semptomların premenstrual sendrom tanısı koymak için yeterli olacağını belirtmektedir. Bu bağlamda; tek seferde yapılan anket değerlendirmelerinin güvenilirliğinin tartışma konusu olduğu apaçık ortadadır. Çalışmadaki bu sonuç; bir kere incelemenin yeterli olmayacağını en az üç siklus takip edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu çalışma premenstrual sendrom takibi için üç siklus takibinin oldukça farklı sonuçlar ortaya çıkaracağını ortaya koymaktadır.

Çalışmada PMS şiddeti ile ilgili pek çok farklı sonuç elde edilmiştir. İlk siklusa PMS şiddeti (orta ve şiddetli) %31,1 bulunmuşken, ikinci siklusa %85,2, üçüncü siklusa ise %19 bulunmuştur. Bu nedenle; sonuçların daha güvenli değerlendirilebilmesi için üç siklusa da PMS semptomlarının görüldüğünü belirten genç kızlar arasında bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmanın tüm popülasyonu içinde üç siklusa da PMS şikayetlerinin süreklilik gösterdiği 80 kız öğrenci belirlenmiştir ve kodlanarak yeniden analiz edilmiştir. Kodlanan genç kızların PDF skoru $211,6 \pm 78,2$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer; ölçekten alınabilecek tam puanın

(570) %50'sinin altında olması bu çalışma grubu için; PMS'un tehlike yaratacak boyutta olmadığını göstermektedir.

Araştırmaya katılan ve premenstrual şikayetlerinin sürekliliği saptanan 80 kız öğrencinin %25'inin şiddetli, %10'unun orta ve %65'inin hafif derecede PMS'a sahip olduğu bulunmuştur. Genel olarak 148 kız öğrenci üzerinden değerlendirdiğinde ise; %18,9 PMS sıklığı dikkat çekmektedir. Değerlendirmeler orta ve şiddetli düzeyde premenstrual sendromu bulunan genç kızlar aynı kategoride değerlendirilerek yapılmıştır.

PMS yoğun yaşayan 80 kız öğrenci ve PMS hafif yaşayan 68 kız öğrenci çalışmaya katılan öğrencilerin tümünü (148); PMS yoğun yaşayan kız öğrenciler (80) ve PMS hafif yaşayanlar (68) olmak üzere iki grup olarak düşünmemizi sağlamaktadır. PMS sıklığını belirlemek amaçlanmış bu çalışmada ortaya çıkan bu durum çalışmanın sonuçlarını 148 öğrenciye genellememizi kolaylaştırmaktadır. İki grubun çeşitli değişkenler ile birbirleriyle karşılaştırılmasıyla ortaya çıkan sonuçta; birbirleriyle paralel değerler ortaya çıkmıştır. Bu durumun; çalışmanın benzer sosyokültürel yapıda benzer yaş gruplarındaki kız öğrenciler arasında yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. PMS ve menstruasyon hijyeni, çeşitli sosyodemografik değişkenler, menstruasyonla ilgili bilgi durumu başlıklarını içeren birçok değişkenle ilişkilerine bakılmıştır. Ancak PMS şiddeti ile değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Üzerinde oldukça fazla çalışmanın yapıldığı PMS semptomları ve sıklığı arasındaki bağlantının halen tam olarak çözülememiş olması çalışmalar üzerinde daha ayrıntılı analiz yapılması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmanın en büyük avantajı verilerin ayrıntılı ve doğru değerlendirilerek analiz edilmesidir. En büyük handikapı ise; öğrencilerin sosyal statülerinin genele yayılamayacak kadar yüksek olmasıdır.

Çalışmada kullanılan ölçek; PMS tanısı için değil yalnızca semptomların varlığını gösterebilmek için yapılan araştırmalarda kullanılabilecek yöntemlerden biridir. Daha güvenilir sonuçlar için kadınlara ileriye dönük günlük verilmeli ve bu günlükleri en az iki siklus boyunca doldurmaları istenmelidir.

PMS ergenlik döneminde oldukça yoğun yaşanmaktadır. Dolayısıyla genç kızlara verilecek eğitimlerle bu durumla baş etmelerine yardımcı olunmalıdır. PMS'un tüm aileyi etkilediği düşünülürse gerekirse aile eğitimleriyle ebeveynlerin bilgi sahibi

olması ve genç kızlara yardımcı olması sağlanmalıdır. Genç kızların; PMS konusunda bilgi ve hizmet ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Kadınları fiziksel, ruhsal ve davranış açısından etkileyen PMS çoğu zaman normal olarak algılanan bir durum olduğundan beraberinde getirmiş olduğu sıkıntıların çözümlenmesi de zorlaşmaktadır. Öncelikle kadınların premenstrual dönemde yaşayabilecekleri sıkıntılar açısından bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Birinci basamakta çalışan sağlık personellerinin kadınları PMS açısından sorgulamaları ve risk altında olduğunu düşündükleri kadınları daha ileri tetkikler için yönlendirmeleri gerekmektedir. Sağlık personellerinin kadınları PMS açısından değerlendirmeleri için mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında, PMS'ye yeterince yer verilmelidir

Sonuç olarak; kümeleme analizi ile elde edilen verilerin özelliklerine göre ayrılması sağlanmaktadır. Üç siklus takip edilen genç kızların hiyerarşik olarak kümelenmesi; verileri anlamlı, yararlı ya da hem anlamlı hem de yararlı gruplara ayırmaktadır. Çalışmada yapılan kümeleme (“hafif”, “orta”, “şiddetli”) ile çalışmanın yapıldığı okulda öğrenim gören genç kızların doğal olarak oluşturdukları tipolojik ve semptomal sınıflamayı ortaya koymaktadır.

Buna ek olarak; çalışmada üç siklus takip edilen ve yaşadıkları premenstrual semptomlarda sürekliliği bulunan genç kızlar belirlenerek kümeleme analizleri yapılmıştır. Bu bağlamda; premenstrual sendrom sıklığı belirlemede, tek siklus takibi yerine çoklu ve sürekliliği olan takiplerin yapılmasının önemi vurgulanmakta ve buna ait bulgular elde edilebilmektedir. Kullanılan ölçek Halbreich ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yıllar önce (1994) gerçekleştirilmiş olup çok değerli bir ayrımı sağlamaktadır. PMS tanısı koyarken PMS'yi diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan ayırt etme avantajını kazandırmaktadır. Bu sayede hastaya uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması ile hastanın daha kaliteli bir yaşama kavuşması sağlanmış olur. Adolesanlar için yorumlamak gerekirse; genç kızlarda menstruasyon dönemlerinde ortaya çıkan okula devamsızlık, derse ilgisizlik gibi okul başarısına ket vuran durumları engellemeye yardımcı olmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- PMS; menstruasyonun ilk başladığı yıllarda yoğun bir şekilde kendini belli etmektedir. Bu nedenle okullarda eğitimler yapılarak, genç kızların semptomlarla baş etmeleri sağlanmalıdır.
- PMS'un kadının sosyal çevresini de etkilediği düşünülecek olursa; eğitimlerin yaygınlaştırılması kadın sağlığının yanı sıra çevresi için de olumlu sonuçlar doğuracaktır.
- Kadınların kız çocuklarına menstruasyon konusundaki pozitif tecrübelerini paylaşmaya yönlendirilmesi ile elde edilen veriler örgün eğitimde kullanılmalıdır. Eğitimler basın yayın ve sosyal medya aracılığıyla herkese duyurulmalı ve yaygınlığı artırılmalıdır.
- Kadınların çoğunluğu semptomları hayatlarının bir parçası olarak kabul edip tedavi arayışına girmemektedirler. Sağlık personeli uygulaması kolay standart PMS tanı formları geliştirmelidir.
- Bu alandaki çalışmaların kadınların yaşadığı sıkıntıların daha kolay ifade edildiği, semptomların yoğun olduğu dönem olan premenstrual dönemde yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Abraham GE, Hargrove JT. (1980). Effect of Vitamin B-6 on Premenstrual Symptomatology in Women with Premenstrual Tension Syndromes: A Double Blind Crossover Study. *Infertility*, **3**, 155-65.

Abraham GE. (1983). Nutritional Factors in The Etiology of The Premenstrual Tension Syndromes. *The Journal of Reproductive Medicine*, **28**, 446-64.

Acar B. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi; 810-819.

American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQ057 (2011). Erişim: 16.04.2012.

<http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20120416T1257094296> .

Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı A. (2007). Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **18(3)**, 215-222.

Albayrak Ö, Ceylan E. (2004). Depresyon Etiyolojisinde Nörobiyolojik Etkenler. *Düşünen Adam*, **17(1)**, 27-33.

American Academy of Pediatrics American College of Obstetricians and Gynecologists. (2006). Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics*, **118**, 2245-50.

Anson O. (1999). Exploring the Bio-psycho-social Approach to Premenstrual Experiences. *Social Science & Medicine*, **49**, 67-80.

Arıkan D, Tortumluoğlu G, Özyazıcıoğlu N. (2004). Öğrencilere Verilen Planlı Eğitimin Menstruasyon Hijyen Davranışlarına Etkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134.

Arslan E, Dökmeci F. (1999). Premenstrual Sendrom ve Tedavisinde Son Görüşler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **52(4)**, 237-241.

Atasun T, Şahmay S. (2001). Jinekoloji ve Kadın Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Bayraktar M. (1990). Metabolizma: Magnezyum ve Magnezyum Eksikliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, **10(3)**.

Backstrom T, Aakvaag A. (1981). Plasma prolactin and testosterone during the luteal phase in women with premenstrual tension syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, **6(3)**,245-251.

Backstrom T, Andreen L, Björn I, Johansson IM, Löfgren M.(Birinci Baskı). (Ekim 2007). The role of progesterone and GABA in PMS/PMDD. PMDD_CH,117-120.Erişim: 17.08.2011, http://www.medref.se/pms/backstrom_13.pdf.

Bayram G. (2007). Sporcuların Premenstrual Sendrom Yönünden Sedanter Bayanlarla Karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, **3**,104-110.

Baysal B. (Birinci Baskı). (2004). *Jinekoloji İstanbul Tıp Fakltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*. İstanbul: Nobel Kitabevleri, 41-48.

Belgemen T, Akar N. (2004). Çinkonun Yaşamsal Fonksiyonları ve Çinko Metabolizması ile İlişkili Genler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **57(3)**, 161-166.

Bendich A. (2000). The Potential for Dietary Supplements to Reduce Premenstrual Syndrome (PMS) Symptoms. *Journal of the American College of Nutrition*, **19(1)**, 3-12.

Berkman S,Akgül C. (2004). *Jinekoloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel Klinik Bilimler Ders Kitapları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Bertone-Johnson E, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willet WC, Manson JE. (June 13, 2005). Calcium and Vitamin D Intake and Risk of Incident Premenstrual Syndrome. *Archives of Internal Medicine*, **165**, 1246-1252.

Bosarge PM. (Kasım 2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management*, **33(13)**, 14-17.

Both-Orthman, Rubinow DR, Hoban MC, Malley J, Grover GN. (1988). Menstruel Cycle Phase-Related Changes in Appetite in Patients With Premenstruel Syndrome & in Control Subjects. *American Journal of Psychiatry*, **145(5)**, 628-31.

Brown J, O'Brien P, Marjoribanks J, Wyatt K.(2009). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*,**6**.

Budeiri D, Li Wan Po A, Dornan JC. (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.

Chaturvedi S, Chandra P. (1991). Sociocultural aspects of menstrual attitudes and premenstrual experiences in India. *Social Science & Medicine*, **32(3)**, 349-51.

Chau J, Chang A. (1999). Effects of an Educational Programme on Adolescents with Premenstrual Syndrome. *Oxford University Press*, **14(6)**, 817-830.

Chen PCY, Lee LK, Wong KC, Kaur J. (2005). Factors Relating to Adolescent Suicidal Behavior: A Cross-Sectional Malaysian School Survey. *Journal of Adolescent Health*, **37(4)**, 337.

Chuong J, Bartholomew P, William E. (Mayıs 1994). Periovulatory [beta]-Endorphin Levels in Premenstrual Syndrome. *Obstetrics & Gynecology*, **83(5)**.

Chuong CJ, Dawson EB, Smith ER. (1990). Vitamin A Levels in Premenstrual Syndrome. *Fertility and Sterility*, **54(4)**, 643-647.

Chuong CJ, Dawson EB. (Ağustos 1994). Zinc and copper levels in premenstrual syndrome. *Fertility and Sterility*, **62(2)**, 313-20.

Chuong CJ, Dawson EB, Smith ER. (1990). Vitamin E Levels in Premenstrual Syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **163(5 Pt 1)**, 1591-5.

Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RH, Harlow BL. (2002). Prevalence and Predictors of Premenstrual Dysphoric Disorder in Older Premenopausal Women The Harvard Study of Moods and Cycles. *Journal of Affective Disorder*, **70(2)**, 125-132.

Condon J. (2006). Premenstrual Syndrome in Primary Care. An update. *Primary Care and Community Psychiatry*, **11**, 120-35.

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

Çakıcı S. (2006). *Ankara Kızılcahamam Merkez İlçede Görev Yapan İlköğretim Öğretmenlerinin Kişisel Hijyen Bilgi ve Uygulamaları*. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).

Demir B, Algül L, Güven S. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstruel Sendrom İnsidansı Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **3(4)**, 262-270.

Demircioğlu Y, Yabancı N. (2003) Beslenmenin Bilişsel Gelişim ve Fonksiyonları ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **24**, 170-179.

Denicoff KD, Hoban C, Grover GN, Rubinow DR. (1990). Glucose Tolerance Testing in Women with Premenstruel Syndrome. *American Journal of Premenstruel Syndrome Psychiatry*, **147(4)**,477-80.

Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitol F. (1994). Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **5**,83-90.

Derman O, Öksüz Kanbur N, Erdoğan Tokur T, Kutluk T. (15 October 2004). Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biolog*, **116(2)**, 201-206.

Dersko CM. (1990). Role of danazol in Relieving The Premenstruel Syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, **35**, 97-102.

Deuster P, Adera T, South-Paul J. (1990). Biological, Social, and Behavioral Factors Associated With Premenstrual Syndrome. *Archives of Family Medicine*,**8**,122-128.

Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter M. (April 15,2003). Premenstrual Syndrome. *American Family Physician*, **67(8)**.

Dimmock P,Wyatt K,Jones P,O'Brien P. (30 September 2000). Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *The Lancet*, **356(9236)**,1131 – 1136.

Egan ME, Lipsky MS. (2000). “Diagnosis of Vaginitis”.*American Family Physician*, **62(5)**,1095-1104.

Eğicioğlu H. (2008). *Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).

Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S,Uysal F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi [Bağlantıda]*. 8:1. Erişim: <http://www.InsanBilimleri.com>.

Erden AC, Demir C. (1985). Premenstruel Sendrom. *Kadın doğum dergisi*, **1(3)**, 167-70.

Esin MN, Bulduk S. (2004). Kadın Sağlığını Geliştirme Programı: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulaması. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **13(7)**, 246-247.

Evliyaoğlu, O., Alikasıfoğlu M ve Ercan O (2010).Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. *Türk Pediatri Arşivi*, **45**, 6-12.

Facchinetti F, Martignoni E, Petraglia F, Sances MG, Nappi G, Genazzani AR. (1987 Nisan). Premenstrual fall of plasma beta-endorphin in patients with premenstrual syndrome. *Fertility and Sterility*. **47(4)**,570-3.

Facchinetti F, Sances G, Borella P, Genazzani AR, Nappi G. (1991 Mayıs). Magnesium prophylaxis of menstrual migraine: effects on intracellular magnesium. *Headache*, **31(5)**, 298-301.

Facchinetti F. (1991 Ağustos). Oral magnesium successfully relieves premenstrual mood changes. *Obstetrics & Gynecology*, **78(2)**,177-81.

Fakeye O, Adegoke A. (1994). The characteristics of the menstrual cycle in Nigerian schoolgirls and the implications for school health programmes. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, **23**,13-7.

Fathalla MF. (1991). Reproductive Health: A Global Overview. *Annals of the New York Academy of Science*, **626**, 1-10.

Fontana, Steven A. Title: Methods of inhibiting the symptoms of premenstrual syndrome/late luteal phase dysphoric disorder. *SureChem*, Issue Date: 19950214, PatentNumber:5389670,Indianapolis.

Erişim:18.09.2011.http://www.surechem.org/index.php?Action=document&docId=1581526&db=USPTO&tab=fron&lang=&db_query=2%3A0%3A&markupType=all.

Freeman E, Sxhweizer E, Rickels K.(1995). Personality Factors in Women With Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, **57**,453-459.

Freeman EW, Halbreich U.(1994). Premenstrual syndromes. *Psychopharmacology Bulletin*, **34**, 291-295.

Gaby A. (1990).The Safe Use of Vitamin B6.*Journal of Nutritional & Environmental Medicine*, **1(2)**, 153-157.

Gardner J. (1983).Adolescent menstrual characteristics as predictors of gynaecological health. *Annals of Human Biology*, **10(1)**,31-40.

Gençdoğan B. (2005). Premenstrüel Disforik Bozukluk ile Cinsiyet Roller ve Anksiyete Arasındaki İlişkiler. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **5(1)**.

Gereau R, Kedzie K, Renner K. (1993). Effect of progesterone on serotonin turnover in rats primed with estrogen implants into the ventromedial hypothalamus. *Brain Research Bulletin*, **32(3)**, 293-300.

Giannini J, Martin D, Turner C. (1990). Beta-Endorphin Decline in Late Luteal Phase Dysphoric Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, **20(3)**, 279 – 284.

Golden NH, Carlson JL. (2008). The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1135**, 163-78.

Goldman H. (2000). *Review of General Psychiatry. (5th Edition)*. New York, USA: Lange Medical Books/McGraw-Hill Professional.

Goodale I, Domar A, Benson H. (Nisan 1990) Alleviation of Premenstrual Syndrome Symptoms With the Relaxation Response. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, **75(4)**.

Gökçe G. (2006). *Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).

Greenhill JP, Freed SC. (1941). The Electrolyte Therapy of Premenstrual Distress. *The Journal of the American Medical Association*, **117(7)**, 504-506.

Gulinello M, Gong HY, Smith SS. (10 Ağustos 2001). Short-term exposure to a neuroactive steroid increases $\alpha 4$ GABA_A receptor subunit levels in association with increased anxiety in the female rat. *Brain Research*, **910(1-2)**, 55-66.

Güler D. (2006). *Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon*. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, (Koordinatör: Doç. Dr. Yüksel Altuntaş). (Uzmanlık Tezi).

Güneş G. (1997). Malatya’da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, **4(4)**, 403-406.

Güneş G, Özer F, Pehlivan E, Genç M, Karaoğlu L, Özcan Y. (2000). 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterine Göre Premenstrual Sendrom Prevelansı ve Bazı Risk Faktörleri. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, **6(5)**, 660-663.

Halbreich U, Ben-David M, Assael M, Bornstein R. (25 Eylül 1976). Serum-Prolactin in Women With Premenstrual Syndrome. *The Lancet*, **308(7987)**, 654 – 656.

Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. (1982). The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **65**, 46-65.

Halbreich U, Holtz I, Paul L. (1988). Premenstrual Changes. Impaired Hormonal Changes. *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, **17(1)**, 173-194.

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

Halbreich U. (2003). The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual sendromes. *Psychoneuroendocrinology*, **28**, 55-99.

Halbreich U., Borenstein, J., Pearlstein, J. ve Kahn, L. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, **28(3)**, 1-23.

Halbreich U. (2006). History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **24**, 336-46.

Hargrove JT, Abraham. (1992). The İnsidence of Premenstrual Tension in a Gynaecologic Clinic. *The Journal of Reproductive Medicine*, **27**, 721-724.

Harrison W, Sharpe L, Edictoot J. (1985). Treatment Premenstruel Symptoms. *General Hospital Psychiatry*, **7(1)**, 54-65.

Hickey M, Balen A. (2003). Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. *Human Reproduction Update, European Society of Human Reproduction and Embryology*, **9(5)**, 493-504.

Hovardaoğlu A, Şenocak L. (1992). *Meslek Esasları ve Teknikleri Ders Kitabı*, Ankara, Hatiboğlu Yayınları.

Işık S. (2008). *Premenstrüel Disforik Bozuklukta Sitalopram Uyarımının Hipotalamo-Pituitar-Adrenaleksen Aktivitesi Üzerine Etkisi*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (Tıpta Uzmanlık Tezi).

İnce N.(2000). Adolesan Dönemde Premenstruel Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, **21**: 369-373.

Johnson TM. (1987 Sep). Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry*, **11(3)**:337-56.

Kantero R, Widholm O. (1971). IV Correlations of menstrual traits between adolescent girls and their mothers. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **50(14)**, 30-36.

Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, **5**, 11-14.

Karadağ N, Dinç G, Özcan C. (1999). “Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Menstruasyon Hijyeni Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Saptanması”. *Hemşire Dergisi*, **49**, 37-39.

Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran B. (1997). Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Sıklığı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, **17**, 184: 190.

Khella AK. (1992). Epidemiologic Study of Premenstrual Symtoms. *Journal of Egypt Public Health Association*, **67(1-2)**:109.

Kıvrak A, Taşgın Ö. (2010). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Düzeyleri. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, **15**, 110-119.

Kızılkaya N. (1994). *Perimenstrual Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği*. İ.Ü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (Yayınlanmamış Doktora Tezi).

Kim HV. (2004). Perimenstrual Symtoms of Korean Women Living in the USA: Applicability of the WDHD (Women’s daily health diary) on Prospective Report. *Journal of Korean Academy of Nursing*, **34**, 8.

Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu L. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Koby H, Yazıcı S. (1999). “KTÜ Merkez Öğrenci Yurtlarında Kalan Kız Öğrencilerin Menstruasyonu Algılayışları ve Menstrual Hijyene İlişkin Tutumları”. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 22-24 Haziran, Erzurum.

Korzekwa MI, Lamont JA, Steiner M. (1996). Late luteal phase dysphoric disorder and the thyroid axis revisited. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **81**, 2280.

Lee LK, Chen PCY, Lee KK, Kaur J. (2006). Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. *Singapore Medical Journal*; **47(10)**, 869.

Loch EG, Selle H, Boblitz N. (2000 Apr). Treatment of premenstrual syndrome with a phytopharmaceutical formulation containing Vitex agnus castus. *Journal of Womens Health Gender Based Medicine*, **9(3)**,315-20.

Logue CM, Moos RH. (1986). Perimenstrual Symptoms: Prevalence and Risk Factor. *Psychosomatic Medicine*, **48(6)**, 388-414.

Lombardi I, Luisi S, Quirici B, Monteleone, P, Bernardi F, Liut M, Casarosa E, Palumbo M, Petraglia F, Genazzani AR. (2004). Adrenal response to Adrenocorticotrophic Hormone Stimulation in Patients with Premenstrual Syndrome. *Gynecological Endocrinology*, **18(2)**,79-87.

Lu YZ. (2001). Menstrual attitudes and menstrual symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, **33(6)**, 1-8.

Marvan ML, Diaz Erosa, MC, Montesinos A. (1998). Premenstrual symptoms in Mexican women with different educational levels. *Journal of Psychology*, **132**, 517–26.

Marvan L, Escobedo C. (1999). Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, **61**, 163–167.

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

Mc Master J, Cormie K, Pitts M. (1997). Menstrual and Premenstrual Experiences of Women in a Developing Country. *Health Care Women Int*, **18(6)**:533-541.

Mayo J. (1999). Premenstrual Syndrome: A Natural Approach to Management. *Applied Nutritional Science Report*, **5(6)**.

McMaster J, Cormie K, Pitts M. (1997 Nov-Dec). Menstrual and premenstrual experiences of women in a developing country. *Health Care Women International*, **18(6)**, 533-41.

Mishell D. (December 2005).Premenstrual Disorders: Epidemiology and Disease Burden. *The American Journal of Managedcare*, **11(16)**.

Mooney-Somers J, Perz J, Ussher J. (2008). A Complex Negotiation: Women's Experiences of Naming and Not Naming Premenstrual Distress in Couple Relationships. *Women & Health*, **47(3)**.

Moore K, Persaud TVN. (2002).*Klinik Yönleri ile İnsan Embriyolojisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Moos RH. (1968). The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, **30(6)**.

Müderriş İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M.(1999). Genç Kadınlarda Premenstruel Disforik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, **2**, 197-201.

National Library of Medicine. Premenstrual Syndrome (Dept. of Health and Human Services, Office on Women's Health). Erişim: 16.04.2012, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/premenstrualsyndrome.html>.

Neinstein L, Gordon C, Katzman D, Rosen D, Woods E. (2007). *Adolescent Health Care: A Practical Guide-5th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business. ISBN: 978-0-7817-9256-J.

Onuray F. (2005). *Mastodini Şikayeti İle Başvuran ve Memede Fibrokistik Değişiklik Tespit Edilen Hastalarda Agnus Castus Ekstresi İle Tedavi Sonuçlarımız*. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği (Uzmanlık Tezi).

Öncel S, Yılmaz M, Ak G (2003). “Kız Öğrencilerin Mentrüasyona İlişkin Bilgi ve Davranışları”. *Hemşirelik Forumu*, **6 (2)**, 24-31.

Özdel L, Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3**, 155-161.

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

Özgürtaş T, Kutluay T. (2002). Magnezyumun Metabolizması ve Ölçümü. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, **22**, 530-53.

Özkürkçügil A, Kırılı S. (1998). Depresyonda Değerlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, **1**, 26-34.

Öztürk S, Tanrıverdi D, Erci B. (2006). Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. *Australian Journal of Advanced Nursing*, **28(3)**.

Pearlstein T, Stone AB. (1998). Premenstrual syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, **21**, 577-590.

Pınar A. (2007). *15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).

Poyrazoğlu S. (2010). *Kayseri İl Merkezi'nde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı(Tıpta Uzmanlık Tezi).

Puolakka J, Makarainen L, Viinikka L, Ylikorkala O. (1985). Biochemical and clinical effects of treating the premenstrual syndrome with prostaglandin synthesis precursors. *The Journal of Reproductive Medicine*,**30(3)**,149-153.

Premenstrual Syndrome. *The Jean Hailes Foundation for Women's Health*, Erişim:14.02.2012,<http://www.jeanhailes.org.au/images/stories/Education/Documents/info/pms.pdf>.

Quaranta, S. Et al. (2007). Pilot Study of the Efficacy and Safety of a Modified-Release Magnesium 250mg Tablet (Sincromag®) for the Treatment of Premenstrual Syndrome. *Clinical Drug Investigation*, **27(1)**.

Rahman R (1987). Sağlık meslek liseleri birinci ve son sınıf öğrencilerinin menstruasyon hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamalarının karşılaştırılması. *Hemşirelik Bülteni*, 2 (9) : 45-51.

Raja N, Feehan M, Stanton W, McGee R. (1992). Prevalence and Correlates of the Premenstrual Syndrome in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **31(5)**,783-789.

Rapkin AJ, Morgan M, Goldman MN, Brann W, Simone D, Mahesh V.(1997 Nov). Progesterone metabolite allopregnanolone in women with premenstrual syndrome. *Obstetrics & Gynecology*,**90(5)**,709-14.

Rasgon N, Serra M, Biggio G, Pisu MG, Fairbanks L, Tanavoli S, Rapkin A. (2001). Neuroactive steroid±serotonergic interaction: responses to an intravenous L-tryptophan challenge in women with premenstrual syndrome. *European Journal of Endocrinology*, **145**, 25-33.

Reid G, Bruce AW. (2003). "Urogenital Infections in Women: Can Probiotics Help?", *Postgraduate Medical Journal*,**79(934)**,428-432.

Rizk D, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. (2006). Prevalance and Impact of Premenstrual Syndrome in Adolescent Schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **85(5)**,589-598.

Rosenfeld R, Livne D, Nevo O, Dayan L, Milloul V, Lavi S, Jacob G.(2008).Hormonal and volume dysregulation in women withpremenstrual syndrome. *Hypertension*, **51(4)**,1225-30.

Rosenstein D, Ronald JE, Hosseini JM, Grover G, Rubinow R. (15 April 1994). Magnesium Measures Across The Menstrual Cycle in Premenstrual Syndrome. *Biological Psychiatry*, **35(8)**, 557-561.

Ruhi, F. (1992). Premenstruel Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, **12**, 72-79.

Sato N, Henkin RI. (1973). Pituitary-gonadal regulation of copper and zinc metabolism in the female rat. *American Journal of Physiology*, **225**, 508–512.

Schmidt PJ, Grover GN, Roy-Bryne PP, et al. (1993). Thyroid function in women with premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, **76**, 671-74.

Schreiner-Engel P, Schiavi RC. (1986). Lifetime Psychopathology in Individuals With Low Sexual Desire. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, **174(11)**, 646-51.

Shamberger RJ. (2003). Calcium, magnesium, and other elements in the red blood cells and hair of normals and patients with premenstrual syndrome. *Biological Trace Element Research*, **94(2)**, 123-9.

Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. (2006). Population Study of Premenstrual Syndrome. *Revista de Saude Publica*, **40(1)**, 47-56.

Spitzer RL, Severion SK, Williams JBW, DSW, Parry BE. (1989). Late Luteal Phase Dysphoric Disorder & DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, **146(7)** 982-6.

Steiner M. (2000). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, **25**, 459-68.

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, DOI: 10.1007/s00737-002-0162-2.

Stoltzman S. (1986). Menstrual attitudes, beliefs, and symptom experiences of adolescent females, their peers, and their mothers. *Health Care for Women International*, **7(1 & 2)**, 97 – 114.

Süer N. (2008). Jinekoloji: Premenstrüel Sendrom. Derleme. *Göztepe Tıp Dergisi*, **23(3)**, 76-80.

Şahintürk H. (1999): “İlköğretim Döneminde öğrenim gören kız çocuklarında menarş ve menstruasyon hijyenine ilişkin bilgi ve uygulamaların belirlenmesi”. İstanbul: İ.Ü. Sağlık Bilimleri Entitüsü (Yüsek lisans tezi).

Şatıroğlu H. (1990). *Premenstruel Sendrom Etiyolojisinde Su ve Tuz Retansiyonunun Yeri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi).

Şenol V, Gündüz E, Öztürk A. (2010). Kayseri İlinde Adölesan Kızların Menarş ve Menstruasyon Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. **20(2)**,77-83.

Tacling Premenstrual Syndrome. (February 2003). *National Prescribing Centre, MeReC Bulletin*, **13(3)**.

Targum SD, Caputo KP, Ball SK, Susan K, Steven D, Kevin P. (1991) Menstrual Cycle Phase and Psychiatric Admissions. *Journal of Affective Disorder*, **22**,49-53.

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.doi: 10.1093/humrep/13.9.2402.

T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (Eylül 2008). Ankara: *Politika Dökümanı: Kadın ve Sağlık*.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2005).Ankara: *Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri: Katılımcı Kitabı*.

Temel M, Metinoğlu M. ((2007). Tekirdağ İlinde I ve IV Nolu Sağlık Ocaklarına Başvuran 15-49Yaş Kadınlarda Genital Hijyen Uygulamalarının İncelenmesi. *İ.Ü.F.N.Hemşirelik Dergisi*, **15(59)**, 91-99.

Thsy-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. (1998). Calcium Carbonate and the Premenstrual Syndrome:Effects on Premenstrual and Menstrual Symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **179(2)**, 444-452.

Thsy-Jacobs S. (2000). Micronutrients and the Premenstrual Syndrome: The Case for Calcium. *Journal of American College of Nutrition*, **19(2)**, 220-227.

Treloar SA, Heath AC, Martin NG. (2002). Genetic and Environmental Influences on Premenstrual Symptoms in an Australian Twin Sample. *Psychological Medicine*, **32(1)**, 25-38.

True RL, Goodner SM, Burns EA. (1985). Review of Etiology and Treatment of Premenstrual Syndrome. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, **19(10)**, 714-22.

Türk (2012). İstatistiklerle Gençlik, *Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Haber Bülteni*, **13133**.

Tunay Ş, Soygüt G. (2009). Türk Üniversite Öğrencileri Üzerinde Endişe Şiddet Ölçeği'nin Güvenirlilik ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **20(1)**, 68-7.

Turan T, Ceylan S. (2007). 11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri ve Uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(6)**.

Uğur M. (Mart 2008). Duygudurum Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar; *Sempozyum Dizisi*, **62**, 59-8.

UNICEF (2011). Adolescence An Age of Opportunity. The State of The World's Children 2011. Erişim: 13.08.2012-09:45.

http://www.unicef.org/french/publications/files/OiC_FactSheet.pdf

Ussher J. *Managing the Monstrous Feminine: A study of Premenstrual Experiences*. Erişim: 25.06.2011- 13:44. <http://www.womens-health.org.nz/uploads/Managing%20the%20monstrous%20feminine.pdf>.

Ussher J.(2008). Challenging the Positioning of Premenstrual Change as PMS: The Impact of a Psychological Intervention on Women's Self-Policing. *Qualitative Research in Psychology*, **5**, 33-44.

Ünsal A. (2010). Üniversitede Okuyan Kız Öğrencilerin Genital Hijyen Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **5(13)**.

Walker, A. F. (2009). Magnesium Supplementation Alleviates Premenstrual Symptoms of Fluid Retention. *Journal of Women's Health*, **7(9)**.

Walker AF, De Souza MC, Marakis G, Robinson PA, Morris AP, Bolland KM. (March 2002). Unexpected benefit of sorbitol placebo in Mg intervention study of premenstrual symptoms: implications for choice of placebo in RCTs. *Medical Hypotheses*, **58(3)**, 213-220.

Wallin MS, Rissanen AM. (1994). Food and mood: relationship between food, serotonin and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*;377, 36-40.

Wilson C, Keye W. (1989). A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency: A model program for prevention, detection and treatment. *Journal of Adolescent Health Care*, **10(4)**, 317-322. Winston F. (November 1973). Oral Contraceptives, Pyridoxine, and Depression. *American Journal of Psychiatry*, **130**,1217-1221.

Woods NF, Most A, Dery GK. (1982). Prevalance of perimenstrual symptoms. *American Journa of Public Health*, **72**,1257-64.

Woods NF, Mitchell ES, Lentz MJ. (1995 Jun). Social pathways to premenstrual symptoms. Social pathways to premenstrual symptoms. *Research in Nursing & Healt*, **18(3)**, 225-37.

World Health Organization (1999). Definition and Indicatorsin Family Planning, Maternal&Child Health and Reproductive Health, *Family and Reproductive Health European Regional Office*, 12.

Veith J,Anderson J, SladeS, Thompson P, Laguel G, Getzlaf S.(January 1984). Plasma β -Endorphin, Pain Thresholds and Anxiety Levels Across The Human Menstrual Cycle. *Physiology & Behavior*, **32(1)**, 31-34.

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

Yürük Günay, T. (2005).Anormal Uterin Kanamalar ve Atipisiz Basit Endometrial Hiperplazilerde Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Sistem (Mirena+) İle Tedavi Etkinliğinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (Uzmanlık Tezi).

Yücel B, Polat A.(2003). Attitudes Toward Menstruation in Premenstrual Dysphoric Disorder: A Preliminary Report in an Urban Turkish Population. *Journal of PsychosomaticObstetrics & Gynecology*, **24(4)**, 231-237.

Yücel U, Bilge A, Oran N. (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **10**, 55–61.

FORMLAR

NO:	
-----	--

Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrüel Sendrom ve Menstrüasyon Hijyeni

A.

Yaş	
Boy	
Kilo	
İlk adet görme yaşı	
Annenizin eğitimi nedir?	
Eğitimi yok	☐
İlkokul	☐
Ortaokul	☐
Lise	☐
Üniversite	☐
Annenizin mesleği nedir?	
Ev hanımı	☐
İşçi	☐
Memur	☐
Serbest meslek	☐
Emekli	☐

Babanızın eğitimi nedir?	
Eğitimi yok	☐
İlkokul	☐
Ortaokul	☐
Lise	☐
Üniversite	☐
Babanızın mesleği nedir?	
İşi yok	☐
İşçi	☐
Memur	☐
Serbest meslek	☐
Emekli	☐
Nasıl bir ailede yaşıyorsunuz?	
Çekirdek aile (anne-baba-çocuk)	☐
Geniş aile (anne-baba-çocuk-dede-büyükanne...)	☐
Anne baba ayrı (boşanmış)	☐
Aile büyüklüğü(kardeş sayısı)	
Ailenizin geliri ortalama ne kadardır?	
700 TL ve 1500 TL	☐
1500-3000 TL arası	☐
3000TL ve üzeri	☐

Sosyal güvence türünüz nedir?	
Yok	☐
Yeşil Kart	☐
SGK	☐
Özel Sigorta	☐
Adet olmadan önce adet ile ilgili bilgi aldınız mı?	
Bilgi aldım	☐
Bilgi almadım	☐
Adetle ilgili daha önce bilgi aldıysanız hangi yolla bilgi aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	
Annemden aldım	☐
Ablamdan aldım	☐
Arkadaşımdan aldım	☐
TV, Gazete vb.'den aldım	☐
Diğer	☐
Cevapsız	☐
İlk adetiniz sizde ne tür duygulara yol açtı?	
Olumsuz duygulara	☐
Olumlu duygulara	☐
Olumlu-olumsuz duygular birlikte	☐
Ortalama kaç günde bir adet görüyorsunuz?	
≤ 20 günde bir	☐
21-35 günde bir	☐
≥ 36 günde bir	☐
Düzensiz	☐
Bilmiyorum	☐

Adet dönemlerinde günlük yaşam faaliyetlerinde etkilenme durumunuz nedir?	
<u>Çoğu zaman</u> günlük yaşantım etkilenir	☐
<u>Ara sıra</u> günlük yaşantım etkilenir	☐
Hiçbir zaman etkilenmez	☐
Adet dönemleriniz ortalama kaç gün sürer?	
2 gün ya da daha az	☐
3-7 gün arası	☐
8-14 gün arası	☐
14 günden daha fazla	☐
Bilmiyorum	☐
Adet dönemlerinizde ortalama kaç adet ped kullanırsınız?	
Günde ≤ 4 ped	☐
Günde $\leq 5-10$ ped	☐
Bir defada 2 ped birden	☐
Bilmiyorum	☐
Ne sıklıkta ped değiştirirsiniz?	
İki-üç saatte bir	☐
Günde iki kez	☐
Günde bir kez	☐
Günde üç-dört kez	☐
B.	
Adet sırasında banyo yapıyor musunuz?	
Evet	☐
Hayır	☐

Adet Sırasında ne şekilde banyo yapıyorsunuz?	
Ayakta duş biçiminde	☐
Taburede oturarak	☐
Adet sırasında banyo yapmıyorsanız hangi nedenle yapmıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)	
Adet bitiminde yapıyorum	☐
Ağrı olur	☐
Kanama artar	☐
Günah	☐
Haftada ortalama olarak kaç kere banyo yaparsınız?	
Tuvalette taharet alırken temizliğinizin yönü ne tarafa doğrudur?	
Önden arkaya doğru	☐
Arkadan öne doğru	☐
Dikkat etmiyorum	☐
Ne sıklıkta külot değiştirirsiniz?	
Her gün	☐
Haftada iki-üç kez	☐
Haftada bir kez	☐
Kirlendikçe	☐
Ne cins külot kullanıyorsunuz?	
Pamuklu	☐
Naylon	☐

Ailede Premenstrual Sendrom teşhisi konulan yakınınız var mı?	
Var	☐
Yok	☐
Bilmiyor	☐
Adete karşı duygularınız ne yöndedir?	
Olumlu duygu(dogal karsilama)	☐
Olumsuz duygu(tiksinme)	☐

C.

Sorular	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Menstrasyon sırasında, ağrıyı azaltmak için aspirin türevi ağrı kesici ilaçlar kullanılabilir mi?	☐	☐	☐
Menstrasyon sırasında ağrı olması normal bir durum mudur?	☐	☐	☐
Menstrasyon sırasında yürüyüş yapmak ağrıyı azaltmada yararlı olur mu?	☐	☐	☐
Menstrasyon sırasında egzersiz yapmak ağrıyı daha da artırır mı?	☐	☐	☐
Menstrasyon sırasında ağrıyı azaltmak için karın bölgesine sıcak uygulama yapmak doğru mudur?	☐	☐	☐

ADET ÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU-GEÇMİŞ DÖNEM

Bu ölçek adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son üç adet öncesi dönemde kendinizde fark ettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğine karar verin. Değişimin şiddetini uygun sayıyı daire içine alarak belirtin.

- Değişim yok (belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil)
- Çok az değişim (sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sizdeki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir)
- Hafif değişim (sizin için belirgindir ve beklide sizi tanıyanlar tarafından da farkedilebilmektedir)
- Orta şiddette değişim (siz ve sizi tanıyanlar tarafından kesin olarak farkedilebilmektedir)
- Şiddetli değişim (siz ve sizi iyi tanıyanların gözünde çok belirgindir)
- Aşırı değişim (değişim o kadar şiddetlidir ki, sizi tanımayan kişiler bile farkedebilmektedir)

Adet Öncesi Dönemde Var Olan Değişiklikler

1. Değişim yok
2. Çok az değişim
3. Hafif Değişim
4. Orta şiddette değişim
5. Şiddetli değişim
6. Aşırı değişim

SORULAR (PDF)	1	2	3	4	5	6
Aynı gün içinde duygusal durumda hızlı değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk... gibi)	1	2	3	4	5	6
Enerji azlığı veya çabuk yorulmaya eğilim	1	2	3	4	5	6
Sakarlaşma	1	2	3	4	5	6
Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden daha sıkıntılı olma	1	2	3	4	5	6
Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma	1	2	3	4	5	6
Kendini hasta hissetme (genel bir kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi)	1	2	3	4	5	6
Sinirli veya huzursuz hissetme	1	2	3	4	5	6
İştah kaybı	1	2	3	4	5	6
Göğüslerde acı, duyarlılık büyüme, şişme	1	2	3	4	5	6
Baş ağrıları veya migren nöbetleri	1	2	3	4	5	6
Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve çabucak dağılması)	1	2	3	4	5	6
Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme ve istemeden bir şeyler kırma	1	2	3	4	5	6
Mide bulantısı ve kusma	1	2	3	4	5	6
Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)	1	2	3	4	5	6
Güçsüzlük, dermansızlık hissi	1	2	3	4	5	6
Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	1	2	3	4	5	6
Kendini güvensiz hissetme	1	2	3	4	5	6
Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu,	1	2	3	4	5	6

burun akıntısı						
Kendini çökkün hissetme	1	2	3	4	5	6
Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	1	2	3	4	5	6
Önemsiz konularda sürekli söylenme veya tartışma çıkarma	1	2	3	4	5	6
Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabaya çarpmak, uykuya dalıp uyanmamayı istemek, ölüm ve intiharı düşünmek)	1	2	3	4	5	6
Konuşmak veya yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	1	2	3	4	5	6
Daha unutkan olma	1	2	3	4	5	6
Dış görünüşünden hoşnut olmama	1	2	3	4	5	6
Kişilere ve eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birine vurma)	1	2	3	4	5	6
Gün içerisinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	1	2	3	4	5	6
Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	1	2	3	4	5	6
Kalbin çarpıntısını ve hızlı attığını hissetme	1	2	3	4	5	6
Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	1	2	3	4	5	6
Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	1	2	3	4	5	6
Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetmek	1	2	3	4	5	6
Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zaman ki kadar iyi olmadığını fark etme)	1	2	3	4	5	6
Kendini pasif hissetme, kararları başkalarının verme sorumluluğunu yüklenmesini isteme gibi	1	2	3	4	5	6

Kendini iyi hissetme duygusunda artış	1	2	3	4	5	6
Kendini kontrol edememe	1	2	3	4	5	6
Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	1	2	3	4	5	6
Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	1	2	3	4	5	6
Daha sık idrara çıkma veya idrar miktarında artma	1	2	3	4	5	6
Kabızlık çekme	1	2	3	4	5	6
Zamanı kullanma, para harcama ve yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	1	2	3	4	5	6
Düşünmeden elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	1	2	3	4	5	6
Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçlar alma	1	2	3	4	5	6
Kendini baskı altında hissetme	1	2	3	4	5	6
Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme veya tırnak yeme gibi davranışlar	1	2	3	4	5	6
Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	1	2	3	4	5	6
Bir şeye canı sıkıldığında ortalığı telaşa verme, feveran etme	1	2	3	4	5	6
Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6
Kendini bomboş hissetme	1	2	3	4	5	6
Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	1	2	3	4	5	6
Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	1	2	3	4	5	6
Bacaklarda yorgunluk hissi (güçsüzlük, sızı, titreme gibi)	1	2	3	4	5	6
Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	1	2	3	4	5	6
Arkadaşlar ve aile tarafından “bugün iyi gününde” diye bilinme	1	2	3	4	5	6
Sabahleyin sinirli uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve	1	2	3	4	5	6

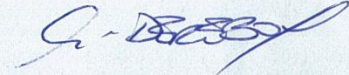
patlama						
Kindar davranışlar gösterme	1	2	3	4	5	6
Kendini yalnız hissetme	1	2	3	4	5	6
Daha seyrek idrara çıkma ya da idrar miktarında azalma	1	2	3	4	5	6
Kilo alma	1	2	3	4	5	6
Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme ya da hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	1	2	3	4	5	6
Çok konuşma eğiliminde olma	1	2	3	4	5	6
Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	1	2	3	4	5	6
Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendisiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
Uyku sorunları (Sabah erken uyanıp tekrar uykuya dalamama varsa işaretleyin)	1	2	3	4	5	6
Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	1	2	3	4	5	6
Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	1	2	3	4	5	6
Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	1	2	3	4	5	6
Evde ve işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma	1	2	3	4	5	6
Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	1	2	3	4	5	6
Sivilce ve çıban gibi cilt problemleri	1	2	3	4	5	6
Ödem, şişkinlik veya vücutta “su tutulumu”	1	2	3	4	5	6
Evde daha fazla oturma	1	2	3	4	5	6

Daha cinsel ilgi ve aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	1	2	3	4	5	6
İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	1	2	3	4	5	6
Kendini şiş gibi hissetme	1	2	3	4	5	6
İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	1	2	3	4	5	6
Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	1	2	3	4	5	6
Yalnız kalmayı isteme	1	2	3	4	5	6
İlham ve yaratıcılıkta azalma hissetme	1	2	3	4	5	6
Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	1	2	3	4	5	6
İştahta artış veya fazla yemeğe eğilim	1	2	3	4	5	6
Sabahları kendini daha kötü hissetme	1	2	3	4	5	6
Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	1	2	3	4	5	6
Üşüme veya ısı değişimlerine daha az duyarlı olma	1	2	3	4	5	6
Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	1	2	3	4	5	6
Reddedilmeye karşı duyarlı olma veya katlanamama	1	2	3	4	5	6
Kendini daha sevgi dolu hissetme	1	2	3	4	5	6
Basit konularda daha sık olarak başkalarına akıl danışma eğilimi	1	2	3	4	5	6
Karamsar görünme	1	2	3	4	5	6
Kahve, çay, veya kafeinli soğuk içecekleri (kola gibi) daha fazla içme	1	2	3	4	5	6
Cinsel ilişki sırasında acı ve rahatsızlık hissetme	1	2	3	4	5	6
Daha az ev işi yapma (temizlik gibi)	1	2	3	4	5	6

Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (TV, okuma gibi)	1	2	3	4	5	6
“ateş basması” veya soğuk algınlığı görünümü, ishal, kendiliğinden olan çürükler,varis damarları, hemoroid, uyuşukluk, çınlama, sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (Hangisinin _____ olduğunu belirtiniz_____)	1	2	3	4	5	6
Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişimler (arpacık kızarıklık, sulanma, dumanlı görme, yanma, ışığa duyarlılık gibi)	1	2	3	4	5	6

İLGİLİ MAKAMA

İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Özge Şahin tarafından gerçekleştirilecek olan yüksek lisans tez çalışmasında tarafımdan Türkçeye uyarlanan Türk Psikiyatri Dergisinin 5: 83-90;1994 sayısında geçerliğine ve güvenilirliğine ilişkin sonuçları yayınlanan *Premenstrüel Değerlendirme Formunun* kullanabilmesi için iznim bulunmaktadır.



Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY

11/11/2009

**Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
AYDIN
Tel: 0 256 4441256/299
Gsm: 0 532 741 88 54**

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.34.00.18.580/ 124716
Konu : **Anket.**
(Özge ŞAHİN)

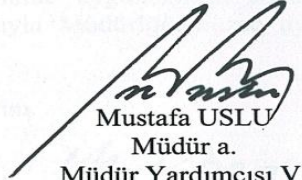
09.. Aralık 2009

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

- İlgi: a) Valilik Makamının 07/12/2009 tarih ve 124125 sayılı Oluru.
b) Milli Eğitim Bakanlığı Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı'nın Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik izin ve Uygulama Yönergesi.
c) 19/11/2009 tarih ve 783 sayılı yazınız.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **Özge ŞAHİN'in**, İlimizde ekte isimleri belirtilen okullarda uygulanmak üzere **"Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrüel Sendrom ve Mensrüyasyon Hijyeni"** konulu anket çalışmasını yapma isteği ilgi (a) Valilik Oluru ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi, gereğinin ilgi (a) Valilik Oluru doğrultusunda, gerekli duyurunun anketçi tarafından yapılmasını, işlem bittikten sonra 2(iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Kültür Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.


Mustafa USLU
Müdür a.
Müdür Yardımcısı V.

EKLER :

- Ek-1. İLGİ (a) Valilik Oluru.
2. Anket soruları.

EGİTİM
%100
DESTEK
4440632

NOT : Verilecek cevapta tarih, kayıt numarası, dosya numarası yazılması rica olunur.
Adres : İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü A.Blok Ankara cad. No:2 Çağaloğlu 2125261382
E-Mail : kultur34@meb.gov.tr **Web :** <http://istanbul.meb.gov.tr/bolumler/kultur>

ETİK KURUL KARARI

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	Kendi imkanlarımı kullanacağım. Araştırmanın bütçesi ektedir.
	SIGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☒	Araştırmaya katılan tüm birimlerin ve elemanların bilgilendirildiğine dair belge İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'nun Araştırmacılar Tarafından Okunduğuna Dair Belge Sorumluluk Paylaşım Belgesi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: D-025	Tarih: 22.12.2009
	Yüksek Lisans Öğrencisi Özge Şahin'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Öner Süzer	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Öner SÜZER (Başkan)	Farmakoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan Yardımcısı)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlkay ALP (Genel Sekreter)	Eczacı	İ.Ü. Eczacılık Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Zerrin YILGIT (Üye)	Kardiyoloji	İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK (Üye)	İç Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Akif TURNA (Üye)	Göğüs Cerrahisi	Yedikule Göğüs Hst. ve Göğüs Cerrahisi EAH	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Soykan ARIKAN (Üye)	Genel Cerrahi	İstanbul EAH	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Ayşem KAYA (Üye)	Biyokimya	İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Fatma Arın NAMAL (Üye)	Deontoloji	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ (Üye)	Fizyoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE (Üye)	Halk Sağlığı	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÖZCAN (Üye)	Hukukçu	İ.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Öğretmen Zümrüt GAMLI (Üye)	Fransızca Öğretmeni	Emekli	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

İstanbul 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel: +90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300.

İnternet adresi: www.ctf.edu.tr/etikkurul E-posta: ctfetik@istanbul.edu.tr Form revizyon tarihi: 21.10.2009

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özge	Soyadı	Şahin
Doğ.Yeri	Uşak	Doğ.Tar.	29.08.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	37709174626
Email	ozgesahinn@hotmail.com osahin@kavram.edu.tr	Tel	0505 454 96 63

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı A.D.	
Tezsiz Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji Öğretmenliği Programı	2008
Lisans	İstanbul Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü	2006
Lise	Şehremini Lisesi (YDA)	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretmen	Yenibosna Lisesi	2010-2011
2.	Öğretim Görevlisi (Program Başkanlığı)	İstanbul Kavram Meslek Yüksek Okulu	2011-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	50	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73	77	80

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	Çok iyi
SPSS	İyi
Hastane Otomasyon Sistemi	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

İnce N, Özyıldırım B, İnce H, İşsever H, Ayvaz Ö, **Şahin Ö**. Petrol İstasyonu Çalışanlarında Kan Kurşun Düzeyinin Değerlendirilmesi. Meska "2009" İş Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu.

Babaoğlu U, **Şahin Ö**, Turoğlu H. Tekirdağ İlinde Elektromanyetik Kirliliğin CBS ile Değerlendirilmesi. III. Çevre Hekimliği Kongresi, Aydın, 2010.

İnce N, Özyıldırım B, İnce H, İşsever H, Ayvaz Ö, **Şahin Ö**. Evaluating The Physical Complaints And Levels Of Lead in The Blood of Petrol Station Employees. International Scientific Conference-Roma, Italy, 2010.

Babaoğlu U, **Şahin Ö**. Hava Kalitesi Değişiminin CBS ile Araştırılması. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, İzmir, 2010.

2010-13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Katılım Belgesi

2010- III. Çevre Hekimliği Kongresi Katılım Belgesi

2009- MESKA "2009" İş Sağlığı ve Güvenliği Sertifikası

2008-Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kursu

2006-İstanbul Üniversitesi Tıbbi Biyolojik Bilimler Öğrenci Sempozyumu

Özel İlgi Alanları: Çevre Sağlığı, Üreme Sağlığı, Zooloji, Sağlık Eğitimi, Biyoistatistik