

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**BİR GRUP ÇALIŞAN KADINDA PREMENSTRUAL
SEMPTOM GÖRÜLME SIKLIĞI ve ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Gözde GÖKÇE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç Dr. Mine YURDAKUL

TEZ NO:.....

MERSİN- 2006

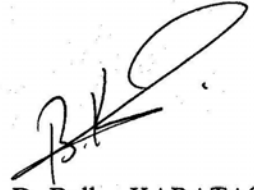
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütölmüş olan **Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görölme Sıklığı** adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/03/2006



Yrd.Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



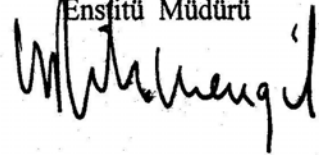
Yrd.Doç.Dr.Belkıs KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 07/04/2006 tarih ve 2006/4-72 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Murat DİKMENGİL
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Sn.Yrd.Doç.Dr.Mine YURDAKUL'a,

Hayallerime ve ürünlerime parlayan gözlerle baktığı, sonsuz destek, sabır, anlayış ve sevgisini gösterdiği, değerli bilgi, deneyim ve zamanını esirgemediği ve en önemlisi tezimin heyecanını benimle aynı seviyede yaşadığı için,

Sn. Prof.Dr. Ayşe ÖZCAN'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkı sağladığı ve hasta sözcüklerimi iyileştirdiği için,

Sn.Yrd.Doç.Dr.Nazife AKAN'a,

Mesleğimde uzmanlaşmaya davet ettiği, lisans ve yüksek lisansta kadın doğum hemşireliğinin heyecanını ve zevkini yaşattığı için,

Sn.Yrd.Doç.Dr. Belkıs KARATAŞ'a

Değerli görüşleriyle tezimi daha anlamlı hale getirdiği için,

Sn. Öğr. Gör. Semra ERDOĞAN'a,

Rüyama giren değerleri kat kat anlamlandırarak gerçeğe sabırla dönüştürdüğü için,

Niğde Üniversitesi'nde Çalışan Tüm Kadınlara,

Çalışmama ilgi gösterdikleri ve araştırma kapsamıma katıldıkları için teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.TANIM.....	4
2.2.PREMENSTRUAL SEMPTOMLARIN PREVELANSINI BELİRLEMeye YÖNELİK YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR	6
2.3.ETYOLOJİLER	8
2.3.1.Biyolojik Teoriler.....	8
2.3.1.1.Steroid Hormon Dengesizliği	9
2.3.1.2.Prolaktin	11
2.3.1.3.Tiroid	11
2.3.1.4.İnsülin.....	11
2.3.1.5.Aldesteron	12
2.3.1.6.Endojen Opioidler	13
2.3.1.7.Serotonin.....	14
2.3.1.8.Prostaglandin	15
2.3.1.9.Çinko.....	15
2.3.1.10.Magnezyum ve Kalsiyum	16
2.3.1.11.Vitaminler	17

2.3.1.12. “Mantar Büyüme” Teorisi.....	18
2.3.1.13. Genetik.....	19
2.3.2. <i>Psiko-sosyal Teoriler</i>	19
2.4. TANI VE DEĞERLENDİRME	21
2.5. TEDAVİ	22
2.5.1. <i>Progesteron</i>	22
2.5.2. <i>Oral Kontraseptifler</i>	23
2.5.3. <i>Danazol</i>	23
2.5.4. <i>Bromoergokriptin</i>	23
2.5.5. <i>Gonodotropin Releasing Hormon Analogları</i>	23
2.5.6. <i>Prostaglandin Prekürsörleri</i>	24
2.5.7. <i>Prostaglandin İnhibitörleri</i>	24
2.5.8. <i>Serotonin Agonistleri</i>	24
2.5.9. <i>Opioid Arttırıcı Ajanlar</i>	24
2.5.10. <i>Anksiyolitikler ve Antidepresanlar</i>	24
2.5.11. <i>Diüretikler</i>	25
2.5.12. <i>Cerrahi Kastrasyon</i>	25
2.6. PMS İLE BAŞETMEDE EBE/HEMŞİRENİN ROLÜ	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	33
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	33
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	33
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	34
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	35
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	35
3.6.1. <i>Veri Toplama Formunun Hazırlanması</i>	35
3.6.2. <i>Veri Toplama Araçlarının Uygulanması</i>	36
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71

7.KAYNAKLAR	74
8.EKLER	81
<u>8.1.EK -1: ANKET FORMU</u>	<u>81</u>
<u>8.2.EK -2: MENSTRUAL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİ.....</u>	<u>86</u>
<u>8.3.EK -3: MENSTRUAL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİNDE YER ALAN ŞİKAYETLER</u>	<u>88</u>
9. ÖZGEÇMİŞ	90

ÇİZELGELER

Çizelge 1:Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	37
Çizelge 2:Kadınların Çalışma Yaşamlarını Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı	38
Çizelge 3:Kadınların Menstruasyon Özelliklerinin Dağılımı	39
Çizelge 4:Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	40
Çizelge 5:Kadınların Genel Sağlık Alışkanlıklarından Bazılarının Dağılımı	41
Çizelge 6:Kadınların Premenstrual Dönemde Yaşadıkları Semptomların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	42
Çizelge 7:Kadınların Premenstrual Alt Grup Semptomlarını Yaşama Durumlarının Dağılımı.....	42
Çizelge 8: Kadınların Premenstrual Dönemde Ağrı Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler	43
Çizelge 9:Kadınların Premenstrual Dönemde Ağrı Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	44
Çizelge 10:Kadınların Premenstrual Dönemde Su Retansiyonu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler	44
Çizelge 11:Kadınların Premenstrual Dönemde Su Retansiyonu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenin Lojistik Regresyon Analizi	45
Çizelge 12:Kadınların Premenstrual Dönemde Otonomik Reaksiyon Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler.....	45
Çizelge 13:Kadınların Premenstrual Dönemde Otonomik Reaksiyon Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	46
Çizelge 14:Kadınların Premenstrual Dönemde Negatif Duygulanım Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler.....	47
Çizelge 15:Kadınların Premenstrual Dönemde Negatif Duygulanım Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	47
Çizelge 16:Kadınların Premenstrual Dönemde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler.....	48
Çizelge 17:Kadınların Premenstrual Dönemde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	49
Çizelge 18:Kadınların Premenstrual Dönemde Davranış Değişikliği Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler.....	49
Çizelge 19:Kadınların Premenstrual Dönemde Davranış Değişikliği Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi.....	50
Çizelge 20:Kadınların Premenstrual Dönemde Canlanma Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler	51
Çizelge 21:Kadınların Premenstrual Dönemde Canlanma Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	51

Çizelge 22:Kadınların Premenstrual Dönemde Kontrol Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler	52
Çizelge 23:Kadınların Premenstrual Dönemde Kontrol Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	53
Çizelge 24:Kadınların Premenstrual Dönemde İştah Artması Semptomunu Etkileyen Değişkenler.....	53
Çizelge 25:Kadınların Premenstrual Dönemde İştah Artması Semptomunu Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi	54

KISALTMALAR DİZİNİ

PMS: Premenstrual Sendrom

MDQ: Menstrual Distress Questionnaire (Menstrual Distres Şikayet Listesi)

FSH: Folikül Stimule Eden Hormon

LH: Lutein Hormon

PG: Prostaglandin

GH: Gonadotrop Hormon

GnRHa: Gonadotropin Releasing Hormon Analogları

ADH: Antidiüretik Hormon

TRH: Tiroid Hormonu

SSRIs: Serotonin Reuptake İnhibitörü

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

OKS: Oral Kontraseptif

ÖZET

BİR GRUP ÇALIŞAN KADINDA PREMENSTRUAL SEMPTOM GÖRÜLME SIKLIĞI ve ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Gözde GÖKÇE

Bu çalışma, bir grup çalışan kadında premenstrual semptom görülme sıklığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini 07.10.2004- 08.11.2004 tarihleri arasında izinli veya raporlu olmayan, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmayı kabul eden 162 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve Menstrual Distres Şikayet Listesi (Menstrual Distress Questionnaire-MDQ) kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen veriler, SPSS for Windows 10.0 (Statistical Package for Social Sciences for windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ; yüzdelik dağılım, ki-kare testi ve logistik regresyon (Binary Logistic) analizi kullanılmıştır.

Örneklemini oluşturan kadınların çoğunluğu 26-35 yaş arasında (%56.2), evli (%61.7), üniversite mezunu (%74.0) ve akademik personeldir (%51.9). Çalışma kapsamına alınan kadınların yarısından fazlası premenstrual alt grup semptomlarından bazılarını yaşamaktadır.

Yaşın, medeni durumun, eğitim düzeyinin, görevinden memnun olma durumunun, işe ayrılan zamanın, menarş yaşının, menstruasyona karşı tutumun, dismenore öyküsünün, yakın çevrede perimenstrual semptomların yaşanma durumunun, toplam gebelik, düşük/küretaj sayısının, hormonal olmayan kontraseptif yöntem kullanma durumunun, günlük tüketilen çay/kahve miktarının, sigara kullanma durumunun ve hayat stresörlerini yaşamış olma durumunun premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç olarak çalışan kadınların çoğunluğunun premenstrual semptomları yaşadığı, bu semptomları ortaya çıkaran ve /veya şiddetlendiren faktörlerin etkisinin azaltılmasında ebe/hemşirenin koruyucu, eğitici ve danışmanlık rollerinin önem kazandığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Premenstrual Semptom, Çalışan Kadın, Etkileyen Faktörler.

ABSTRACT
PREMENSTRUAL SYMPTOM PREVELANCE and AFFECTIONAL FACTORS
at WORKING WOMEN

Gözde GÖKÇE

This research was conducted as a descriptive study to evaluate the premenstrual symptom prevalence and affectional factors at working women.

This research sample include 162 women who without permission and without medical certificate between 07.10.2004 and 08.11.2004, accord to limited of research and accept to join this research. A questionnaire prepared by the investigation and Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) was used for data collection.

Data were analyzed using percentage, Pearson Chi-square test and Binary Logistic Regression Analyze with SPSS for Windows 10.0 packet programme.

In the sample majority of women were between 26 and 35 years old (56.2%), married (61.7%), graduated from high school (74.0%) and academic personnel (51.9%). In the sample more than half of the women experienced some sub-groups premenstrual symptoms.

The scores were found statistically remarkable ($p < 0.05$) between age, state of being married or unmarried, state of placed her duty, working times, menarche age, opinion about menstruation, dysmenorrhea, positive family history about perimenstrual symptoms, total pregnancy number, total abortion number, non-hormonal contraceptive technique, drinking coffee and tea in a day, cigaretting, experience more life stress and premenstrual symptoms.

As a conclusion; majority of women experienced premenstrual symptoms. The fact that roles which defender, educator, consultant of midwife and nurse are important above premenstrual symptoms and risk factors arised with this research.

Key Words: Premenstrual Symptom, Working Woman, Affectional Factors.

1-GİRİŞ

Gelecek yüzyıllardaki insan sağlığı, günümüzde kadın sağlığına verilen önemle yakından ilişkilidir. Kadının doğumdan ölüme kadar ruhen ve bedenen sağlıklı olması üzerinde durulması gereken önemli konulardan biridir.

Kadın nüfusu, toplam nüfusun büyük bir bölümünü oluşturması nedeniyle kadın sorunlarının ülkenin toplumsal yaşamına yansması kaçınılmazdır (1,2). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılı "21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon" adlı raporunda kadınların sağlık durumlarına odaklanılmış, yalnızca daha uzun bir yaşam değil, yaşam kalitesinin de yükseltilmesi hedeflenmiştir (3).

Gelişmiş ya da gelişmekte olan hemen her ülkede kadın sağlığı doğum ve üreme organı hastalıkları ile sınırlandırılmıştır (4). Kadının sağlığının geliştirilmesi, yaşam süresi ve kalitesinin artırılması için kadın yaşamının tüm evrelerinin ayrıntılı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Başka bir deyişle, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile birlikte, ergenlik dönemindeki değişikliklere uyum süreci, menstrual sıklusta yaşanan problemler, anormal kanama problemleri, pelvik ağrı, jinekolojik kanserler ve enfeksiyonlar gibi kadının yaşam kalitesini ve verimliliğini etkileyen sorunların bütüncül olarak ele alınması ve incelenmesi gerekmektedir.

Menstrual siklus, menarştan menapoza kadar devam eden, organizmada özellikle genital organlarda her ay düzenli değişimlerle kadının yaşam kalitesini etkileyen fizyolojik bir süreçtir. Bu süreç kadının yaşam aktivitelerinden etkilenebilmekte ve sıklusta yaşanan problemler kadının yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

Menstrual siklus problemleri; dismenore, amenore, anormal vaginal kanama ve premenstrual dönemde yaşanan problemleridir (5). Premenstrual dönemde yaşanan problemler, kadın sağlığını olumsuz etkilemekte, aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaratabilmekte, eğitim ve iş gücü kaybına, verimliliğin azalmasına, hata/kaza oranlarının yükselmesine sebep olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda premenstrual semptomların çalışan kadınlarda görev başında bulunmama ve iş üretkenliğinde azalma nedeni olduğu bildirilmiştir (6,7). Kadınların zamanlarının %25'inin premenstrual dönemde geçtiğini dikkate alırsak, bu sürecin ele alınması gerekliliğinin önemi açık bir şekilde ortaya çıkacaktır (8).

Premenstrual Sendrom, her luteal fazda siklik olarak görülen, kişilerarası iletişimi ve normal günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozukluklarına sebep olabilen bir sendromdur (9,10,11).

Kadınların %70-90'ının yaşamlarının belirli dönemlerinde premenstrual şikayetleri deneyimledikleri, %20-40'ında bu şikayetlerin fizik ve mental kapasitesini etkileyecek şiddette, %5-10'unda ise çok şiddetli olduğu kabul edilmektedir. PMS'lu kadınların %85'inde semptomların orta şiddette, %15'inde ise ciddi düzeyde olduğu bildirilmiştir (9,12,13).

PMS üreme çağındaki kadında herhangi bir zamanda ortaya çıkabildiği gibi sıklıkla 25-35 yaşları arasında görülmektedir (9,11,14). PMS birden bire oluşmaz, oluştuğunda ise zamanla bazı semptomların daha da şiddetlendiği gözlenir. Başlangıçta semptomların şiddeti aydan aya değişir, sonra sabit kalır. PMS kendiliğinden yok olmaz, ancak menapozla geçer (9).

İlk olarak 1931 yılında tanımlanmasına rağmen günümüzde bu sendromun epidemiyolojisi, etiyolojisi ve patofizyolojisi çözümlenememiştir. PMS'nin semptomlarının ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülen faktörler; β endorfin düzeyinde düşme, serotonin eksikliği, prostaglandinlerde düşme ya da artma, steroid hormon dengesizliği, tiroid fonksiyon bozukluğu, çinko eksikliği, magnezyum eksikliği, pridoksin eksikliği, allerji, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, genetik faktörler, psikolojik nedenler olarak sıralanmaktadır (5,9,15).

Günümüzde PMS'un etkili bir tıbbi tedavisinin bulunamaması nedeniyle kadınlar, fiziksel, spiritüel ve davranışsal açıdan kendilerini etkileyen, aile ve iş yaşantısında önemli aksaklıklara neden olan bu semptomlarla kendi geliştirdikleri bazı yöntemleriyle başetmeye çalışmaktadırlar.

Şikayetlerin azaltılması ve başarılı başetme yöntemlerinin geliştirilmesi için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşım gereklidir. Böyle çok boyutlu bir yaklaşımda, kadın ve ailesinin eğitimi, menstruasyon ve menstrual sıklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerinin yok edilmesi, yaşam biçimi, iş ya da aile ilişkilerinde değişiklikler, stresle başa çıkma yollarındaki değişiklikler önemli bir yer tutmaktadır. Bu düzenlemelerin ve değişikliklerin yapılmasında, farkındalığın sağlanmasında, semptomların tanınması, önlenmesi ve/veya azaltılmasında ebe ve hemşirenin koruyucu, eğitici ve danışmanlık rolleri oldukça önem kazanmaktadır.

Bu bilgiler ışığı altında çalışan bir grup kadında premenstrual semptomların görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.TANIM

Menstruel siklus ve affektif bozukluklar arasındaki ilişki Hipokrat tarafından gözlemlenmiş olmasına karşın (16), Premenstrual Sendrom (PMS) kavramı ilk defa 1931 yılında R.D.Frank tarafından tanımlanmıştır (17). Dalton ve Green, 1953 yılında 84 vakalı bir çalışmada PMS terimini kullanmışlardır (9,17). Coppen ve Kessel (1963) ve Moos (1968) premenstrual döneme özgü belirtileri tanımlarken, Taylor (1979), Casper ve Powel (1986), Reid ve Yen (1981) PMS'daki belirtilerin sıklık özelliği üzerinde durmuşlardır (16,17). 1983'de Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH), PMS'nin tüm özelliklerini göz önüne alarak daha geniş bir tanımlama ortaya koymuştur (16). Daha sonra 1985'de Reid tarafından yapılan tanım üzerinde genel olarak uzlaşmıştır. Bu tanıma göre "PMS; menstruel siklusun luteal fazında ortaya çıkan fiziksel, psikolojik sıkıntı ve/veya kadının sosyal ilişkilerini, normal aktivitesini bozacak derecede önemli davranış değişiklikleri" olarak ifade edilmiştir (17).

PMS, 1987 yılında 'Amerikan Psikiyatri Birliği' tarafından Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder-LLPDD) yada Premenstrual Disforik Bozukluk (Premenstrual Dysphoric Disorder-PMDD) olarak tanımlanmıştır. Geç luteal faz disforik bozukluk; "başka psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, menstruasyondan bir hafta önce başlayan ve menstruasyonun başlamasından çok kısa bir süre sonra biten tekrarlayıcı özelliği olan fiziksel ve psikolojik belirtiler" olarak tanımlanmaktadır. LLPDD'yi saptamak için belirlenen tanı kriterleri psikolojik semptomların önemini fiziksel olanlara oranla daha fazla vurgulamakta, tabloyu psikiyatrik bir sendroma daha yakın kılmaktadır. Fakat genel tıp literatürü içinde bakıldığında PMS'un sınırlarının daha geniş olduğu dikkat çekmektedir (1,9). Son yıllarda PMS'a yönelik yapılan tanımlamalarda bu bilgiyi destekler niteliktedir. PMDD yada LLPDD'nin PMS'dan farklı olduğu, PMDD'de PMS'a göre kişilerarası ilişkilerde özellikle evlilik-aile ilişkilerinde önemli derecede rol kayıpları yaşandığı öne sürülmektedir (18).

PMS, 150'den fazla semptom içermektedir. En yaygın görülen psikolojik semptomlar; anksiyete, depresyon, irritabilite, labil ruh hali, iştah açılması, öfke, laterji, unutkanlık, konsatrasyon bozukluğu, uyku değişiklikleridir. Fiziksel semptomlar ise;

abdominal şişkinlik, ekstremitte ödem, ağırlık artışı, konstipasyon, sıcak basmaları, memelerde hassasiyet, baş ağrısı, akne ve kalp çarpıntısıdır (9,14,19).

PMS’da görülen birçok semptom, organik ve psikolojik hastalıklarda da görülebilir. Bu nedenle PMS tanısı konulabilmesi için şu özellikler mutlaka aranmalıdır:

- Organik bir neden olmamalıdır.
- Semptomlar siklik olmalı ve siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır. Foliküler fazda en az 7 gün tamamen asemptomatik olmalıdır.
- Menstrasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir.
- Siklik ovarian aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenapozal ve gebelik döneminde görülmez.
- Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş histerektomi olmuş kadınlarda da görülebilir.
- Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır (9, 14, 20).

PMS’un tanımında semptomların luteal fazda olduğu, genellikle menstruasyondan 6-7 gün önce başladığı ve menstruasyonla bittiği belirtilmektedir. Ancak Reid ve Yen yaptıkları çalışmalarda PMS’nin başlama ve süresindeki farklılıkları göstermişler ve bu farklılıkları A, B, C ve D paterni olarak tariflemişlerdir. A paterni; menstruasyondan 6-7 gün önce başlayıp menstruasyonun ilk birkaç gününü içine almakta, B paterni; ovulasyonla başlayıp menstruasyonun ilk birkaç gününü kapsamakta, C paterni; ovulasyon sırasındaki ani östrojen düşmesine bağlı semptomlarla ortaya çıkmakta, D paterninde ise semptomlar ovulasyonda başlamakta, tüm menstruasyon sürecinde devam etmektedir. A ve B paterni en fazla görülendir. Tüm paternlerde semptomlar, ovulasyonla veya ovulasyondan sonra başlamalı, foliküler fazda en az 7 gün süren semptomsuz bir devrenin olması gerekmektedir (9).

Ayrıca PMS’un semptomlarını içeren fakat PMS’dan farklı olan iki durum tanımlanmıştır. “Premenstrual Tension” (PMT) ve “Premenstrual Molimia” .

PMT; sinirlilik, depresyon, huzursuzluk, anksiyete gibi emosyonel durumların ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu, semptomların hafif, günlük hayatı etkilemeyen ve menstruasyonun yaklaştığını gösteren kısa süreli bir durum olarak

tanımlanır (21). Ayrıca PMS’da somatik, davranışsal ve emosyonel yakınmaların hepsinin birlikte olduğunu, PMT’da ise yalnızca emosyonel problemlerin olduğunu öne sürülür (22).

Premenstrual Molimia ise; kadınların yaklaşık %80-90’ında premenstrual dönemde günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şekilde ve şiddeti az olan bir veya birden fazla PMS’a benzer semptomların olduğu bir durum olarak tanımlanır (9,15). Premenstrual Molimia ile PMS’nun etyolojileri arasında farklılıklar olabileceği öne sürülmektedir. Örneğin PMS etiyolojisinde hipotalamik-pituitar aksın beyin nörotransmitterleri ile karşılıklı etkileşimleri gibi biyolojik faktörlerin, Premenstrual Molimia’da ise psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı düşünülmektedir (23).

2.2. PREMENSTRUAL SEMPTOMLARIN PREVELANSINI BELİRLEMeye YÖNELİK YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

Genel olarak yapılan çalışmalardan elde edilen veriler incelenecek olursa; kadın popülasyonunun %70-90’ının yaşamlarının belirli dönemlerinde premenstrual semptomları deneyimledikleri, %20-40’ında semptomların fizik ve mental kapasiteyi etkileyecek şiddette olduğu, %5-10’unda ise semptomların çok şiddetli düzeyde yaşandığı söylenebilir (9,12).

Literatürde premenstrual semptomların prevalanslarını belirlemeye yönelik hem retrospektif, hem de prospektif çalışmalar yer almaktadır. Retrospektif çalışmalarda kadınlardan daha önceki bir veya daha fazla menstrual döngüsündeki belirtileri tanımlaması, prospektif çalışmalarda ise kadınlardan belirtileri en azından yaşadıkları bir döngü sırasında güncel olarak değerlendirmesi istenir (24).

Premenstrual semptomları tanılamada prospektif dökümantasyon kullanmak, PMS’u diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırmak açısından avantajlı olabilir. Prospektif dökümantasyonlar genel olarak çok küçük kadın gruplarıyla yapılan deneysel ve uzun süreli çalışmalarda kullanılır. Literatür incelendiğinde, premenstrual semptom prevalansını değerlendirmek için yapılan çalışmalarda retrospektif dökümantasyonların daha çok kullanıldığı söylenebilir (24,25,26).

Moos tarafından Metsrual Distress Questionnaire (MDQ) geliştirilirken (1968); ilk olarak belirlenen 47 semptomlu liste 839 kadına uygulanmış, fiziksel (ağrı, otonomik reaksiyonlar, su retansiyonu) ve psikolojik (negatif duygulanım, konsantrasyon bozuklukları ve davranış değişiklikleri) semptom prevelansları tahmin edilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda, kadınların %20-40'ının semptomlardan orta şiddette yakındığı, %5-10'unun ise semptomlardan çok şiddetli yakındığı belirlenmiş, ayrıca kadınların en çok otonomik reaksiyonlar, konsantrasyon bozuklukları ve davranışsal değişiklikler semptomlarını şiddetli yaşadıkları belirlenmiş (24).

Cohen ve arkadaşları (2002), Amerika'da 36-44 yaş arası 4164 kadına PMS prevelansını belirlemek amacıyla MDQ'yu uygulamışlar, kadınların %6'sında şiddetli PMS olduğunu bulmuşlar (25).

Hısiao ve arkadaşlarının (2002), Tayvan'da PMS ile ilgilenen bir tıp merkezinde yaptıkları çalışmada kliniğe başvuran 150 kadından %73'üne PMS tanısı koymuşlar, %86'nın psikiyatrik hastalıkların olduğunu ve bunlardan %37'sinin psikiyatrik şikayetlerinin PMS'yi şiddetlendirdiğini saptamışlar (27).

Silva ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2006), kadınların %60.3'ü premenstrual semptomlardan yakınmaktadır. Semptomlardan yakınan kadınların %50'den fazlası huzursuzluk, abdominal şişkinlik, sinirlilik, baş ağrısı, yorgunluk ve meme ağrısından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir (28).

Ülkemizde yapılan premenstrual semptom prevelansını belirleme çalışmalarını incelediğimizde, sonuçlardaki farklılıklar dikkati çekmektedir.

Karavuş ve arkadaşları (1994) Marmara Üniversitesi'nde okuyan 406 kız öğrencide yaptıkları çalışmada, grubun %17.2'sinin premenstrual semptomları deneyimlediklerini belirlemişlerdir (29).

Bektaş (1995) hastanede çalışan 320 kadın ile yaptığı çalışmasında kadınların %62.5'inin premenstrual semptomları yaşadığını, %7.8'inin semptomları çok şiddetli düzeyde yaşadığını, %3.1'inin ise hiçbir semptomu yaşamadığını saptamış (8).

Güneş ve arkadaşlarının (1997) 16-21 yaş arası 447 genç kız ile yaptıkları çalışmada %21'nin premenstrual semptomları deneyimlediklerini belirlenmiş (30).

Canbaz ve arkadaşları (1999) Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde birinci sınıfta okuyan 397 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %58.2'sinin premenstrual semptomları yaşadıklarını saptamışlar (31).

Güneş ve arkadaşları (2000) Tarsus’da 358 kadınla yaptıkları çalışmada, kadınların %26.8’inin premenstrual semptomları deneyimlediklerini bildirmektedir (32).

İnce (2001) adölesan dönemde olan, lise ve üniversitede okuyan 357 kız öğrenci ile yaptığı çalışmada premenstrual semptomları deneyimleme sıklığını %42.7 olarak belirlemiştir (33).

Akyılmaz ve arkadaşları (2003) 15-45 yaş arası 257 kişi ile yaptıkları çalışmada, premenstrual semptomların yaşanma oranını %32.7 olarak bulmuşlardır (34).

Derman ve arkadaşlarının (2004) 171 adölesan 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 (35).

Ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde premenstrual semptom prevalansının %17.2-%62.5 arasında değişmekte olduğu görülmektedir.

2.3.ETYOLOJİ

PMS’un etyolojisini açıklayan teoriler, psikolojik, sosyal ve biyolojik esaslara dayanır.

2.3.1.BİYOLOJİK TEORİLER

PMS’un etyolojisi ile ilgisi olduğu düşünülen hormonlar; over hormonları, prolaktin, insülin, tiroksin, gonodotropin, kortisol, büyüme hormonu, aldesteron, endojen opioidler, serotonin, prostaglandin ve testosterondur (36).

2.3.1.1.Steroid Hormon Dengesizliği

Over hormonlarının seviyelerindeki değişiklikler PMS nedenleri arasında yer almaktadır. Fakat araştırma bulguları arasında farklılıklar vardır.

Frank 1931 yılında PMS’u tanımlarken, sendromun etyolojisinde fazla salınan östrojen hormonunun rol oynayabileceğini, bu durumun oferektomi ve radyasyonla azaltılabileceğini öne sürmüştür (37). Daha sonra 1938 yılında, İsrail PMS’de progesteron ve östrojen dengesinden söz etmiştir (38). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise; Lombardi ve arkadaşları (2004), PMS’u olan hastalarda progesteron seviyesini hem foliküler hem de luteal fazda düşük bulurken (39), Blum ve arkadaşları (2004) yüksek bulmuştur (40). Hsio ve arkadaşları ise (2004) hormonal değişimlerle ruh halindeki değişimler arasında ilişki olduğunu fakat bunda östrojen / progesteronun rolünün olmadığını belirtmişlerdir (41).

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: 1)Allopregnanolone, 2)Pregnenolone. Bunlar kan-beyin bariyerini geçebilmektedirler. Allopregnanolone santral sinir sisteminde üretilir ve Gama-Aminobütirik Acit A (GABA-A) reseptörlerini stimüle eder, serotonin reseptörlerini düzenler ve depresyon, anksiyete semptomlarını azaltır (42). 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 (39). Pregnenolone ise GABA-A reseptörlerini inhibe eder ve anksiyete semptomlarını önler (42). Sundstrom ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2003) progesteron ve GABA-A reseptörlerinin premenstrual dönemde yaşanan anksiyete ve depresyon şikayetlerinin etyolojisinde rol oynadığı belirtilmiştir (43). Nyberg ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005), düşük doz alkolün foliküler fazda Allopregnanolone düzeyi üzerinde etkisinin olmadığı fakat geç luteal fazda düzeyi düşürdüğü saptanmıştır (44).

PMS tedavisinde uzun yıllar progesteron kullanılmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiş. Fakat bu çalışmaların hiç birinde plasebo grubu ile karşılaştırma yapılmamış. Plasebo grubu ile yapılan çalışmalarda ise başarılı sonuçlar alınamamıştır (9). Örneğin, Wyatt ve arkadaşlarının (2002) 909 kadın ile yaptıkları çalışmanın

sonucunda, PMS yönetiminde progesteron ve progestogenlerin etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (45).

PMS'un ortaya çıkmasında 17 β - estradiolden de şüphelenilmektedir. Blum ve arkadaşları (2004) PMS'u olan hastalarda estradiol düzeyini foliküler fazda normalden daha yüksek bulmuşlar ve semptomların geç luteal fazda estradioldeki ani düşüşle ilişkili olduğunu belirtmiştir (40). Seippel ve Backström (1988) estradiol seviyesi yüksek olan grupta daha fazla mental (anksiyete, depresyon, gerginlik ve baygınlık hissi) semptomlar yaşandığını bulmuştur (46). Hammarback ve arkadaşları (1989), kadınların premenstrual fazdaki semptom skoruyla luteal fazdaki estradiol, progesteron, folikül stimule eden hormon (FSH), lutein hormon (LH) düzeylerini karşılaştırdıklarında, luteal fazdaki estradiol düzeyi yüksek olduğunda negatif premenstrual semptom skorunun yükseldiğini (ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyonlar, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, kontrol), pozitif premenstrual semptom (canlanma) skorunun ise düştüğünü saptamıştır (47).

Plazma LH ve FSH konsantrasyonu, hormonların plazma konsantrasyonundan daha çok beyindeki kombine steroid hormon aktivasyonunu gösterir. Gonodotropin sekresyonuyla bağlantılı bu etki ruhsal değişimlerle ilişkilendirilebilir (47). Yüksek östrojen konsantrasyonu, yüksek LH ve FSH düzeyleriyle ilişkilidir. Çünkü pituitar bezden çok miktarda LH salınımı korpus luteumdan estradiol salınımını provoke eder. Estradiol'ü yüksek olan grupta, geç luteal fazda LH ve FSH düzeyleri yüksek bulunmuştur (46). Genel şişkinlik ve göğüslerde gerginlik luteal fazdaki düşük veya yüksek FSH'dan etkilenebileceği düşünülmektedir (47). Yapılan çalışma sonuçlarına dayanarak, LH'ü yüksek olan grubun mental semptom skorunun (depresyon, anksiyete) daha yüksek olduğu söylenebilir (46).

Ayrıca PMS'u olan hastalarda luteal fazda adrenal glandlardan salınan, davranışlar ve ruhsal durum üzerinde etkisi olan steroid hormonlardaki ani azalma, hastalarda sıklıkla anksiyete, agresiflik ve huzursuzluk semptomlarına sebep olduğu düşünülmektedir (39).

2.3.1.2.Prolaktin

Prolaktin hormonunun primer olarak memeler üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir (48). Bu nedenle premenstrual dönemdeki meme semptomları üzerinde prolaktinin rolü olabileceği düşünülmektedir (5, 36, 49).

PMS'lu olgular üzerinde prolaktin düzeyi ile ilgili Lurie ve Richard'ın (1990) yaptığı çalışmada kontrol ve deney grupları arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır (36). Sandheirmer ve arkadaşlarının (1985) 103 PMS'u olan kadının luteal faz prolaktin düzeyini ölçerek yaptığı çalışmada kontrol grubu ile deney grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Prolaktin seviyeleri yüksek olan hastaların prolaktin seviyeleri dışarıdan baskılandığında, premenstrual göğüs semptomlarının azaldığı fakat diğer semptomlarda değişiklik olmadığı bulunmuştur (49). Bu sonuçlar PMS'lu hastaların prolaktin seviyelerinin normal düzeyde olduğunu fakat prolaktine karşı anormal duyarlılıklarının olduğunu göstermektedir (50).

Östrojen/progesteron hipotezi gibi prolaktininde, PMS'dan kesin olarak sorumlu olduğu söylenemez (13).

2.3.1.3.Tiroid

Hipotiroidi PMS'lu hastaların %94'ünde subklinik olarak görülmekte, tiroid hormonu (TRH) verildiğinde semptomlar düzeltilmektedir. Subklinik hipotiroidi PMS nedeni olarak kabul edilmemekte, ancak ikisinin birlikte görülebileceğini ve premenstrual semptomları şiddetlendirebileceği vurgulanmaktadır (9).

PMS'lu hastaların TRH stimülasyon testine anormal yanıt verdiğine dair literatür bilgileri vardır. Girdler ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu çalışmada premenstrual semptomları yaşayan kadınların tiroid hormonları (T_3 , T_4) yüksek saptanmıştır (51).

2.3.1.4.İnsülin

PMS'lu kadınlarda premenstrual dönemde hücreye glikoz alınmasında anormallikler olduğu belirlenmiştir (9). Östrojenin insülin duyarlılığını arttırdığı bilinmektedir. Bu bilginin ışığında menstrual siklusun luteal fazı ile foliküler fazı karşılaştırıldığında, foliküler fazdaki monosit sirkülasyonu üzerinde insülin reseptör konsantrasyonunun luteal faza göre 2 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç

premenstrual dönemde karbonhidrat tolerasyonunun arttığını gösterirken, bazı kadınlar tarafından şekerli yiyecekler yeme isteğinin artma sebebini açıklayabilir (36).

Trut ve Teff (2004), diyabetli kadınlarda menstrual siklusun insülin duyarlılığı üzerindeki etkisine baktığında PMS'u olan kadınlar ile olmayanlar arasında farklı sonuçlar elde etmiştir. Çalışma sonucunda PMS'u SSRIs'lar (serotonin reuptake inhibitörü) ile tedavi edilen diyabetli kadınlarda insülin duyarlılığının düzeldiği ve kan glukoz seviyelerinin normal düzeye ulaştığı bulunmuştur (52).

2.3.1.5. Aldesteron

Birçok kadın premenstrual dönemde kilo artışı ve ödem şikayetinden yakınmaktadır. PMS'un nedeni açıklayan mekanizmada over steroidlerinin sodyum retansiyonunu arttırdığı öne sürülür (36). Bunun nedeninin minerolokortikoid değişiklikleri olabileceği düşünülür (9). Geç luteal fazdaki kilo alımı 1.4 kg'a kadar normal kabul edilir. 1.4 kg'dan fazla alan kadınlara medikal tedavi önerilir (15). PMS'u olan kadınların çoğunluğunda; premenstrual devrede yüzde, göz etrafında belirgin ödem görülür ve eklemelerde şişme olur. Menstruasyonun başlamasıyla ödemin çözülmesine bağlı poliüri oluşur. Bu bulgu reproduktif çağda herhangi bir zamanda olabileceği gibi 40'lı yaşlarda daha fazla olduğu söylenebilir (10). Literatürde kadınların premenstrual fazda ciddi boyutta sıvı toplanmasından şikayet ettikleri yer alır (36). Bunu açıklayabilecek birkaç mekanizma öne sürülmüştür:

- Renin-Angiotensin-Aldesteron Aksı: Normal menstrual siklusta serum aldesteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar. Midluteal fazdaki düzeyler foliküler fazdaki düzeylerin yaklaşık olarak 2 katıdır. Östrojen, aldesteron sentezini arttırarak su ve tuz tutulumunu arttırır. Progesteron ise başlangıçta naktiüretiktir. Ama bu etkisi sekonder olarak renin-angiotensin-aldesteron sistemini aktive eder. Aldesteron düzeyleri menstruasyon öncesi düşer (9).
- Na ve Su Retansiyonu Olmaksızın Sıvı Değişiklikleri: Premenstrual dönemde kapiller filtrasyon katsayısında artışın olduğu ve plazma onkotik basıncının düşmesinden dolayı intertisiyel alanda sıvı artışı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu nedenle total protein alımının arttırılması gerektiği düşünülmüştür. Luteal fazda plazma protein

metabolizmasındaki değişime tepki olarak ekstravasküler alandaki sıvıların yer değiştirmesinin mümkün olabileceği söylenbilir (36).

PMS’da hastalar hep menstrual kilo alımından şikayet etselerde kontrollü titiz çalışmalar foliküler faz ile luteal faz arasında anlamlı fark bulamamışlar. Bu nedenle, PMS’da vasküler regülasyon stabil olmadığından, sıvı retansiyonundan çok sıvının dağılımındaki değişimin şişkinlik hissinden sorumlu olduğu düşünülür (9).

2.3.1.6.Endojen Opioidler

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler biyojenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek, davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve barsak fonksiyonlarında etkili olabilecekleri düşünülür (9).

Gonadal steroid hormon replasmanı olurken, hipotalamik opioid peptik aktivitesi düşmektedir. Luteal fazda östrojen ve progesteron seviyesi artarken opioid aktivitesinde arttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu durum yorgunluk ve depresyona sebep olur. Gonadal steroidler düştüğünde, opioid aktiviteside düşer, bu da huzursuzluk, anksiyete ve gerginliğe sebep olur (49). Bu devrede görülen yorgunluk ve depresyonda norepinefrin aktivitesinin rolünün olabileceği de düşünülür (10). Girdler ve ark. (2004) plazma norepinefrin seviyesi azaldıkça premenstrual semptomların şiddetlendiğini bulmuşlardır (51).

Normal menstrual siklusta β -endorfin luteal fazda artmakta, foliküler fazda azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda luteal fazdaki β -endorfin düzeyi PMS’lu hastalarda anlamlı derecede düşük bulunmuş, buna bağlı olarak östrojen ve progesteron seviyeleride düşük bulunmuştur. Periferdeki bu azalmanın santral azalmayı yansıtabileceği düşünülmüştür. Östrojen ve β -endorfin düzeyleri pozitif paralellik gösterir. İnvitro çalışmalarda ortama β -endorfin ilave edildiğinde, östrojen ve progesteronun arttığı saptanmıştır. Ayrıca PMS’daki sıcak basmalarının menapozdakine benzediği, bunun hipostrojenemiye bağlı β -endorfinlerin düşmesi sonucu meydana geldiği düşünülür (9).

Endojen opioidler stresin algılanmasında önemli rol oynamaktadır. Opiat seviyesi artan hastalarda, ağrı eşiği yükselir, pozitif duygular artar, kendini daha iyi hisseder ve öforik olur. Aktif egzersizin, akupunkturun, seksüel ilişkinin β -endorfin salınımını arttırdığı belirlenmiştir (15).

Yapılan bazı çalışmalar sonucunda aşağıdaki sonuçlara varılabilir:

- ADH salınımı endorfini yönetir,
- PMS'lu olan kadınlarda β -endorfin antagonisti olan Nalakson'un semptomları attırdığı söylenebilir,
- PMS'u düşürmek için endorfin sekresyonunu arttıran aktiviteler önerilir (36).

2.3.1.7.Serotonin

Serotonin, Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) bulunan bir nörotransmitter olup kişinin ruh halini kontrol eder ve uykuya neden olduğuna inanılır (20,48). Serotoninin periferik düzeyi, affektif bozukluğu olan kadınlarda normal düzeyden sapor ve MSS'de sentezleri azalır. PMS'u olan kadınların serotonin seviyeleri incelendiğinde kadınların luteal fazlarında benzer değişikliklere rastlanmış (20).

PMS ile depresyon ayrı ayrı incelendiğinde benzer semptomların ikisinde de olması dikkat çekicidir. Örneğin; kendine karşı çıkma, ümitsizlik hissetme, negatif dünya görüşü, hiç birşeyin ilgi çekici olmaması, yorgunluk, uyku-yeme düzenindeki değişiklikler. Depresif hastalarda PMS'lu hastalarda olduğu gibi serotonerjik aktivite düşüktür. Fakat iki durumun biyokimsal marker seviyelerinde farklılıklar vardır. Bu nedenle günlük prospektif çalışmalar yapılırken, biyokimya değerlerini de beraberinde değerlendirmek depresyon ve PMS'u birbirinden ayırmada kolaylık sağlar (20,53).

Engin ve ark. yaptığı çalışmada (2005), PMS'u kadınların PMS'u olmayan kadınlara göre Beck Depresyon Ölçeği puanını yüksek, kan serotonin seviyesini düşük bulunmuştur. Fakat Beck Depresyon Ölçeği puanı ile kan serotonin düzeyi arasında anlamlı korelasyon saptanamamıştır (54).

PMS'lu kadınlarda menstruasyon kanamasından önceki hafta serotonin salınımında düşüş olduğu gözlenmiştir. Bunun serotonin reseptörleri disfonksiyonundan kaynaklandığı ileri sürülür (55). PMS'u olan bireylerle olmayan bireyler arasında tam kandaki serotonin düzeyi incelendiğinde, menstrual siklusun erken luteal, orta luteal ve

geç luteal (premenstrual) fazlarında farklılıklar olduğu, PMS'u olan bireylerde giderek düştüğü gözlenmiştir (53). Melke ve arkadaşları (2003) premenstrual şikayetleri olan hastalarda normal kadınlara göre serotonin taşıma genlerinde farklılaşma olduğunu belirlemiştir (56). Ayrıca prostaglandinlerin β -endorfinleri etkilediği de düşünülür (9).

Lin ve Thomson (2001), Erikson ve arkadaşları (2001), Parry (2001), Wyatt ve arkadaşları (2002), Luisi ve Pawasauskas (2003) yaptıkları çalışmalar sonucunda serotonin reseptörlerini aktive eden SSRI's'ların (clomipramin, citopram, fluxetin, paroxetin, sentralin) premenstrual semptomları azalttığı hipotezini doğrulamışlardır (57,58,55,59,60).

2.3.1.8. Prostaglandin (PG)

PMS'da foliküler ve luteal fazda prostaglandin metabolizmasında anormallikler olduğu saptanmış fakat premenstrual semptomlardan sorumlu asıl dengesizliğin sebebi tam olarak bulunamamıştır (15). Bu konuda çalışan bilim adamları esansiyel yağ asitlerinin PG E₁'e çevriliminde bir defekt olduğunu düşünmüşlerdir (9).

PMS'lu kadınların geç luteal faz plazma PG F₂ α seviyeleri (61) ile idrar PG E₂, PG F₂ α seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır (62).

Gamma-Linolenik Asit, PG E₁ aktivasyonunu sağlayan esansiyel yağ asitidir (50). Çuha çiçeği yağı, Gamma-Linolenik Asit ve vitamin E'den zengindir (17). Çuha çiçeği yağının, premenstrual devrede yaşanan depresyon, huzursuzluk, göğüslerde gerginlik, ağrı, su retansiyonu semptomları üzerinde etkisi olduğu söylenmektedir (9, 50).

Magnezyum, çinko, niasin ve askorbik asit içeren besinler de PG E₁ sentezi için gerekli olan esansiyel yağ asidi miktarını artırırlar (50).

2.3.1.9. Çinko (Zn)

Çinkonun, emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini düşündüren bazı mekanizmalarından söz edilebilir.

Bunlar;

- Çinko, SSS'deki nörotransmitterlerin değişiminde rol oynar.
- İn vitro olarak prolaktin, GH ve LH'nin hem sentezi hem de sekresyonunu değiştirebilir. Zn bu etkilerini kalsiyum ve calmoduline bağlı olayları antagonize ederek yapar.
- Endometriumun progesteronu bağlamasında rol oynar (9).

Chuong ve Dawson (1994), PMS'lu hastalarda yaptıkları çalışma sonucunda, hastaların luteal fazlarında çinko seviyelerinin düşük olduğunu bulmuşlardır (63).

Serum proteinlerinin yapımında rol oynayan bakır, ince barsaklardan çinko ile birlikte emilebilmektedir. Bu nedenle çinko yetersizliği protein yapımı açısından önem taşımaktadır (63).

2.3.1.10.Magnezyum (Mg) ve Kalsiyum (Ca⁺⁺)

İlk kez 1983 yılında Abraham, PMS etyopatogenezinde Mg yetmezliğini öne sürmüştür (9).

Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, generalize adale spazmları ve tremor yapmaktadır. Mg'da yetersizlik olduğu zaman ruhsal durumda negatif etkiler meydana gelebilmekte ve davranış bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (9).

Rosenstein ve arkadaşları (1994) yaptıkları çalışma sonucunda PMS'lu hastalarda genel olarak magnezyum yetersizliği olduğunu, özellikle de luteal fazda bu durumun belirginleştiğinden bahsetmişlerdir. Yapılan ileri analizler sonucunda eritrositlerdeki magnezyum yetersizliğinin genel kan analizlerine yansıdığı bulunmuştur (64).

PMS'lu hastalar magnezyum desteğine olumlu yanıt verirler. Facchinetti ve arkadaşları (1991) 24-30 yaş arası 30 PMS'lu kadına 4 ay boyunca siklusun 15. gününden kanamanın başladığı güne kadar 360 mg magnezyum vermişler ve premenstrual dönemde yaşanan ağrı ve negatif duygulanım semptomlarının azaldığını bulmuşlardır (65). Fakat yapılan bazı çalışmalarda bunu çürüten sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Walker ve arkadaşlarının (2002) ve Khine ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları deneysel çalışmalarda magnezyum tedavisinin premenstrual semptomlar üzerinde farklı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (66, 67).

Over hormonları Ca^{++} , Mg ve vitamin D üzerinde etkilidir. Östrojenin, kalsiyum metabolizması, ince barsaklardan kalsiyumun emilimi ve paratroid hormonun salgılanması üzerinde etkinliği vardır. Hipokalsemiye var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS’da da olması, PMS’un etyolojisinde kalsiyumun rol oynayabileceğini düşündürülebilir (68). Shamber (2003), 46 PMS’u olan ve 50 PMS’u olmayan kadınla yaptığı çalışmasında PMS’u olan kadınların kan kalsiyum düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuş ve PMS’un etyolojisinde Mg / Ca^{++} oranının etkili olduğunu öne sürmüştür (69).

Thys-Jacobs (2000) PMS’u olan kadınlarda luteal fazda kalsiyum ve vitamin D eksikliğinin olduğunu öne sürmüş, bu kadınlara dışarıdan kalsiyum preparatı verdiğinde premenstrual dönemde yaşadıkları somatik ve duygu-durum semptomlarında azalma olduğunu saptamıştır (68). Ward ve Holiman (1999) yaptıkları çalışmada klinik PMS tanısı almış kadınlara günde 1200-1600 mg/gün kalsiyum verdiklerinde semptomların hafiflediğini görmüşlerdir (70). Thys-Jacobs ve arkadaşları (2002) 466 PMS tanısı alan kadınla yaptıkları çalışmada 3 menstrual siklus süresince günde 1200 mg kalsiyum vererek, kalsiyumun yan etkileri ile semptomların şiddetini günlük olarak değerlendirdikleri çalışma sonucunda semptomların %48 oranında azaldığı bulunmuştur (71). Bertone ve arkadaşları (2005), genç bayanların diyetlerine yeterli miktarda kalsiyum ve vitamin D eklendiğinde PMS riskinin azalmasının yanı sıra osteoporoz ve bazı kanser risklerinin de azaldığını belirtmişlerdir (72).

Bilim adamları kalsiyum desteklerinde güvenli doz aralığının aşılması gerektiğini, doz aşımı durumunda böbrek taşlarına sebep olacağını hatırlatmaktadırlar (73).

2.3.1.11.Vitaminler

PMS’un A, E ve B₆ vitaminleriyle de ilişkili olduğu ileri sürülen fikirler arasındadır.

Literatür çalışmaları incelendiğinde A vitaminin PMS ile ilişkisini destekleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Chuong ve arkadaşları (1990) vitamin A düzeyleri düşük olan PMS’lu hastalara dışardan A vitamini preparatı vermişler ve daha sonra premenstrual dönemdeki semptomları gözlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda A vitaminin semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir (74).

B₆ vitamini (piridoksin) bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktör olarak rol oynar. Ayrıca vücutta Mg düzeyini ayarlar. Dopamin, serotonin ve prostaglandin biosentezinin son basamağında bir koenzim rolü oynadığından düzeyindeki azalma PMS'un bazı semptomlarını ortaya çıkarabilir (9).

Östrojen veya oral kontraseptif (OKS) kullanımı vücuttaki piridoksini yok etmektedir. Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı sonucunda ortaya çıkan semptomlar PMS'a benzemektedir. Bu nedenle oral kontraseptiflerin piridoksin ile kullanımını tercih etmek daha uygun olabilir (36).

Wyatt ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada PMS'lu hastalara günde 100 mg B₆ vitamini preparatı kullandıklarında premenstrual semptomların özellikle de premenstrual depresyon semptomunun azaldığını bulmuşlar (75).

De Souza ve arkadaşları (2000) PMS'u olan kadınlarla yürüttükleri çalışmada tedaviye B₆ vitamini eklenen grupta premenstrual semptomların azaldığını göstermişlerdir (76). B₆ vitaminin uygun dozlarda alınması da oldukça önemlidir. Barak ve arkadaşları (2004) premenstrual semptomları hafifletmek amaçlı kullanılan B₆ vitaminin doz aşımalarında nöropatiye sebep olduklarını bulmuşlar ve bu nedenle tedavi süresince hastanın yakından izlenmesi gerektiğini önermişlerdir (77).

Vitamin E'nin PMS'u düzeltme mekanizması hakkında yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Günlük 600 IU vitamin E alınması özellikle göğüs ağrısı ve gerginlik olmak üzere PMS'un fiziksel semptomlarını azalttığını öne süren bazı çalışmalara rastlanmıştır. Ayrıca vitamin E'nin santral nörotransmitterleri veya prostaglandin sentezini düzenlediği de ortaya atılan fikirler arasındadır (73).

2.3.1.12. “Mantar Büyüme” Teorisi

Bu teoriye göre antibiyotikler ve OKS'ler predisposan faktörler olup bakterial floranın direncini düşürmektedirler. Bu da kandidanın ortamda çoğalmasına sebebiyet vermektedir. Kandida tarafından üretilen toksinler absorbe edildiğinde immün sistem baskılayabileceği bunun sonucunda da diyare, yorgunluk, baş ağrısı ve premenstrual semptomların artabileceği öne sürülen teoriler arasında yer almaktadır (36).

2.3.1.13. Genetik

PMS'un tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden daha fazla görülmesi ve adölesan kızlar ile annelerinin PMS'ının benzer olması genetik faktörleri de düşündürmektedir (9).

Treloar ve arkadaşları (2002) Avusturalya'da 720 ikizle yaptıkları çalışmada premenstrual semptomlarda genetik yatkınlığın etkili olduğunu bulmuşlardır (78).

2.3.2. PSİKO-SOSYAL TEORİLER

Menstrual ve premenstrual durum ve davranışlar; kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algıları, hayat stresörleri gibi birçok psiko-sosyal faktörden etkilenir (9,16,79). Çalışmalarda premenstrual sendrom belirtilerinin etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu, ev içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyo-kültürel faktörlerden etkilendiği belirtilir (80). Kadınlar, kadınlığın reddi, erkeğe yönelik düşmanlık ve kendini cezalandırma gibi psikolojik faktörlerden de etkilenirler (79).

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 (81). Menstruasyon ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise, PMS daha şiddetli olabilir. Hintli kadınlarla yapılan bir çalışma sonucunda, adet görmeye ilişkin olumlu tutumların PMS yakınmalarını azalttığı ortaya çıkarılmıştır. Hintli kadınların bu dönemde evlerinde izinli sayılmaları, yakınmaları azaltmıştır. Adet görme ile ilgili ritüellerin sık ve cinsel tabulara verilen önemin çok olduğu Yahudi kadınlar, protestan kadınlarla karşılaştırıldığında, daha fazla adet görmeye ilişkin sorun tanımladıkları bildirilmiştir (79). Doğurganlığı çok olan ülkelerde ise menstruasyon siklusları az olduğu için PMS'un daha az görüldüğü saptanmıştır (9).

Sosyal teoriler, menstruasyona karşı sosyal ve kültürel tavırları kapsar. Premenstrual dönemde olduğunu bilen kadınlarda, bilmeyenlere göre semptomların çok daha fazla olduğu saptanmıştır (10). Örneğin, Marvan ve Escobedo yaptıkları çalışma sonucunda, premenstrual semptomlar hakkında bilgisi olan ve sikluslarının

premenstrual dönemlerini takip eden kadınların negatif premenstrual semptomları daha çok yaşadıklarını saptamışlardır (80).

Psikolojik teoriler ise; kadınlık duygusu ve özdeşleşme üzerinde durmaktadır. Kadının kadınlığını algılayışındaki tutum, geleneksel ve baskıcı yaklaşımdan liberal tutuma doğru geliştikçe, PMS şiddetinin azaldığı bildirilmiştir (79). Araştırmacılar PMS olarak tanı alan kadınların iç çatışmalarından dolayı doğan stres veya çevresel stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğunu belirtmişler, stres olmazsa bu belirtilerin daha iyi tolere edilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Psikolojik zorlanma ve stres sinir sistemi yoluyla hormonları ve over faaliyetlerini etkiler. Evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklar, boşanma, alkolizm PMS'un şiddetini arttırabilir. Çalışan, ancak işinden memnun olmayan kadınlarda semptomların şiddeti daha fazla olabilir. Yapılan çalışmalarda ev kadınlığı kendi seçimi olan kadınlarda, psikolojik yakınmaların daha az olduğu bulunmuştur. Her türlü uyum güçlüğü ve duygusal çatışma premenstrual semptomların şiddetini arttırabilir. Ayrıca kadının bir birey olarak kendi kişisel gereksinimlerini reddetmesi de premenstrual semptomların şiddetini arttırabilir (16,79,82).

PMS ile nörotizm arasındaki ilişki üzerinde de çok durulmuş, yapılan çalışmalarda PMS'lu grupta benlik saygısının belirgin olarak düşük, depresyon ve stres düzeyinin ise yüksek olduğu bulunmuştur. PMS alanındaki diğer bir varsayım da premenstrual yakınmaları olan kadınlarda nörotizm veya diğer benzeri kişilik uyumsuzluklarının olduğuudur. Bu kişilik örüntüsünün ya kadınların premenstrual zorluk ile karşı karşıya kalmalarına yol açtığı ya da siklusların premenstrual döneminde yaşadığı semptomları algılamalarını etkilediği öne sürülür (16).

Kadın suçluluğun değerlendirilmesinde, adet döneminin dikkate alınması 19. yüzyıla dek uzanır. PMS ile agresiflik arasında, suç işleme eğilimini destekler nitelikte bulgular elde edilmiştir. Günümüzde de bazı ülkelerde bu dönemde işlenen suçlarda ceza indirimini söz konusudur. Sendrom Fransa'da yasal olarak "geçici akli denge bozukluğu", İngiltere'de de "aklin hastalığı" olarak tanımlanır. İngiltere'de adam öldürmeye kadar giden suçlarda sanıkların PMS savunmalarının kabul edildiği durumların olduğu bildirilmektedir (31,79).

PMS'un psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi hala tartışılan bir konudur. En fazla duygu durum bozuklukları ve depresyonla ilişkilendirilir. Premenstrual dönemde, psikiyatrik yatışlar ve intihar girişimlerinin sayısı daha fazladır. Premenstrual semptomları tanımlayan kadınlarda daha yüksek oranda depresyon görülmüştür. Mevcut psikiyatrik bozuklukların bu dönemde şiddetlenmesi, ciddi depresyon geçiren kadınların %30'unun ilk nöbetini bu dönemde yaşaması ortaya atılan teorileri dikkat çekici hale getirebilmektedir (79).

2.4.TANI ve DEĞERLENDİRME

PMS etyolojisi genel olarak açıklanamadığından dolayı, PMS tanısı koymak güçtür. PMS tanısı konulurken hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist), hemşire, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip çalışmasına gereksinim vardır. Doğru tanılamamanın yapılması için uygun anamnez almak oldukça önemlidir. Anamnez formu hastanın;

- Yaşını,
- Medeni durumunu,
- Eğitim durumunu,
- Çalışma durumu,
- Aile tipini,
- İş yerinde, aile ortamında, sosyal yaşantısındaki stres düzeyi ve başetme yollarını,
- Kendine ve işine ayırdığı zamanı,
- Kişilik özelliklerini,
- Menarş yaşını,
- Menarş öncesi menstruasyon hakkında bilgi alıp almadığını,
- Menstruasyona ilişkin tutumunu,
- Menstrual siklus özelliklerini,
- Premenstrual ve menstrual dönemde yaşadığı sıkıntılarını,
- Premenstrual ve menstrual dönemde yaşanan sıkıntılar yönünden aile öyküsünü,
- Genel tıbbi öyküsünü,
- Obstetrik öyküsünü,

- Kontrasepsiyon öyküsünü,
- Beslenme alışkanlıklarını (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin tüketimi ...vs.),
- Sağlık alışkanlıklarını (egzersiz alışkanlığı, sigara, alkol, ilaç kullanımı...vs) içermelidir.

Premenstrual dönemde ortaya çıkan siklik değişiklikleri belirlemek için objektif tanılama aracı kullanılmalıdır. Ebe ve hemşire bu amaçla geliştirilen formlardan klinik alanda uygulanması kolay olan ve prospektif olarak doldurulan bir tanesini seçmelidir. Bunun için çeşitli değerlendirme çizelgeleri oluşturulmuştur. Bu çizelgelerde semptomlar ve semptomların şiddeti belirlenmiştir. En az 2 ay prospektif bir değerlendirme yapılmalı, bu esnada vücut ısısı ve ağırlık ölçümleri kaydedilmelidir. Semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendinin değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Bazal vücut ısısının yataktan kalkmadan, kahvaltı yapmadan ve sigara içmeden önce alınması gerektiği, günlük kilo izleminin ise mesane ve bağırsaklar boşaltıldıktan sonra yapılması gerektiği konusunda kadına bilgi verilmelidir (9,13).

Tanı koyabilmek için anamnez formu ve semptomları değerlendirme çizelgesinin yanı sıra patolojik durumları ekarte etmek amacıyla hasta jinekolog, nörolog ve psikiyatrik hekim tarafından değerlendirilmelidir. Ayrıca fizyolojik ve organik bozuklukları ekarte etmek için bazı laboratuvar tetkiklerini yapmak gerekmektedir (9).

2.5.TEDAVİ

2.5.1.Progesteron

Çok az kanıt olmasına rağmen PMS tedavisinde progesteron desteği kullanılabilir (42). Progesteron preparatlarının negatif mental semptomları gidermede etkili olduğu bilinmektedir. PMS’da da benzer amaçla kullanılmaktadır. PMS’u olan kadınlar olmayanlara göre progesterona daha güçlü yanıt verirler (83).

Doğal progesteronun ilk metabolize edildiği yer karaciğerdir. Oral progesteron kullanımı yerine rektal veya vaginal progesteron kullanılması önerilmektedir. Sentetik kullanılan progesteronun etkisi ise doğala göre daha fazladır (42).

2.5.2.Oral Kontraseptifler (OKS)

OKS'lerin ovulasyonu suprese ederek PMS'un iyileşebileceği düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda, semptomların hafiflemeyeceği, hatta daha ağırlaştığı bildirilmiş olup, burada OKS'in içerdiği sentetik östrojen ve progesteronun rol oynayabileceği öne sürülmüştür (9).

2.5.3.Danazol

Danazol'un PMS'da irritabilite, anksiyete, laterji, abdominal şişkinlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği söylenir (9). Uygun dozlarda kullanıldığında semptomları yönetmede faydalı olduğu, uzun süreli kullanıldığında ise çok fazla yan etkilerinin olduğu bilinmektedir (42).

2.5.4.Bromoergokriptin

Bu ilaçla çok değişik tedavi sonuçları bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar hiçbir etkisinin olmadığını söylerken, bazılarıda başta memelerde hassasiyet olmak üzere, somatik ve emosyonel yakınmalarda düzelmeler olduğunu bildirmişlerdir. Tüm araştırmalar değerlendirildiğinde ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

- Memede hassasiyet ve büyüme varsa,
- Kan prolaktini yüksek ise,
- Galaktore varsa kullanımı tavsiye edilebilir (9).

2.5.5.Gonodotropin Releasing Hormon Analogları (GnRHa)

GnRHa bir çok kadının overlerini baskılayarak premenstrual semptomları azaltır. Çok etkili olmasına rağmen uzun süre kullanımları pahalı olmakta, 6 aydan fazla kullanımlarda osteoporoz riski artmakta ve medikal menapoza neden olabilmektedir (9,42).

Günümüzde PMS'un tedavisinde iki amaçla kullanılmaktadır:

- Perimenapozal çağda PMS'un semptomlarını menapoz semptomlarından ayırmak için,
- Çok ağır olgularda ooferektomiye karar vermeden önce test amacı ile kullanılır (9).

2.5.6.Prostaglandin Prekürsörleri

Memede hassasiyet ve psikojenik semptomlarda iyi sonuç alınmaktadır. Pahalıdır. Uzun süre kullanımlarda yan etkileri bilinmemektedir (9).

2.5.7.Prostaglandin İnhibitörleri

Bu ilaçlar dismenorede yaygın olarak kullanılmaktadır. Menefenik asit en sık kullanılanıdır ve yüksek dozlarda etkilidir. Tüm luteal faz boyunca verilmelidir. Kullanımı sırasında GİS, hematolojik, renal yan etkilerinin ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (9).

2.5.8.Serotonin Agonistleri

PMS'un luteal fazdaki serotonin eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. M-Chlorophenylpiperacin, Buspirone, D-Fenfluramin, Chlomipramine gibi serotonin agonistleri ile bu sendromdaki davranışsal, ruhsal ve fiziksel semptomların düzeldiği ifade edilmiştir (9).

2.5.9.Opioid Arttırıcı Ajanlar

Ovulasyon civarında ve luteal fazda β -endorfinlerin azalmasının premenstrual semptomlara neden olduğunu ileri süren fikirler vardır. Bu alanda araştırmalar henüz çok yeni olup β -endorfinleri arttırıcı ajanlar üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir (9).

2.5.10.Anksiyolitikler ve Antidepresanlar

Son yapılan klinik çalışmaların sonucuna dayanarak PMS tedavisinin ilk adımında SSRIs'ler (Serotonin Reuptak İnhibitörü) kullanılır (84). SSRIs, PMS'un fiziksel ve psikolojik tedavisinde etkilidir. Yalnızca luteal fazda kullanılabildiği gibi sürekli de kullanılabilir (18,42,84).

Fluoxetine, Paroxetine ve Citalopram'ın semptomları azalttığı deneysel olarak kanıtlanmıştır (84). Yapılan araştırmalar sonucunda Fluoxetine menstruasyondan 14 gün önce başlanırsa etkisini gösterebildiği saptanmıştır. Günlük doz aralığı 20-60 mg arasında önerilir (42,85). Steiner ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda Fluoxetine'i 20 mg/gün olarak kullanımının 60 mg/gün olarak kullanıma göre premenstrual semptomların iş kapasitesi üzerine etkisini daha hızlı azaltmakta olduğunu

bulmuşlardır (85). Fluoxetine; mide bulantısı, uykuya eğilim, yorgunluk ve tremor gibi yan etkileri nedeniyle günlük doz aşılmamalıdır (42). SSRIs'ler diğer ilaçlara göre daha az seksüel zıt etki yaptığı için de tercih edilmektedir (84).

Lityumdan şimdiye kadar iyi sonuçlar alınamamıştır. Alprozolam, benzadiazepin grubu bir ilaçtır. Luteal fazda günde 0.25-0.4 mg olacak şekilde verilir. Anksiyeteyi azaltır, depresyonu düzeltir (9). Fakat Evans ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Alprozolam'ın premenstrual ruh halini düzeltmede başarısız olduğu bulunmuştur (86). Sedasyon yapması ve alışkanlığa yol açabilmesi istenmeyen yönleridir. Buspirone, serotonin agonistidir. PMS'la baş etmede bu ilaçtan başarılı sonuçlar elde edilmiştir (9).

2.5.11.Diüretikler

Diüretik kullanımı artık tercih edilmemektedir. Karında şişlik ve ekstremitelerde ödem nedeniyle PMS'un tedavisine girmiş ancak karında şişlik dışında diğer semptomlarda değişme olmadığı görülmüştür (9).

2.5.12.Cerrahi Kastrasyon

Histerektomiyle birlikte bilateral salpingo-oferektomi (TAH-BSO), genel duygulanım ve ruhsal değişimleri düzeltmektedir. Kadınların semptomları tamamen yok olduğu için yaşam kalitesi artmaktadır. PMS'da cerrahi tedaviye, diğer tedavilerden yanıt alınmadığında veya tedaviler tolere edilemediğinde başvurulur (42).

2.5.13.Alternatif Tedavi

PMS ile baş etmede alternatif tedaviden de yararlanılır. Etyolojik faktörlere dayanarak günlük diyetle Vitamin B₆ (Piridoksin), vitamin E, kalsiyum, magnezyum, çinko eklenebilir ve PG E₁ aktivasyonu için gerekli olan Gamma-Linolenik Asit içeren çuha çiçeği yağı önerilir (9).

Ayrıca PMS'la baş etmede akupunkturun etkili olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur (87).

2.6. PMS ile BAŞETMEDE EBE VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kadınların büyük çoğunluğunun (%70-90) premenstrual devrede yaşadığı problemler, onların sağlığını olumsuz etkilemekte, aile, iş ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaratabilmekte, eğitim ve iş gücü kaybına, verimlilikte azalmaya, hata/kaza oranlarının yükselmesine sebep olabilmektedir.

PMS biyolojik kökenli bir hastalık olmasına rağmen, yaşam stresi, cinselliği kötüye kullanma, kültürel sosyalizasyon gibi psikososyal faktörlerden de önemli derecede etkilenmektedir. Henüz fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için tedavide biopsikososyal yaklaşım gerekmektedir (95).

Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşmaktadır:

1.PMS'yi tanılama

2.Yaşam stilini düzenleme

- Diyet alışkanlıklarını gözden geçirme ve yanlışlıkları düzeltme,
- Egzersiz alışkanlığını kazandırma,
- Hayat stresörlerini ve bu stresörlerle başa çıkma yollarını değerlendirme ve düzenlenme,
- Uyku alışkanlıklarını değerlendirme ve düzenleme.

3.Hasta ve ailesine eğitim/sosyal destek sağlama

- Menstruasyon ve menstrual siklus hakkında bilgilendirme, yanlış inanç ve bilgileri yok etme,
- Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme,
- Sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı hakkında bilgilendirme,
- Genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi hakkında bilgilendirme (ilaç kullanımı, sigara/ alkol kullanımı, uyku düzeni).

4.Gerekirse tıbbi tedavi uygulama.

Bu düzenlemelerin ve değişikliklerin yapılıp, hastalığın önlenmesi ve/veya azaltılması ekip çalışmasını gerektirir. Ekip hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist), psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve ebe/hemşireden oluşmalıdır. Ekip içerisinde ebe/hemşirenin koruyucu, eğitici ve danışmanlık rolleri hedefe ulaşmada oldukça önem taşımaktadır.

Tanılama süreci, premenstrual semptomları ortaya çıkaran veya var olan semptomların şiddetlenmesine sebep olan risk faktörlerini belirleme açısından ebe ve hemşireye fırsat tanır. Bu doğrultuda ebe/hemşire; sorunları önlemek, hafifletmek veya ortadan kaldırmak için gerekli stratejiler belirler.

Prospektif çalışmalarda kişi semptomlarını skalaya doldururken tedaviye 2-3 ay içinde yaşam stilinin düzeltilmesiyle başlanır (73). Yaşam stilinin düzeltilmesinde; düzenli beslenme, düzenli egzersiz, stresle başetme tekniklerinin öğrenilmesi, kişilerarası iletişim becerilerinin kazanılması ve düzenli uyku oldukça önemli yer tutmaktadır.

PMS için önerilen diyet sağlıklı yaşam için tavsiye edilen diyetten farklı değildir (42,88). Örneğin diyet değişiklikleri, tuz, şeker, kafein, çikolata, kırmızı et ve alkolü azaltmayı içerir. PMS'u azaltmak için az yağlı, çok lifli yiyeceklerin tüketilmesi önerilir. Ayrıca et ve yüksek yağlı süt ürünlerinin az tüketilmesi, daha çok meyve, sebze, bezelye, fasulye ve bol tahıl ürünlerinin tüketilmesi önerilir. Yüksek karbonhidratlı diyetler depresyona ve gerginliğe neden olduğu için kullanım miktarlarına özen gösterilmelidir. Günlük diyet kandaki aminoasit triptofan seviyesini yükseltecek şekilde hazırlanmalıdır. Çünkü triptofan serotoninin yükseltilmesine ve ruhsal sıkıntıların giderilmesine yardımcı olur (73,88). Ayrıca premenstrual dönemde ödemin giderilmesi için protein ağırlıklı beslenilmeli, maydonoz, ıhlamu, kuşkonmaz gibi doğal diüretikler tüketilmelidir.

Yapılan çalışmalarda premenstrual semptomları yaşayan kadınların yeme davranışlarında değişiklikler olduğu bulunmuştur. PMS'lu kadınların iştahlarının menstrual siklusun fazlarından etkilendiğini, özellikle geç luteal fazda yemek yeme miktarlarının arttığını saptamışlardır (89,90). Ayrıca bu dönemde yağ, karbonhidrat ve rafine şeker ağırlıklı beslenen kadınların protein ağırlıklı beslenen kadınlara göre premenstrual semptomları daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir (90).

Literatürde obezitenin PMS riskini arttırdığını saptayan çalışmalar vardır. Masho ve arkadaşları tarafından (2005), obez kadınlarda normal kilodaki kadınlara göre PMS'un 2.8 kat daha fazla yaşandığı saptanmıştır (91).

Ayrıca günlük tüketilen çay/kahve miktarının da premenstrual semptomlar üzerinde önemli rolü olduğu bilinmektedir. Çalışma bulgularında farkı yaratan grubun günde 3 veya daha fazla kez çay/kahve içenler olduğu belirlenmiştir (30,32).

Ebe/hemşire, kadının beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeli, yanlış inanç ve davranışlar konusunda bilgilendirmeli, eğer kadının obezite problemi varsa uygun diyet ve egzersiz programı için diyetisyenle işbirliği yapmalı ve program hazırlanırken kadının bireysel katılımına önem vermelidir. Ayrıca günlük tüketilen çay/kahve miktarının premenstrual semptomlar üzerindeki etkileri anlatılmalı, çay/kahve tüketimi yerine su, bitkisel çaylar ve taze meyve sularının tercih edilmesi önerilmelidir. Ayrıca kadına B₁ ve B₆ içeren besinler hakkında bilgi verilmeli ve bu besinlerin diyetinde yer alması önerilmelidir.

Stresli olaylar fizyolojik süreçleri etkileyerek kadının menstrual yaşantısını değiştirir ve menstruasyon öncesi belirtilere karşı duyarlı hale getirir. Kadını hayat stresörlerine karşı savunmasız yapan kişisel faktörler premenstrual belirtileri bildirmede yatkınlık sağlar (24).

Perkonigg ve arkadaşları yaptıkları çalışmada (2004), yaşanan travmatik olayların premenstrual semptomları ortaya çıkardığını ve semptomları şiddetlendirdiğini bulmuşlar (92). Coughlin'in (1991) yapmış olduğu çalışmada ise PMS'lu kadınların Stresli Yaşam Olayları skalası çok yüksek çıkmıştır. Stresli yaşam olayları premenstrual semptomlardaki yoğunluğu tayin etmektedir. Kendi kararlarını kendisi veren kadınların daha az stres yaşadıkları ve daha az yoğunlukta premenstrual semptomları yaşadıkları saptanmıştır (93).

Stres düzeyini azaltmak için birçok yöntem önerilebilir. Bunlar; fizik egzersizler, solunum egzersizleri, derinlemesine gevşeme egzersizleri, bio-feedback tekniği, masaj terapisi, meditasyon, doğru beslenme, olumlu düşünme, duyguları paylaşma, sosyal destek sistemlerinin kullanılması, etkili iletişim becerilerinin kazanılması, etkili problem çözme becerilerinin kazanılması olarak sıralanabilir (24,94,96). Ebe/hemşire, bu teknikler konusunda kadınları bilgilendirebilir ve cesaretlendirebilir.

Egzersizin bağışıklık sistemini güçlendirdiği, kilo kontrolünü sağladığı, kan basıncını düzenlediği, kan kolesterol düzeyini normal seviyelerde tuttuğu, stresi azalttığı ve sağlıklı yaşam süresini uzattığı bilinmektedir (48).

Düzenli olarak özellikle luteal fazda haftada 3-4 kez en az yarım saat aerobik egzersizleri yapmanın premenstrual semptomları azalttığı bilinmektedir (96). Prior ve arkadaşları (1987) 6 ay boyunca düzenli egzersiz yapan kadınlarda özellikle meme

hassasiyeti, su retansiyonu, depresyon ve stres semptomlarının azaldığını gözlemişlerdir (97). Lustyk ve arkadaşları (2004) ise yaptıkları çalışma sonucunda egzersizin yaşam kalitesi ve stres üzerinde direkt etkisi olduğunu, ancak PMS üzerinde direkt etkisi olmadığını saptamışlar ve PMS'lu kadınlarda stresi azaltmak için egzersizi önermişlerdir (98).

Egzersiz kan dolaşımını hızlandırması, esnekliği artırması ve karın kaslarını kuvvetlendirmesi amacıyla premenstrual şikayetleri olan kadınlara önerilir. Ayrıca premenstrual şikayetleri olan kadınlara oturup kalkma egzersizleri de önerilebilir (13).

Premenstrual şikayetleri azaltmada relaksasyon tekniklerinin etkili olduğu bilinmektedir. Bunlar solunum egzersizleri, derinlemesine gevşeme egzersizleri, bio-feedback tekniği, masaj terapisi ve meditasyondur (13).

PMS'u hafifletmede yoga da kullanılan bir diğer tekniktir. Yoga kas gerginliklerini giderir, sırt ağrılarını azaltır, düzenli nefes almayı sağlar, dolaşımı düzenler ve stresi azaltır (73).

Ebe/hemşire, kadının egzersiz alışkanlıklarını, yaşam biçimini ve konuya ilgisini belirleyerek, stres düzeyini azaltmak için relaksasyon teknikleri ve egzersizler konusunda kadına eğitim verebilir (13).

Uyku problemleri olan kadınlar premenstrual semptomlardan daha çok yakınmaktadır (73). Menstrual siklusun luteal fazı ile foliküler fazı arasında uyku kalitesi açısından anlamlı fark vardır. Luteal fazda foliküler faza göre uyku etkililiği düşer (99). Ebe/hemşire, uyku bozukluğunun nedenleri ve bunu önlemek için olası yolları kadına açıklamalıdır. Kadının uyku zamanı, uyku öncesi rutinleri, hijyen uygulamaları ve uyumak için geliştirdiği başetme mekanizmaları öğrenilmelidir. Uyku bozukluklarını gidermek için uyku saatleri düzenlenmeli, gündüz uykuları uzunsa kısaltılmalı, kafein içeren içeceklerin alımı kısıtlanmalıdır. Ayrıca yatmadan önce ılık duş alınması, tuvalet ihtiyacının giderilmesi ve sakinleştirici bitki çaylarının tüketilmesi de önerilebilir.

Sigara PMS'u arttıran risk faktörleri arasındadır. Erci ve arkadaşları (1999) sigara kullanımı ile PMS arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (100). Cohen ve arkadaşları (2002) günde 4'ten fazla sigara içenlerde premenstrual semptomlara daha sık rastladıklarını ifade etmişlerdir (25). Wittchen ve arkadaşları (2002) ise PMS'lu hastalarda nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu saptamışlardır (101).

Alkol de PMS'u arttıran risk faktörleri arasında yer almaktadır. Nyberg ve arkadaşları (2004) ve Perry ve arkadaşları (2004), alkolü fazla tüketen kadınların PMS'a yatkın olduğunu saptamışlardır (102,103). Ayrıca alkol tüketen PMS'lu kadınların geç luteal fazda görme bozuklukluğu semptomlarını daha fazla yaşadıklarını belirtmişler (102).

Ebe/hemşire sigaranın ve alkolün zararları hakkında kadınları bilgilendirmelidir. Ayrıca kadını sigara ve alkolle başetme davranışlarını kazandırmayı amaç edinen kuruluşlara yönlendirebilir.

Kadının menstrual siklus özellikleri ve menstruasyona karşı tutumu premenstrual semptomlar üzerinde etkilidir. Menstrual özellikler (yoğunluk ve uzunluk) premenstrual semptomların erken tanımlayıcılarıdır. Uzun ve yoğun menstrual kanaması olan kadınlar premenstrual ve menstrual semptomlardan daha çok yakınırırlar (24). Moos (1968), menstrual kanaması 8 gün ve daha fazla süren kadınların, 3.5 gün ve daha az süren kadınlara göre daha çok menstrual şikayetleri deneyimlediklerini bildirmiştir. Menstrual kanaması uzun süren kadınlarda, menstrual fazda ağrı, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, baş dönmesi ve negatif duygulanımın daha fazla görüldüğünü saptamıştır (104). Van Keep ve Lebert'te (1986) yaptıkları çalışma sonucunda, 7 gün ve daha fazla menstrual kanaması olan kadınların, kısa menstrual kanaması olan kadınlara göre daha fazla premenstrual semptom bildirdiklerini bulmuştur (105). Woods ve arkadaşları (1982) menstruasyon süreci uzun süren kadınların premenstrual dönemde daha çok şişlik, duygu-durum değişikliği, depresyon ve ağlama semptomlarını, menstruasyon süreçleri kısa süren kadınlara oranla daha fazla yaşadıklarını belirlemişlerdir. Menstrual kanaması yoğun olan kadınların ise premenstrual ve menstrual krampları, menstrual şişliği, premenstrual dönemde okul ve iş yaşamındaki verim düşüklüğünü daha çok yaşadıklarını saptamışlardır (106).

Semptomların yoğunluğu ile menstrual siklus düzensizliği arasındaki ilişkiye bakıldığında, düzensizlik ile semptomların derecesindeki artış arasında pozitif bir korelasyon görülür (104). Güneş ve arkadaşları (2000) PMS görülme sıklığını, adeti düzenli olan kadınlarda %24.1, adeti düzensiz olan kadınlarda %34.8 olarak bulmuşlardır (32).

Menstruasyona karşı tutum ile semptomların yoğunluğu arasında da pozitif korelasyon vardır. Güneş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2000), kadınlara adetle ilgili fikirleri sorulmuş, adeti doğal bir süreç olarak kabul edenlerde PMS sıklığı %19.2 iken, tiksinen, nefret eden, pislik olarak tanımlayan veya korkan kadınlarda %34.1 bulunmuştur (32). Yücel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2003), PMS’u olan kadınların büyük bir çoğunluğu menstruasyonu “yaşamındaki en kötü olaylardan biri” olarak görürken, PMS’u olmayan kadınların %70’i menstruasyonu “doğal ve fizyolojik bir süreç” olarak görmektedir (107).

Ebe/hemşireler özellikle okullarda ve kadınların toplu olarak bulunduğu halk eğitim merkezlerinde ve ev ziyaretlerinde, menstrual siklus özellikleri, menstruasyonda olan değişiklikler, premenstrual ve menstrual dönemde yaşanan sıkıntılar ve menstrual hijyen konusunda gerekli eğitim çalışmaları yaparak kadınlara doğru bilgi ve davranışı kazandırabilirler.

Çocuk sayısının kadın üzerinde biyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Çocuk sayısı arttıkça postpartum hastalık riski ve annelik stresi artabilir veya evliliklerde sorunlar çıkabilir. Postpartum devrede yaşanan psikolojik sıkıntılar ilerde premenstrual dönemde de yaşanabilmektedir (108).

Warner ve Bancroft, 3.çocuğa kadar premenstrual semptom prevelansı artarken, 4.çocuk ve sonrasında prevelansın giderek azalmakta olduğunu belirtmiştir. PMS’den çok acı çeken kadınlar çok çocuk yapmak istemektedirler. Fakat onları postpartum hastalıklar, hamileliğin biyolojik etkileri, annelik rolünde zorlanma gibi sıkıntılar beklemekte ve bu biopsikososyal stresler PMS’u beraberinde getirebilmektedir (108).

Ebe ve hemşire, kadını çocuk sayısının premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca toplumdaki bütün bireyleri etkili aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirmeli, hizmetlerden bireylerin yararlanabilmeleri için danışmanlık yapmalıdır.

Premenstrual semptomlarla başetme, biyo-psiko-sosyal bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle sosyal etkileşimler oldukça önem kazanmaktadır. Usster (2003) yaptığı çalışmada, premenstrual semptomları olan kadının ailesiyle etkileşimi iyi ise semptomları daha kolay ve kısa sürede atlattığını bulmuştur (109). Bu nedenle ebe ve hemşireler kadının aile dinamiklerini değerlendirmeli ve semptomlarla başetme sürecine aileyi de dahil etmelidir.

İş yerinde görev yapan ya da mediko-sosyal merkezlerine çalışan ebe ve hemşireler, kurumlarında çalışan kadınlara menstrual siklusun fizyolojisini, premenstrual devrenin özelliklerini ve premenstrual semptomları ortaya çıkaran faktörleri içeren eğitim programları düzenleyebilirler. Menstrual siklusu devam eden kadınların premenstrual semptomlar yaşayıp yaşamadıklarını belirlemek amacıyla rutin taramalar yapabilirler, premenstrual semptomları yaşayan kadınları belirleyebilirler. Ayrıca kadınların premenstrual semptomlarını hafifletmek amacıyla; beslenme, egzersiz, stresle baş etme yöntemleri, kişilerarası iletişim becerilerini kazanma teknikleri, sigara/alkol gibi sağlığı olumsuz etkileyen alışkanlıklarla mücadele etme teknikleri, kontrasepsif yöntemler gibi kadın sağlığını etkileyen tüm faktörleri içeren sürekli eğitim programları düzenleyebilirler.

Ebe ve hemşirenin tüm bu yöntemleri uygulamasına rağmen kadının şikayetlerinde bir düzelme olmuyorsa, hekim işbirliğine gidilerek medikal tedavi için yönlendirilmelidir. Ebe ve hemşire kadına verilen ilaçları, kullanım şeklini, süresini ve yan etkilerini mutlaka açıklamalıdır (13).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, bir grup çalışan kadında premenstrual semptom görülme sıklığını saptamak ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ve ÖZELLİKLERİ

Araştırma Niğde Üniversitesi'nde yapılmıştır. Niğde Üniversitesi, 03.02.1992 tarihinde Niğde'de kurulmuştur.

Niğde Üniversitesi bünyesinde Rektörlüğe bağlı; Fen Bilimleri Enstitüsü ve Sosyal Bilimler Enstitüsü olmak üzere 2 enstitüsü; Niğde merkezde 4 ve Aksaray merkezde 4 olmak üzere 8 fakülte; Niğde merkezde 2, Aksaray merkezde 2 olmak üzere 4 yüksekokul; Niğde merkezde 2, Aksaray merkezde 2, Bor'da 2, Ulukışla'da 1, Ortaköy'de 1, Şereflikoçhisar'da 1 olmak üzere 9 meslek yüksekokulu bulunmaktadır.

Niğde Üniversitesi'nin; Niğde merkezde 4, Aksaray'da 4, Bor'da 1, Ortaköy'de 1, Şereflikoçhisar'da 1, Ulukışla'da 1 olmak 12 tane kampüsü vardır.

Üniversite'de 14.626 öğrenci, 816 adet kadrolu öğretim elemanı bulunmakta olup, bazı branşlar için diğer üniversitelerden 8 öğretim üyesi görevlendirilmesi yapılmıştır. Üniversitede ders veren öğretim üyesi, öğretim görevlisi ve okutman başına düşen öğrenci sayısı 18'dir.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Niğde Üniversitesi'nde çalışan kadınlar oluşturmuştur. 2004 yılı verilerine göre; Niğde Üniversitesi'nde 189 akademik ve 98 idari personel olmak üzere toplam 287 kadın personel çalışmaktadır.

Araştırma evrenini oluşturan birimler ve bu birimlerde çalışan kadın sayıları aşağıda verilmiştir:

<u>Birim</u>	<u>Akademik Personel</u>	<u>İdari Personel</u>
Rektörlük	15	48
İkt. İdr. Bil. Fak.	11	6
Fen Ed. Fak.	29	7
Müh.Mim.Fak.	15	1
Eğitim Fak.	23	6
Zübeyde Hanım SYO	12	4
Zübeyde Hanım SHMYO	2	5
Niğde MYO	7	4
BESYO	3	3
Aksaray İkt.İdr.Bil.Fak.	11	1
Aksaray Eğitim Fak.	5	-
Aksaray Müh.Fak.	16	2
Aksaray SYO	7	-
Aksaray SHMYO	2	1
Aksaray MYO	4	1
Aksaray BESYO	1	-
Bor Halil Zöhre Ataman MYO	6	3
Bor MYO	7	2
Şereflikoçhisar MYO	5	2
Çamardı MYO	4	1
Ortaköy MYO	2	1
TOPLAM	189	98

3.4.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli, raporlu ya da başka üniversitede görevli olmayan ve araştırma sınırlılıklarına uyan 162 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. 108 kadın izinli, raporlu ve görevli olduğu için, 15 kadın araştırma sınırlılıklarına uymadığı için ve 2 kadın araştırmayı kabul etmediği için araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

PMS'yi etkileyeceği düşünüldüğünden; hormonal kontraseptif ve steroid ilaç kullanan, psikiyatrik tedavi alan, hamile olan, postpartum dönemde olan ve menapozda olan kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ve Menstrual Distres Şikayet Listesi (Menstrual Distress Questionnaire-MDQ) kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama formu; kadının tanıtıcı özellikleri, çalışma yaşamı, menstruasyon, doğurganlık ve aile planlaması özellikleri ile genel sağlık alışkanlıkları ve yaşadığı hayat stresörlerini belirlemeye yöneliktir.

Menstrual Distres Şikayet Listesi, Rudolf H. Moos tarafından 1968 yılında 839 kadına uygulanarak geliştirilmiş bir ölçektir (104). Daha sonra çok sayıda araştırmacı tarafından değişik toplumlarda yaygın olarak başarılı bir şekilde kullanılması nedeniyle tercih edilmiştir. Menstrual Distres Şikayet Listesi 1992 yılında Nezihe Kızılkaya tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (13). Güvenilirlik açısından iç tutarlılık İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'nda öğrenim gören 30 öğrenciye iki kez uygulanarak yapılmış ve güvenilirlik katsayıları 0.71-0.97 bulunmuştur. Tüm r değerleri istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Menstrual Distres Şikayet Listesi'nde 47 şikayet, menstrual, premenstrual ve intermenstrual dönem için ayrı ayrı olarak 5 basamaklı ölçek ile 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Bunlar belirti yok, az, orta, şiddetli ve çok şiddetli olarak ifade edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan her dönem için 188'dir. Menstrual Distres Şikayet Listesi'nde yer alan şikayetler ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, canlanma ve

kontrol olarak 8 alt grupta toplanmıştır. İştah artması şikayeti ise hiç bir gruba dahil edilememiştir (Ek 3) (13, 104, 110).

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anket formunun ön uygulaması Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nun akademik ve idari birimlerinde çalışan 20 kadın personele uygulanmış, iyi anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiştir.

Anket formu ve ölçek uygulanmadan önce Niğde Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı, kadınlardan ise araştırmanın amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Veriler 07.10.2004-08.11.2004 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler toplanırken, veri toplama formu ve Menstrual Distres Şikayet Listesi'nin doldurma şekli kadınlara tek tek açıklanmış ve araştırmacı tarafından yönlendirmenin olmaması için formları kadınların kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Formların doldurulması yaklaşık 20-30 dk sürmüştür. Formlar araştırmacı tarafından kontrol edildikten sonra eksik olan kısımlar tekrar sorularak tamamlanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen veriler, SPSS for Windows 10.0 (Statistical Package for Social Sciences for windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ; yüzdelik dağılım, ki-kare testi ve logistik regresyon (Binary Logistic) analizi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çizelge 1: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

n:162

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20-25	31	19.1
26-30	51	31.5
31-35	40	24.7
36-40	24	14.8
41 ve üzeri	16	9.9
Medeni Durum		
Bekar	56	34.6
Evli	100	61.7
Dul	6	3.7
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	10	6.2
Lise	32	19.8
Lisans	67	41.3
Yüksek Lisans	40	24.7
Doktora	13	8.0
Eşin Eğitim Düzeyi (n:100)*		
İlköğretim	8	8
Lise	24	24
Üniversite ve +	68	68
Yalnız Yaşama Durumu		
Yalnız Yaşayan	15	9.3
Yalnız Yaşamayan	147	90.7

*Bu soruyu şu anda evli olan kadınlar cevaplandırmıştır.

Çizelge 1’de araştırma kapsamına alınan kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %31.5’i 26-30, %24.7’si 31-35 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi incelendiğinde, %41.3’ü lisans, %24.7’si yüksek lisans, %8.0 ise doktora programlarını bitirmiştir.

Araştırma kapsamına dahil olan kadınların %61.7’si evlidir. Evli olan kadınların eşlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde %68’inin üniversite ve/veya üstü programlardan mezun olduğu görülmektedir.

Kadınların %90.7’si ailesi, akrabası veya arkadaşlarıyla yaşamaktadır. %9.3’ü ise yalnız yaşamaktadır.

Çizelge 2: Kadınların Çalışma Yaşamları İle İlgili Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı
n:162

Çalışma Yaşamlarını Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Görevi		
Akademik Personel	84	51.9
İdari Personel	78	48.1
Çalışma Yılı		
1 yıldan az	16	9.9
1-10 yıl	85	52.5
11 yıl ve üzeri	61	37.7
Görevinden Memnun Olma Durumu		
Memnun	136	84.0
Memnun Değil	26	16.0
24 Saat İçinde İşe Ayırdığı Zaman		
8 saat	83	51.2
9-10 saat	44	27.2
11-12 saat	26	16.0
12 saat üzeri	9	5.6
İş Yerindeki Kişilik Durumu		
Sakinim-Uyumluyum	109	67.3
Sinirliyim-Gerginim	42	25.9
Heyecanlıyım	11	6.8

Çizelge 2’de kadınların çalışma yaşamları ile ilgili özellikler verilmiştir.

Kadınların %51.9’u akademik personel, %48.1’i idari personel, %52.5’i 1-10 yıl arası, %37.7’si 10 yılın üzerinde çalışmaktadır. %84’ü görevinden memnundur.

Kadınların 24 saat içinde işe ayırdıkları zaman incelendiğinde, %51.2’si 8 saat çalışırken, %5.6’sı 12 saatin üzerinde çalışmaktadır.

Kadınlara işteki kişilik yapılarının nasıl olduğu sorulduğunda, %67.3’ü sakin ve uyumlu olduğunu, %25.9’u sinirli ve gergin olduğunu, %6.8’i ise heyecanlı olduğunu söylemiştir.

Çizelge 3: Kadınların Menstruasyon Özelliklerinin Dağılımı**n:162**

Menstruasyon Özellikleri	Sayı	%
Menarş Yaşı		
9 yaş ve altı	3	1.9
10-15 yaş	142	87.6
16 yaş ve üstü	17	10.5
Menarş Öncesi Bilgi Alma Durumu		
Bilgi Alan	103	63.6
Bilgi Almayan	59	36.4
Menarş Öncesi Bilgi Alınan Kaynak (n:103)		
Anne-Baba	54	52.4
Abla	20	19.4
Arkadaş	17	16.5
Sağlık Personeli	3	2.9
Öğretmen	2	1.9
Komşu-Akraba	4	3.9
Kitap-Gazete	3	2.9
Menstruasyona Karşı Tutum		
Doğal ve fizyolojik bir süreç	114	70.4
Rahatsızlık verici bir süreç	36	22.2
Yaşamı olumsuz etkileyen bir süreç	12	7.4
Menstrual Siklus Düzeni		
Düzenli	154	95.1
Düzensiz	8	4.9
Dismenore		
Var	93	57.4
Yok	69	42.6
Yakın Çevrede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu		
Var	97	59.9
Yok	65	40.1
Annede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)		
Var	24	24.7
Yok	73	75.3
Kızkardeşinde Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)		
Var	54	55.6
Yok	43	44.4
Teyze-hala, Kuzen, Kız, Arkadaşta Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)		
Var	26	26.8
Yok	71	73.2

Çizelge 3'te kadınların menstruasyon özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Kadınların %87.6'sının menarş yaşı 10-15 yaş arasındır. Menarş öncesi %63.6'sı menstruasyon hakkında bilgi almıştır. Bilgi alanların %52.4'ü anne-babasından bilgi alırken, %19.4'ü ablasından, %16.5'i arkadaşından, %2.9'u sağlık personelinin, %1.9'u öğretmenden, %3.9'u komşu-akrabasından, %2.9'u kitap-gazeteden bilgi almıştır.

Kadınların %70.4'ü menstruasyonu doğal bir süreç olarak görürken, %7.4'ü yaşamını olumsuz etkileyen bir süreç olarak görmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %95.1'inin menstrual siklusu düzenlidir. %57.4'ünde dismenore vardır.

Kadınların perimenstrual şikayetler yönünden yakın çevreleri incelendiğinde; %24.7'sinin annesi, %55.6'sının kız kardeşi, %26.8'inin ise teyze-halası, kuzeni, kızı veya arkadaşı perimenstrual dönemde sıkıntı yaşadığı görülmektedir.

Çizelge 4: Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
İlk Gebelik Yaşı (n:93)		
20 yaş altı	8	8.6
20-25 yaş	49	52.7
26-30 yaş	28	30.1
31 ve üzeri	8	8.6
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)		
1-3	81	87.1
3'ün üzeri	12	12.9
Düşük – Küretaj (n:162)		
Var	36	22.2
Yok	126	77.8
Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı (n:89)		
1	45	50.6
2	39	43.8
3 ve üzeri	5	5.6
Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu (n:162)		
Kullanıyor	94	58.0
Kullanmıyor	68	42.0

Çizelge 4'te kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınlardan gebeliği olanların %52.7'sinin ilk gebelik yaşı 20-25 yaş arası, %30.1'inin ilk gebelik yaşı ise 26-30 yaş arasıdır. Toplam gebelik sayıları incelendiğinde %87.1'inin en az 3 gebeliği vardır. Kadınların %50.6'sının bir çocuğu varken, %5.6'sının 3 veya daha fazla çocuğu vardır. Düşük ve/veya küretajı olan kadınların oranı ise %22.2'dir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %58.0'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır.

Çizelge 5: Kadınların Genel Sağlık Alışkanlıklarından Bazılarının Dağılımı**n:162**

Genel Sağlık Alışkanlıkları	Sayı	%
Egzersiz		
Düzenli	22	13.6
Ara-sıra	100	61.7
Hiç	40	24.7
Beslenme		
Düzenli	91	56.2
Düzensiz	71	43.8
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18.5)	12	7.4
Normal (18.5-25)	112	69.1
Normalin üstü (>25)	38	23.5
Çay/Kahve (fincan/gün)		
1-2 Fincan	50	30.9
3 Fincan ve +	112	69.1
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	45	27.8
Hayır	117	72.2
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	27	16.7
Hayır	135	83.3
Hayat Stresörlerini Yaşama Durumu		
Yaşamış	128	79.0
Yaşamamış	34	21.0

Çizelge 5’te kadınların genel sağlık alışkanlıklarından bazılarının dağılımı yer almaktadır.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların %61.7’si ara-sıra egzersiz yapmakta iken, %24.7’si hiç egzersiz yapmamaktadır. Düzenli olarak haftada 2-3 gün egzersiz yapanların oranı ise sadece %13.6’dır.

Kadınların %56.2’si her gün düzenli olarak 3 ana öğün alıp bol miktarda sebze, meyve ve protein ağırlıklı yiyecekler yemeye özen göstermektedir. %69’unun beden kitle indeksi normal değerler arasındadır. %69.1’i 3 ve/veya daha fazla fincan çay/kahve tüketirken, %30.9’u 1-2 fincan çay/kahve tüketmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %27.8’i günde en az bir tane sigara içmektedir. Kadınların %16.7’si ara-sıra alkol tüketirken, %83.3’ü hiç alkol tüketmemektedir.

Kadınların %79’u son 6 ay içerisinde anket formunda belirtilen hayat stresörlerinden en az birini yaşamıştır (bknz: 32 anket formu sorusu).

Çizelge 6: Kadınların Premenstrual Dönemde Yaşadıkları Semptomların Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Semptom Grupları	Ortanca	Standart Sapma
Ağrı	6.0000	4.7949
Su Retansiyonu	5.0000	3.1187
Otonomik Reaksiyon	1.0000	2.4449
Negatif Duygulanım	5.5000	6.2415
Konsantrasyon Bozukluğu	2.0000	5.4042
Davranış Değişikliği	2.0000	3.3399
Canlanma	1.0000	2.9319
Kontrol	2.0000	3.7573
İştah Artması	1.0000	1.1975

Çizelge 6’da kadınların premenstrual dönemde yaşadıkları semptomların ortalama ve standart sapmaları yer almaktadır. Her semptom grubu için ayrı ayrı ortanca değerleri hesaplanmış olup, ortanca değerin üzerine çıkan kadınlar o gruptaki semptomları yaşıyor olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 7: Kadınların Premenstrual Alt Grup Semptomlarını Yaşama Durumlarının Dağılımı

Semptom Grubu	Sayı	%
Ağrı	90	55.6
Su Retansiyonu	82	50.6
Otonomik Reaksiyon	89	54.9
Negatif Duygulanım	81	50.0
Konsantrasyon Bozukluğu	95	58.6
Davranış Değişikliği	95	58.6
Canlanma	90	55.6
Kontrol	94	58.0
İştah Artması	96	59.3

Çizelge 7, kadınların premenstrual dönemde alt grup semptomlarını yaşanma şiddetlerine göre dağılımlarını içermektedir. Bütün premenstrual alt grup semptomlarını kadınların yarısından fazlası yaşamaktadır. Kadınlar en çok premenstrual iştah artması (%59.3), konsantrasyon bozukluğu (%58.6), davranış değişikliği (58.6) ve kontrol (%58) alt grup semptomlarını yaşamaktadır.

İstatistiksel deęerlendirmede, premenstrual semptomları etkileyeceęi dūřınūlen ve anket formunda yer alan būtin baęımsız deęiřkenlerle premenstrual alt grup semptomları arasında ki-kare ve logistik regresyon analizi yapılmıřtır. Bundan sonraki çizelgelerde ki-kare analizi sonucuna gōre semptom grubunu etkiledięi belirlenen deęiřkenlere logistik regresyon analizi uygulanarak etkileme dereceleri incelenmiřtir.

Çizelge 8: Premenstrual Dōnemde Ağrı Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Durumu								
İlköğretim	10	100	0	0	10	100.0	p=0.032	10.557
Lise	16	50.0	16	50	32	100.0		
Lisans	35	52.2	32	47.8	67	100.0		
Yüksek Lisans	24	60.0	16	40	40	100.0		
Doktora	5	38.5	8	61.5	13	100.0		
Dismenore								
Var	60	64.5	33	35.5	93	100.0	p=0.008	7.100
Yok	30	43.5	39	56	69	100.0		
Çay/Kahve (fincan/gün)								
1-2 Fincan	22	44.0	28	56.0	50	100.0	p=0.048	3.911
3 Fincan ve +	68	60.7	44	39.3	112	100.0		
ORTALAMA: 6.8765								
ORTANCA : 6.0000								
STANDART DAĞILIM: 4.7949								

Çizelge 8’te premenstrual dōnemde ağrı alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Kadınların eğitim durumlarına gōre ağrı alt grubu semptomları incelendiğinde; premenstrual dōnemde ağrı semptomlarının en fazla ilköğretim mezunlarında (%100), en az ise doktora mezunlarında (%38.5) olduğu saptanmıştır (p=0.032, χ^2 :10,557).

Araştırma kapsamında yer alan kadınlardan premenstrual dōnemde ağrı alt grubu semptomlarını yaşayanların %64.5’inde dismenore vardır (p=0.008, χ^2 : 7,100). Gūnde 3 fincan ve daha fazla çay kahve tūketen kadınların %60.7’si premenstrual dōnemde ağrı semptomlarını deneyimlemektedir (p=0.048, χ^2 : 3,911).

Çizelge 9: Premenstrual Dönemde Ağrı Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Dismenore					
Var/Yok	0.860	0.325	0.008	2.3	1.249- 4.473
Çay/Kahve (fincan/gün)					
3 Fincan ve +/-1-2 Fincan	0.676	0.344	0.049	1.9	1.001- 3.863

Çizelge 9’da premenstrual dönemde ağrı alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Kadınların eğitim durumları ile ağrı semptomları arasında ileri analiz yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Dismenoresi olan kadınlar olmayan kadınlara göre ağrı grubu semptomlarını 2.3 kat daha fazla yaşamaktadır ($p=0.008$).

Kadınların günlük tükettikleri çay/kahve miktarının ağrı grubu semptomlara etkisi incelendiğinde; günde 3 fincan ve üzeri çay/kahve tüketen kadınlar 1-2 fincan çay/kahve tüketen kadınlara göre ağrı semptomlarını 1.9 kat daha fazla yaşamaktadır ($p=0.049$).

Çizelge 10: Premenstrual Dönemde Su Retansiyonu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş								
20-25	13	41.9	18	58.1	31	100.0	p=0.004	15.424
26-30	23	45.1	28	54.9	51	100.0		
31-35	28	70.0	12	30.0	40	100.0		
36-40	17	62.5	9	37.5	24	100.0		
41 ve üzeri	3	18.8	13	81.3	16	100.0		
ORTALAMA: 4.9877								
ORTANCA : 5.0000								
STANDART DAĞILIM: 3.1187								

Çizelge 10’da premenstrual dönemde su retansiyonu alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. 31-35 yaş arası kadınların %70.0’ı ve 36-40 yaş arası kadınların %62.5’i premenstrual dönemde su retansiyonu semptomlarını yaşamaktadır ($p=0.004$, χ^2 : 15.424).

Çizelge 11: Premenstrual Dönemde Su Retansiyonu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Yaş					
31-35/20-25	1.173	0.502	0.019	3.2	1.209-8.634
31-35/26-30	1.044	0.445	0.019	2.8	1.187-6.798
31-35/41 ve üzeri	2.314	0.728	0.001	10.1	2.429-42.077
36-40/41 ve üzeri	1.977	0.767	0.010	7.2	1.607-32.462

Çizelge 11’de premenstrual dönemde su retansiyonu alt grubu semptomlarını etkileyen yaş değişkeninin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Buna göre; 31-35 yaş grubu kadınlar 20-25 yaş grubuna göre 3.2 kat, 26-30 yaş grubu kadınlara göre 2.8, 41 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre 10.1 kat, 36-40 yaş grubu kadınlar ise 41 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre su retansiyonu semptomlarını 7.2 kat daha fazla yaşamaktadır. (p=0.019, p=0.019, p=0.001, p=0.010)

Çizelge 12: Premenstrual Dönemde Otonomik Reaksiyon Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Menstruasyona Karşı Tutum								
Doğal ve fizyolojik bir süreç	68	59.6	46	40.4	114	100.0	p=0.033	6.843
Rahatsızlık verici bir süreç ama yaşamımı etkilemiyor	13	36.1	23	63.9	36	100.0		
Yaşamı olumsuz etkileyen bir süreç	8	66.7	4	33.3	12	100.0		
Çay/Kahve (fincan/gün)								
1-2 Fincan	19	35.0	31	62.0	50	100.0	p=0.004	8.382
3 Fincan ve +	70	62.5	42	37.5	112	100.0		
Hayat Stresörlerini Yaşama Durumu								
Yaşamış	78	60.9	50	39.1	128	100.0	p=0.003	8.867
Yaşamamış	11	32.4	23	67.6	34	100.0		
ORTALAMA: 1.9012								
ORTANCA : 1.0000								
STANDART DAĞILIM: 2.4449								

Çizelge 12’de premenstrual dönemde otonomik reaksiyon alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Premenstrual dönemde otonomik reaksiyon semptomlarını yaşayan kadınların %66.7’si menstruasyonu ‘yaşamı olumsuz etkileyen bir süreç’ olarak düşünmektedir ($p=0.033$, χ^2 : 6.843).

Günde 3 fincan ve daha fazla kahve/çay tüketen kadınların %62.5’i, son 6 ayda hayat stresörlerinden herhangi birini yaşamış olan kadınların ise %60.9’u premenstrual dönemde otonomik reaksiyon semptomlarını yaşamaktadırlar ($p=0.004$, χ^2 : 8.382), ($p=0.003$, χ^2 : 8.867).

Çizelge 13: Premenstrual Dönemde Otonomik Reaksiyon Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Menstruasuya Karşı Tutum					
Doğal ve fizyolojik bir süreç/ Rahatsızlık verici bir süreç ama yaşamımı etkilemiyor	0.961	0.396	0.015	2.6	1.203- 5.684
Çay/Kahve (fincan/gün)					
3 Fincan ve +/ 1-2 Fincan	1.000	0.351	0.004	2.7	1.368- 5.407
Hayat Stresörlerini Yaşama Durumu					
Yaşayan/Yaşamayan	1.182	0.409	0.004	3.2	1.463-7.268

Çizelge 13’de premenstrual dönemde otonomik reaksiyon alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Buna göre; menstruasyonu “doğal ve fizyolojik bir süreç” olarak gören kadınların, “rahatsızlık verici ama yaşamımı etkilemeyen bir süreç” olarak düşünen kadınlara göre otonomik reaksiyon semptomlarını 2.6 kat daha fazla yaşamaktadır ($p= 0.015$).

Kadınların günlük tükettikleri çay/kahve miktarının otonomik reaksiyon alt grubu semptomları üzerindeki etkisi incelendiğinde; günde 3 fincan ve üzeri çay/kahve tüketen kadınlar 1-2 fincan çay/kahve tüketen kadınlara göre otonomik reaksiyon semptomlarını 2.7 kat daha fazla yaşamaktadır ($p=0.004$).

Son 6 ay içinde hayat stresörü yaşayan kadınlar yaşamayanlara oranla otonomik reaksiyon alt grubu semptomlarını 3.2 kat daha fazla yaşamaktadır ($p=0.004$).

Çizelge 14: Premenstrual Dönemde Negatif Duygulanım Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Menarş Yaşı (n:162)								
10 yaş altı	0	0	3	100	3	100.0	p=0.037	6.587
10-15 yaş	76	93.8	66	81.5	142	100.0		
15 yaş üstü	5	29.4	12	70.6	17	100.0		
Kızkardeş Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)								
Var	33	61.7	21	38.9	54	100.0	p=0.046	4.000
Yok	48	44.4	60	55.6	108	100.0		
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)								
1-3	40	49.4	41	50.6	81	100.0	p=0.034	4.517
3'ün üzeri	2	16.7	10	83.3	12	100.0		
ORTALAMA: 7.5617								
ORTANCA : 5.500								
STANDART DAĞILIM: 6.2415								

Çizelge 14'de premenstrual dönemde negatif duygulanım alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Menarş yaşı 10-15 yaş arasında olan kadınların %93.8'i, kız kardeşinde perimenstrual sıkıntı bulunan kadınların %61.7'si premenstrual dönemde negatif duygulanım semptomlarını yaşamaktadırlar (p=0.037, χ^2 : 6.587), (p=0.046, χ^2 : 4.000).

Toplam gebelik sayısı 3 ve üzerine olan kadınların %83.3'ü premenstrual dönemde negatif duygulanım semptomlarını yaşamamaktadır (p=0.034, χ^2 : 4.517).

Çizelge 15: Premenstrual Dönemde Negatif Duygulanım Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Kızkardeş Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)					
Var/Yok	0.675	0.340	0.047	1.9	1.009-3.823
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)					
1-3/3 ve üzeri	1.585	0.806	0.049	4.8	1.005- 23.664

Çizelge 15'de premenstrual dönemde negatif duygulanım alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Kadınların menarş yaşları ile negatif duygulanım semptomları arasında ileri analiz yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05). Kız kardeşinde perimenstrual sıkıntılar

bulunan kadınlar bulunmayanlara göre negatif duygulanım semptomlarını 1.9 kat daha fazla yaşamaktadır (p=0.047).

Toplam gebelik sayısı 1-3 arasında olanlar 3 ve üzerinde olanlara göre 4.8 kat daha fazla negatif duygulanım semptomlarını deneyimlemektedir (p=0.049).

Çizelge 16: Premenstrual Dönemde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Medeni Durum								
Bekar	39	69.6	17	30.4	56	100.0	p=0.035	6.710
Evli	51	51.0	49	49.0	100	100.0		
Dul	5	83.3	1	16.7	6	100.0		
Yakın Çevrede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu								
Var	63	64.9	34	35.1	97	100.0	p=0.046	3.964
Yok	32	49.2	33	50.8	65	100.0		
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)								
1-3	45	55.6	36	44.4	81	100.0	p=0.012	6.323
3'ün üzeri	2	16.7	10	83.3	12	100.0		
Düşük – Küretaj								
Var	16	44.4	20	55.6	36	100.0	p=0.050	3.847
Yok	79	62.7	47	37.3	126	100.0		
ORTALAMA: 4.4506								
ORTANCA : 2.0000								
STANDART DAĞILIM: 5.4042								

Çizelge 16'da premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Dul olan kadınların %83.3'ü, bekar olan kadınların ise %69.6'sı premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşamaktadır (p=0.035, χ^2 : 6.710).

Yakın çevresinde perimenstrual sıkıntı yaşayan kadınların %64.9'u premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşamaktadır (p=0.046, χ^2 : 3.964).

3 ve üzeri gebeliği olan kadınların %83.3'ü, düşük-küretajı olan kadınların ise %44.4'ü premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşamamaktadır (p=0.012, χ^2 : 6.323), (p=0.050, χ^2 : 3.847)

Çizelge 17: Premenstrual Dönemde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Medeni Durum					
Bekar/Evli	0.790	0.353	0.025	2.2	1.104-4.401
Yakın Çevrede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu					
Var/Yok	0.647	0.327	0.048	1.9	1.007- 3.626
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)					
1-3/3 ve üzeri	1.832	0.806	0.023	6.2	1.287- 30.342

Çizelge 17’de premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizi yer almaktadır. Buna göre; bekar olan kadınlar evli olanlara göre 2.2 kat, yakın çevresinde perimenstrual sıkıntı olan kadınlar olmayanlara göre 1.9 kat daha fazla konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşamaktadır (p=0.025), (p=0.048).

Toplam gebelik sayısı 1-3 olanlar 3 ve üzeri olanlara göre 6.2 kat daha fazla konsantrasyon bozukluğu semptomu yaşamaktadır (p=0.023). Kadınların düşük ve/veya küretajı yaşama durumları ile konsantrasyon bozukluğu semptomları arasında ileri analiz yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Çizelge 18: Premenstrual Dönemde Davranış Değişikliği Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Görevinden Memnun Olma Durumu								
Olan	75	55.1	61	44.9	136	100.0	p=0.039	4.268
Olmayan	20	76.9	6	23.1	26	100.0		
Kontrasepsiyon Kullanma Durumu (n:162)								
Kullanıyor	46	67.6	22	32.4	68	100.0	p=0.048	3.918
Kullanmıyor	49	52.1	45	47.9	94	100.0		
Sigara Kullanma Durumu								
Evet	32	71.1	13	28.9	45	100.0	p=0.046	3.994
Hayır	63	53.8	54	46.2	117	100.0		
ORTALAMA: 2.9877								
ORTANCA : 2.0000								
STANDART DAĞILIM: 3.3399								

Çizelge 18’de premenstrual dönemde davranış değişikliği alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Görevinden memnun olmayan kadınların %76.9’u, kontraseptif kullanan kadınların %67.6’sı, sigara kullanan kadınların ise %71.1’i premenstrual dönemde davranış değişikliği semptomlarını yaşamaktadır ($p=0.039$, χ^2 : 4.268), ($p=0.048$, χ^2 : 3.918), ($p=0.046$, χ^2 : 3.994).

Çizelge 19: Premenstrual Dönemde Davranış Değişikliği Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Görevinden Memnun Olma Durumu					
Olmayan/Olan	0.997	0.496	0.045	2.7	1.025-7.172
Kontrasef Yöntem Kullanma Durumu (n:162)					
Kullanmayan/Kullanan	0.652	0.331	0.049	1.9	1.003-3.676
Sigara Kullanma Durumu					
Evet/Hayır	0.747	0.378	0.048	2.1	1.007-4.422

Çizelge 19 premenstrual dönemde davranış değişikliği alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizini içermektedir. Buna göre; görevinden memnun olmayan kadınlar olanlara göre 2.7 kat, kontrasepsiyon kullanmayan kadınlar kullananlara göre 1.9 kat daha fazla premenstrual dönemde davranış değişikliği semptomlarını yaşamaktadır ($p=0.045$), ($p=0.049$).

Sigaranın etkisi incelendiğinde kullananlar kullanmayanlara göre 2.1 kat daha fazla premenstrual dönemde davranış değişikliği semptomlarını yaşamaktadır ($p=0.048$).

Çizelge 20: Premenstrual Dönemde Canlanma Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş (n:162)								
20-25	20	64.5	11	35.5	31	100.0	p=0.032	10,584
26-30	28	54.9	23	45.1	51	100.0		
31-35	24	60.0	16	40.0	40	100.0		
36-40	15	62.5	9	37.5	24	100.0		
41 ve üzeri	3	18.8	13	81.3	16	100.0		
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)								
1-3	46	56.8	35	43.2	81	100.0	p=0.002	9,818
3'ün üzeri	1	8.3	11	91.7	12	100.0		
Hayat Stresörlerini Yaşama Durumu (n:162)								
Yaşamış	78	60.9	50	39.1	128	100.0	p=0.007	7,155
Yaşamamış	12	35.3	22	64.7	34	100.0		
ORTALAMA: 2.4444								
ORTANCA : 1.0000								
STANDART DAĞILIM: 2.9319								

Çizelge 20’de premenstrual dönemde canlanma alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Kadınlar premenstrual dönemde canlanma semptomlarını en çok 20-25 yaş döneminde (%64.5), en az ise 41 ve üzeri yaş döneminde yaşamaktadır (p=0.032, χ^2 : 10,584).

3 ve üzeri gebeliği olan kadınların %91.7’si premenstrual dönemde canlanma semptomlarını yaşamazken, son altı ay içinden hayat stresörlerinden en az birine maruz kalmış kadınların % 60.9’u yaşamaktadır (p=0.002, χ^2 : 9,818), (p=0.007, χ^2 : 7,155).

Çizelge 21: Premenstrual Dönemde Canlanma Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Yaş					
20-25/41 ve +	2.064	0.742	0.005	7.8	1.839-33.757
26-30/41 ve +	1.663	0.700	0.017	5.2	1.339-20.784
31-35/41 ve +	1.872	0.717	0.009	6.5	1.594-26.509
36-40/41 ve +	1.977	0.767	0.010	7.2	1.607-32.462
Toplam Gebelik Sayısı (n:93)					
1-3/3'ün üzeri	2.671	1.068	0.012	14.4	1.781-117.31
Hayat Stresörlerini Yaşama Durumu					
Yaşamış/Yaşamamış	1.051	0.402	0.009	2.8	1.301-6.288

Çizelge 21 premenstrual dönemde canlanma alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizini içermektedir. Buna göre; 20-25 yaş grubu 41 ve üzerine göre 7.8 kat, 26-30 yaş grubu 41 ve üzerine göre 5.2 kat, 31-35 yaş grubu 41 ve üzerine göre 6.5 kat, 36-40 yaş grubu 41 ve üzerine göre 7.2 kat daha fazla premenstrual dönemde canlanma semptomlarını yaşamaktadır. (p=0.005), (p=0.017), (p=0.009), (p=0.010).

Toplam gebelik sayısı 1-3 olan kadınlar 3 ve üzeri olan kadınlara göre 14.4 kat daha fazla premenstrual dönemde canlanma semptomlarını yaşamaktadır (p=0.012).

Son 6 ayda hayat stresörlerini yaşayan kadınlar yaşamayanlara 2.8 kat daha fazla premenstrual dönemde canlanma semptomlarını yaşamaktadır (p=0.009)

Çizelge 22: Premenstrual Dönemde Kontrol Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çay/Kahve (fincan/gün)								
1-2 Fincan	19	38.0	31	62.0	50	100.0	p=0.001	11.907
3 Fincan ve +	75	67.0	37	33.0	112	100.0		
ORTALAMA: 3.3148								
ORTANCA : 2.0000								
STANDART DAĞILIM: 3.7573								

Çizelge 22’de premenstrual dönemde kontrol alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenler yer almaktadır. Günde 3 fincan ve üstü çay/kahve tüketen kadınların %67.0’si premenstrual dönemde kontrol semptomlarını yaşarken, günde 1-2 fincan çay/kahve tüketenlerin %62’si bu semptomları yaşamamaktadır. (p=0.001, χ^2 : 11,907).

Çizelge 23: Premenstrual Dönemde Kontrol Alt Grubu Semptomlarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
Çay/Kahve (fincan/gün)					
3 Fincan ve +/- 1-2 Fincan	1.196	0.354	0.001	3.3	1.653-6.617

Çizelge 23 premenstrual dönemde kontrol alt grubu semptomlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizini içermektedir. Çay/kahve tüketiminin premenstrual dönemdeki kontrol semptomları üzerindeki etkileri incelendiğinde; 3 fincan ve üzeri tüketenlerin 1-2 fincan tüketenlere göre semptomları 3.3 kat daha fazla yaşadıkları görülmektedir (p=0.001).

Çizelge 24: Premenstrual Dönemde İştah Artması Semptomunu Etkileyen Değişkenler

Değişkenler	Var		Yok		Toplam		p	χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
24 Saat İçinde İşe Ayırdığı Zaman								
8 saat	43	51.8	40	48.2	83	100.0	p=0.034	8.668
9-10 saat	34	77.3	10	22.7	44	100.0		
11-12 saat	15	57.7	11	42.3	26	100.0		
12 saat üzeri	4	44.4	5	55.6	9	100.0		
Yakın Çevrede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu								
Var	66	68.0	31	32.0	97	100.0	p=0.005	7.723
Yok	30	46.2	35	53.8	65	100.0		
Kız Kardeş Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)								
Var	39	72.2	15	27.8	54	100.0	p=0.018	5.638
Yok	57	52.8	51	47.2	108	100.0		
ORTALAMA: 1.2099								
ORTANCA : 1.0000								
STANDART DAĞILIM: 1.1975								

Çizelge 24'te premenstrual dönemde iştah artması semptomunu etkileyen değişkenler yer almaktadır. 24 saat içerisinde 9-10 saat çalışan kadınlar %77.3 oranında iştah artması semptomunu yaşarken 12 saat üzerinde çalışan kadınların %44.4'ü yaşamaktadır (p=0.034, χ^2 :8.668).

Yakın çevresinde perimenstrual sıkıntı yaşanan kadınların %68'i premenstrual dönemde iştah artması semptomunu yaşarken, kız kardeşinde perimenstrual sıkıntı bulunan kadınların %72.2'si bu semptomu yaşamaktadır ($p=0.005$, χ^2 :7.723) ,($p=0.018$, χ^2 :5.638).

Çizelge 25: Premenstrual Dönemde İştah Artması Semptomunu Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Regresyon Katsayısı (B)	Standart Hata	p değeri	Odds ratio	Güven Aralığı
24 Saat İçinde İşe Ayırdığı Zaman					
9-10st/8st	1.151	0.422	0.006	3.1	1.384-7.225
Yakın Çevrede Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu					
Var/Yok	0.910	0.331	0.006	2.4	1.299-4.749
Kız Kardeşinde Perimenstrual Sıkıntı Yaşanma Durumu (n:97)					
Var/Yok	0.844	0.360	0.019	2.3	1.149-4.709

Çizelge 25 premenstrual dönemde iştah artması semptomunu etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon analizini içermektedir. Buna göre; 24 saat içinde işe ayırdığı zaman 9-10 saat olanlar 8 saat olanlara göre 3.1 kat daha fazla premenstrual dönemde iştah artması semptomunu yaşamaktadır ($p=0.006$).

Yakın çevresinde perimenstrual sıkıntı yaşanan kadınlar yaşanılmayan kadınlara göre 2.4 kat, kız kardeşinde perimenstrual sıkıntı bulunan kadınlar bulunmayanlara göre 2.3 kat daha fazla premenstrual dönemde iştah artması semptomunu yaşamaktadır ($p=0.006$), ($p=0.019$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde premenstrual semptomların yaşanma sıklıkları ve bu semptomları etkileyebilecek faktörlere yönelik bulgular tartışılmıştır.

Literatürde MDQ'nun uygulandığı çalışmalarda semptomlar gruplar halinde veya ayrı ayrı ele alınarak incelenmiştir. Çalışmamızda semptomlar gruplar halinde ele alınarak incelenmiştir.

Çalışmamızda kadınların %50-59.3'ünün premenstrual alt grup semptomlarını yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 7). Diğer çalışmaların oranları ile karşılaştırıldığında çalışma grubumuzdaki kadınların bütün semptomları daha fazla deneyimledikleri görülmektedir. Bu sonuç örneklem grubumuzun çalışan kadınlardan oluşmasıyla açıklanabilir.

Çalışan kadınların ev hanımlarına göre daha fazla premenstrual semptomları deneyimledikleri rapor edilmiştir (32,113). Schnurr (1988), çalışan kadınların ev hanımlarına göre premenstrual semptomları 1.78 kat daha fazla yaşadığını bulmuştur (113). Coughlin (1990) ise çalışmasında çocukların sorumluluğunu üstlenmiş, evli ve çalışan kadınların, ev hanımlarından daha yoğun PMS yaşadıklarını, yaptığı işi kendi istemiyle seçmeyen kadınların ise premenstrual semptomları çok yoğun yaşadıklarını bulmuştur. Ayrıca ev hanımlığını kendi seçen kadınların premenstrual semptomları çok az düzeyde yaşadığını belirlemiştir (93).

Moos'un (1968) yaptığı çalışmada, kadınların su retansiyonu, negatif duygulanım ve canlanma semptomlarını premenstrual dönemde menstrual döneme göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (104).

Busch ve arkadaşları (1988) yaptıkları çalışmada, premenstrual dönemde kadınlar en sık su retansiyonu (kilo artışı:%12.0, göğüslerde ağrı hassasiyet:%15.9, genel şişlik:13.0) ve negatif duygulanım (anksiyete:%10.3, huzursuzluk:15.9, ruhsal değişim:20.4, depresyon:13.6, gerginlik:12.3) semptomlarından şikayet etmişlerdir (111).

Ramchoran ve arkadaşlarının (1992) yaptığı çalışmada, ise en çok su retansiyonu (%12.2) ve davranış değişikliği (%9.0) semptomları yaşanmıştır (112).

Yaşla birlikte perimenstrual belirtiler farklılıklar gösterir. Adölesan dönemde anovulatuvar siklusların daha az olması beklenirken, premenapozal dönemde sayıları genellikle artar. 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 prevelansı belli bir yaşa kadar artış gösterir ve ondan sonra inişe geçer (24,104).

Çalışmamızda kadınların %75.3'ü 20-35 yaş arasındadır. Yaş gruplarının semptomlarla ilişkisi incelendiğinde, yaş ile su retansiyonu semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.004$) (Çizelge 11).

Su retansiyonu semptomlarının en çok 31-35 (%70) yaş döneminde, en az 41 ve üzeri (%18.8) yaş döneminde yaşandığını görmekteyiz (Çizelge 10). 31-35 yaş grubu kadınlar su retansiyonu semptomlarını 20-25 yaş grubuna göre 3.2 kat, 26-30 yaş grubu kadınlara göre 2.8 kat, 41 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre 10.1 kat daha fazla yaşarken, 36-40 yaş grubu kadınlar 41 ve üzeri yaş grubu kadınlara göre semptomları 7.2 kat daha fazla yaşamaktadır ($p=0.019$, $p=0.019$, $p=0.001$, $p=0.010$) (Çizelge 11). Ayrıca bu çalışmada yaş ile canlanma semptomları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0.032$).

Yaş ile canlanma semptomları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde semptomların en çok 20-25 yaş döneminde (%64.5), en az 41 ve üzeri yaş döneminde (%18.8) yaşandığını görmekteyiz ($p=0.032$) (Çizelge 20). 20-25 yaş grubu 41 ve üzerine göre 7.8 kat, 26-30 yaş grubu 41 ve üzerine göre 5.2 kat daha fazla premenstrual dönemde canlanma semptomlarını yaşamıştır ($p=0.005$, $p=0.017$, $p=0.009$, $p=0.010$) (Çizelge 21).

Yaş ile premenstrual semptomlar arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızın sonuçlarına benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Premenstrual şikayetlerin ortalama 25-35 yaş aralığında daha çok yaşandığını ileri süren çalışmalar vardır (104,106,108,113). Schnurr (1988) yaptığı çalışmada, 30 yaş ve altı kadınların 30 yaş üzeri kadınlara göre PMS'u 2.92 kat daha fazla yaşadıklarını bulmuştur (113). Silva ve arkadaşları da (2006) benzer olarak 30 yaş altı kadınların PMS açısından risk oluşturduklarını öne sürmüşlerdir (28).

Literatürde ayrıca çalışma bulgularımızla zıt olan çalışma bulguları da yer almaktadır. Warner ve Bancroft (1990) yaptıkları çalışmada premenstrual semptomların yaş ile artış gösterdiğini, 25-29 yaş grubunda daha fazla, 20 yaş altındaki kadınlarda ise daha az olduğunu bulmuşlar (108).

Moos (1968) yaptığı çalışmada, bütün yaş gruplarında premenstrual dönemde kadınların memelerde-karında şişme (%30.4) ve memelerde ağrı (%28) semptomlarını çok sık yaşadıklarını bulmuştur (104). Lee ve arkadaşlarının (1991) yapmış olduğu çalışmada, kilo artışı ve memelerde ağrı semptomlarının genellikle 21-30 yaş grubu kadınlarda görüldüğü saptanmıştır (114).

Yapılan çalışmalarda yaş ile canlanma grubu semptomları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (24,104,106,108). Çalışmamızda örneklem grubunun çalışan kadınlar olması ve bu gruptaki genç kadınlardan yüksek iş verimi beklenilmesi nedeniyle 20-25 yaş arası kadınlarda canlanma semptomları diğer yaş gruplarına göre daha fazla yaşanmış olabilir.

Çalışmalardaki farklılıklar, araştırmalara dahil edilen kadınların yaş dağılımlarındaki çeşitlilikle açıklanabilir.

Çalışmamızda kadınların medeni durumları incelediğinde en fazla evli kadınların (%61.7) yer aldığını görmekteyiz (Çizelge 1). Medeni durumun semptomlarla olan ilişkisi incelendiğinde, konsantrasyon bozukluğu semptomları ile arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.035$) (Çizelge 16). Çalışmamızda dul olan kadınların %83.3'ü, bekar olan kadınların ise %69.6'sı premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşamaktadır. Ayrıca bekar kadınların evli olanlara göre 2.2 kat daha fazla premenstrual dönemde konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşadıkları belirlenmiştir ($p=0.025$) (Çizelge 17).

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde medeni durumun premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğu fakat çalışma sonuçlarında etkilenen semptom gruplarında farklılıkların olduğu dikkat çekmektedir.

Woods ve arkadaşları (1982) yaptıkları çalışmada, bekar kadınların evli kadınlara göre premenstrual dönemde uykusuzluk semptomunu daha fazla yaşadıkları bulmuşlar (106).

Coughlin (1990), evlilikle PMS arasında negatif bir ilişki olduğunu saptamıştır (93).

Lee ve arkadaşları (1991) yaptıkları çalışma sonucunda, bekarların evlilere göre iştah artması semptomunu daha fazla yaşadıklarını bulmuşlar. Ayrıca bekar kadınların %44'ünün, evli kadınların ise %30'unun hemen hemen her ay premenstrual ağlama semptomunu tecrübe ettiklerini belirlemişler (114).

Warner ve Bancroft (1990) yaptıkları çalışmada, 25-29 yaş arasındaki bekar kadınların evli kadınlara göre daha fazla PMS yaşadığını bulmuşlar (108).

Bizim çalışmamızda medeni durum ile diğer premenstrual semptomlar arasında anlamlı ilişki rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Özellikle ataerkil toplumlarda, bölgeler arası farklılıklar olsada, belli bir yaştan sonra bekar olmak hoş karşılanmaz. Toplumun bu yöndeki baskısını bekar kadınlar bir stresör olarak algılayıp, premenstrual semptomları evli kadınlara göre daha fazla yaşamış olabilirler.

Çalışmamızdaki kadınların eğitim düzeylerini incelediğimizde %41.3'ünün lisans, %24.7'sinin yüksek lisans, %8'inin ise doktora yaptığını yani grubun çoğunluğunun üniversite mezunu olduğunu görmekteyiz (Çizelge 1). Eğitim durumunun semptomlar ile ilişkisi incelendiğinde, eğitim durumu ile ağrı grubu semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.032$). İlk öğretim mezunlarının %100'ü, lise-lisans-yüksek lisans mezunlarının %50-%60'ı, doktora mezunlarının ise %38.5'i premenstrual dönemde ağrı semptomlarını yaşamaktadır (Çizelge 8).

Çalışmamızda kadınların eğitim düzeyleri arttıkça semptomları daha az deneyimledikleri görülmektedir. Bu sonuç kadınların eğitim düzeyi arttıkça, semptomlarla baş etme becerilerinin artmasıyla açıklanabilir.

Woods ve arkadaşları (1982), bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak iyi eğitim görmüş ve iyi geliri olan kadınların premenstrual dönemde, baş ağrısı ve dismenore semptomlarını eğitim düzeyi düşük olan kadınlara göre daha az şiddette yaşadıklarını saptamıştır (106). Cohen ve arkadaşları (2002) ise eğitim düzeyi düşük olan insanların daha fazla PMS yaşadıklarını bulmuşlardır (25).

Ancak Silva ve arkadaşları (2006), bizim çalışmamızın aksine sosyoekonomik ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınların premenstrual semptomları daha şiddetli yaşadıklarını belirlemiştir (28).

Kadınların eşlerinin eğitim durumlarını incelediğimizde çoğunluğunun üniversite ve üzeri programlardan mezun (%68) olduğunu görmekteyiz (Çizelge 1). Eşlerin eğitim durumu ile semptomlar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bektaş'ın (1993) yaptığı çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur (8). Bu doğrultuda eşlerin eğitim durumunun semptomlar üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların sadece %9.3'ü yalnız yaşamaktadır (Çizelge 1). Yalnız yaşama durumu ile premenstrual semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç çalışma grubumuzda yalnız yaşayan bireylerin sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca yalnız yaşamayı tercih eden bu durumu bir stresör olarak algılamıyor olabilirler. Literatürde yalnız yaşamının premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda kadınların şimdiki görevlerini incelediğimizde %51.9'unun akademik personel, %48.1'inin ise idari personel olduğunu görebiliriz (Çizelge 2). Kadınların görev durumu ile premenstrual semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu değişken yaş, eğitim düzey, sosyo-ekonomik düzey, hayat stresörlerini yaşama durumu, görevinden memnun olma ve stresle baş etme gibi diğer değişkenlerden etkilenmiş olabilir. Çalışma bulgularımızın aksine Marvan ve arkadaşlarının (1998) yapmış oldukları çalışmada, profesyonel çalışmalarda bulunan kadınların premenstrual semptomları daha şiddetli yaşandıkları belirlenmiştir (115). Bu nedenle akademik personel olarak çalışmanın premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini belirleyebilmek için farklı birçok meslek grubuyla benzer çalışmanın yapılması gerektiği söylenebilir.

Kadınların çalışma yıllarını incelediğimizde çoğunluğunun 1-10 yıl arasında çalıştığını görebiliriz (Çizelge 2). Çalışma yılı ile premenstrual semptomlar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu değişken yaş, medeni durum, parite, hayat stresörleri, görevinden memnun olma, stresle baş etme ve sosyo-ekonomik düzey gibi diğer değişkenlerden etkilenmiş olabilir. Literatürde çalışma yılı ve premenstrual belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Kadınların görevlerinden memnun olma durumlarını incelediğimizde %84'ünün görevinden memnun olduğunu görmekteyiz (Çizelge 2). Görevinden memnun olma durumu ile premenstrual davranış değişikliği semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.039$) (Çizelge 18). Görevinden memnun olanların %55.1'i davranış

değişikliği semptomunu yaşarken memnun olmayanların %76.9'u yaşamaktadır. Görevinden memnun olmayanlar olanlara göre davranış değişikliği semptomunu 2.7 kat daha fazla yaşamıştır ($p=0.045$) (Çizelge 19).

Literatürde, elde ettiğimiz bulgulara paralelik gösteren çalışmalar vardır. Ramcharan ve arkadaşlarının (1992) yapmış olduğu çalışmada, sürekli işi olan ve işinden memnun olan kadınların daha az premenstrual belirtileri yaşadıkları belirlenmiştir (112). Coughlin (1990), görevini kendi seçmeyen kadınların daha fazla premenstrual semptom yaşadıklarını bulmuştur (93). İşini sevmeyen, görevinden memnun olmayan, sadece ekonomik gelir ve sosyal güvencesini düşünerek çalışmak zorunda olan bir bireyde isteksizlik ve anksiyete düzeyi yüksek olabilir. Bu kadınların hassas oldukları premenstrual dönemde; eğitim ve iş gücünde azalma, evden dışarı çıkmak istememe, sosyal etkinliklerden kaçınma ve diğer günlere göre iş verimliliğinde azalma semptomlarını görevinden memnun olan, işini severek yapan kadınlara göre daha fazla yaşadıkları söylenebilir.

Kadınların 24 saat içinde işe ayırdıkları zaman incelendiğinde çoğunluğunun (%51.2) günde 8 saat çalıştığını görmekteyiz (Çizelge 2). 24 saat içinde işe ayrılan zaman ile premenstrual dönemde iştah artması semptomu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.034$) 24 saat içerisinde 9-10 saat çalışan kadınların %77.3'ü, 8 saat çalışan kadınların ise %51.8'i, 12 saat üzerinde çalışan kadınların ise %44.4'ü iştah artması semptomunu yaşamaktadır (Çizelge 24). Logistik regresyon analizini incelediğimizde ise, 9-10 saat çalışanların 8 saat çalışanlara göre 3.1 kat daha fazla premenstrual dönemde iştah artması semptomunu yaşadığını görmekteyiz ($p=0.006$) (Çizelge 25).

İştah artması semptomu, strese karşı geliştirilen savunma mekanizmasından, yeme davranışı bozukluklarından, beslenme alışkanlıklarından etkilenmiş olabilir.

Literatürde işe ayrılan zamanın semptomlar üzerindeki etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda kadınlara işteki kişilik yapıları sorulduğunda çoğunluğunun (%67.3) sakin ve uyumlu olduğu görülmektedir (Çizelge 2). İşteki kişilik durumu ile semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu değişkenin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi; genel kişilik yapısı, kendisi ve

çevresi üzerinde kontrol kurabilme yeteneği ve stresle başetme yeteneğinden etkilenmiş olabilir.

Yapılan çalışmalarda çalışma bulgularımızın aksine işteki kişilik durumunun premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. İşinde stresli olan kadınların premenstrual semptomları daha fazla yaşadıkları ayrıca semptomları yaşayan kadınların iş yerindeki anksiyetelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (116). Güneş ve arkadaşlarının (2000) yapmış olduğu çalışmada genellikle sakin yapıda olduğunu söyleyenlerde PMS sıklığı %19.2 iken, genellikle sinirli, heyecanlı ve gergin olduğunu söyleyenlerde %34.1 olarak saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (32).

Menarş, kadının hayatında üreme sistemlerinin devreye girdiği önemli bir dönüm noktasıdır. Kadının bütün hayatı boyunca üremeye karşı bakış açısı bu dönüm noktasında şekillenmektedir. Bu nedenle menstruasyonun beklenen zamanda başlaması, menarş öncesi bilgilendirme, kişinin hazır oluşu ve ilk yaşadığı deneyimlerin sağlıklı olması, ilerleyen dönemlerde menstruasyona karşı olumsuzlukların yaşanmasını en aza indirebilir.

Çalışmamızda kadınların menarş yaşlarını incelediğimizde çoğunluğunun (%87.6) menarş yaşının 10-15 yaş arasında olduğunu görmekteyiz (Çizelge 3). Menarş yaşı ile semptomlar arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise, negatif duygulanım semptomları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu görmekteyiz. Menarş yaşı 10-15 yaş arasında olan kadınların %93.8'i negatif duygulanım semptomlarını yaşamaktadır ($p=0.037$) (Çizelge 14). Fakat ileri analiz yapıldığında aralarında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürde de benzer olarak menarş yaşı 10-15 yaş grubu arasında olanların premenstrual semptomları en az yaşadıklarını gösteren çalışmalar yer almaktadır (25,32).

Çalışma grubumuzda yer alan kadınların %63.6'sı menarş öncesinde bilgi almış olup, bunların %52.4'ü anne-babasından bilgi almıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda menarş öncesi bilgi alma durumu ile semptomlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Literatürde bizim bulgularımızın aksine menstruasyona hazır oluşla menstrual deneyimler arasında anlamlı bir ilişki olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca puberte ve çocukluk döneminde kadınların annelerinin menstruasyon davranışları ve

menstruasyonu algılayışları PMS'un ortaya çıkmasını etkileyen bir faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir (107).

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.

Çalışmamızda 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 grubumuzdaki kadınların büyük çoğunluğu (%70.4) menstruasyonu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak görmektedir (Çizelge 3). Menstruasyona karşı tutumun otonomik reaksiyon semptomları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Premenstrual dönemde otonomik reaksiyon semptomlarını yaşayan kadınların %66.7'si menstruasyonu "yaşamı olumsuz etkileyen bir süreç" olarak tanımlamıştır ($p=0.033$) (Çizelge 12). İleri analiz yapıldığında menstruasyonu "doğal ve fizyolojik bir süreç" olarak kabul eden kadınların, "rahatsızlık verici ama yaşamını etkilemeyen bir süreç" olarak düşünen kadınlara göre otonomik reaksiyon semptomlarını 2.6 kat daha fazla yaşamakta olduğu saptanmıştır ($p= 0.015$) (Çizelge 13).

Literatürde menstruasyona karşı tutumun premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Güneş ve arkadaşlarının (2002) 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 (32). Güneş ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları bir diğer çalışmada da sonuçlar benzerlik göstermektedir. Adete karşı olumsuz düşünceleri olan kadınların olumlu düşünceleri olan kadınlara göre premenstrual semptomları 1.94 kat daha fazla yaşamışlardır ($p<0.05$) (30). Master ve arkadaşları (1997), çalışan kadınların %44'ünün, ev hanımlarının %64'ünün menstruasyon zamanında korku ve endişe duyduklarını ve iki grubunda menstruasyonunu sakladıklarını saptamışlardır (81).

Literatürün farklı bulduğumuz bu sonuç, menstruasyonu “rahatsızlık verici ama yaşamını etkilemeyen bir süreç” olarak düşünen kadınların semptomlarla baş etme becerilerini diğerlerine göre daha fazla geliştirmiş olabilmeleri ile açıklanabilir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların menstruasyon düzenlerini incelediğimizde, %95.1’inin siklusunun düzenli olduğunu görmekteyiz (Çizelge 3). Çalışmamızda menstrual siklus düzeninin premenstrual semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuç örneklem grubumuzdaki kadınların çoğunluğunun menstrual sikluslarının düzenli olması nedeniyle, bu değişkenin semptomlar üzerindeki etkisinin tam olarak ölçülememesiyle açıklanabilir.

Literatürde çalışma bulgularımızın aksine menstrual siklus düzeni ile premenstrual semptomların yoğunluğu arasında anlamlı ilişki olduğunu vurgulayan çalışmalar vardır (32,104). Ayrıca çalışma bulgularımıza benzer olarak, Karavuş ve arkadaşların (1994) yaptığı çalışmada ve Canbaz ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada premenstrual semptomlar ile adet siklusunun düzeni arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (29,31).

Perimenstrual süreçte dismenoresi olan kadınların daha fazla premenstrual semptom bildirdikleri bilinmektedir (29,31). Çalışma grubumuzdaki kadınların dismenore yaşama durumlarını incelediğimizde, çoğunluğunun (%57.4) dismenoreyi deneyimlediklerini görebiliriz (Çizelge 3). Dismenorenin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini incelediğimizde ise, ağrı semptomları ile aralarında anlamlı ilişki olduğunu görebiliriz ($p=0.008$) (Çizelge 8). Dismenoresi olan kadınlar olmayan kadınlara göre ağrı semptomlarını 2.3 kat daha fazla bildirmişlerdir ($p=0.008$) (Çizelge 10).

Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak, Güneş ve arkadaşlarının (1997) yaptığı çalışmada dismenoresi olan kadınların olmayanlara göre premenstrual semptomları 1.67 kat daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (30). Busch ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada ise davranış değişikliği semptomlarının en çok dismenoreden etkilendiği belirlenmiştir. Dismenoresi olan kadınların %50.9’unun dismenore nedeniyle zaman zaman işe gitmediği, %7.9’unun ise her menstruasyonda işe gitmediği saptanmıştır (111).

Premenstrual semptomların genetik geçiş gösterebileceği ya da aile içinde anneyi ya da kız kardeşi taklit etme suretiyle kazanılmış bir davranış olabileceği öne sürülmektedir (24,117).

Çalışmamızdaki kadınların %59.9'unun yakın çevresinde perimenstrual şikayetleri yaşayanların bulunduğunu görmekteyiz. Yakın çevresinde perimenstrual şikayet öyküsü olan kadınların en çok kız kardeşlerinin (%55.6) perimenstrual dönemde sıkıntı yaşamakta olduğunu görmekteyiz (Çizelge 3).

Yakın çevresinde perimenstrual semptom öyküsü olma durumu ile konsantrasyon bozukluğu semptomları (Çizelge 16) arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0.035$). Yapılan ileri analiz sonucunda, yakın çevresinde perimenstrual semptom öyküsü olan kadınlar olmayanlara göre 1.9 kat daha fazla konsantrasyon bozukluğu semptomlarını yaşadıkları bulunmuştur ($p=0.048$) (Çizelge 17).

Yakın çevresinde perimenstrual semptom öyküsü olma durumu ile iştah artması semptomu (Çizelge 24) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.005$). Yapılan ileri analiz sonucunda, yakın çevresinde perimenstrual semptom öyküsü olan kadınlar olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla iştah artması semptomunu yaşamışlardır ($p=0.006$) (Çizelge 25).

Kız kardeşinde perimenstrual semptom öyküsü olma durumu ile negatif duygulanım (Çizelge 14) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.046$). Yapılan ileri analiz sonucunda, kız kardeşinde perimenstrual semptom öyküsü olan kadınlar olmayanlara göre 1.9 kat daha fazla negatif duygulanım semptomlarını yaşamışlardır ($p=0.047$) (Çizelge 15).

Kız kardeşinde perimenstrual semptom öyküsü olma durumu ile iştah artması semptomu (Çizelge 24) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.018$). Yapılan ileri analiz sonucunda, kız kardeşinde perimenstrual semptom öyküsü olan kadınlar olmayanlara göre 2.3 kat daha fazla iştah artması semptomunu yaşamışlardır ($p=0.019$), (Çizelge25).

Çalışmamızda semptomlar üzerinde annenin perimenstrual öyküsünün etkili olmaması, premenstrual semptomların genetik geçişten daha çok öğrenilmiş bir davranış olabileceğini düşündürebilir.

Literatürde çalışma sonuçlarımızla benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Karavuş ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ailesinde PMS öyküsü olanların %22'sinde PMS gözlenirken, olmayanlarda bu oranın %12.4'e düştüğü görülmüştür (29). Canbaz ve arkadaşları (1999) ailesinde PMS olanların %68.4'ünde, PMS olmayanların ise %50'sinde PMS rastlandığını, aralarında istatistiksel olarak anlamlı

ilişki olduğunu saptamışlardır (31). Akyılmaz ve arkadaşları (2003) ise ailesinde PMS olanların %69'unda PMS saptamışlardır ve ailesinde PMS olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulmuşlardır (34). Güneş ve arkadaşları (2000), annede ya da kızkardeşte benzer şikayetlerin bulunması ile PMS görülmesi arasında anlamlı fark olduğunu saptamışlardır (39).

Premenstrual semptomlar üzerinde kadının doğurganlık öyküsünün önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda toplam gebelik sayısı ile düşük ve/veya küretaj yaşanma durumunun semptomlar üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İlk gebelik yaşı, toplam yaşayan çocuk sayısı ve kontrasepsiyon kullanma durumu ile premenstrual semptomlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların ilk gebelik yaşları incelendiğinde çoğunluğunun (%82.8) 20-30 yaş grubunda olduğunu görmekteyiz (Çizelge 4). İlk gebelik yaşının semptomlar üzerindeki etkisini incelediğinde anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durum, kadınların büyük çoğunluğunun olması gereken yaşlarda ilk gebeliklerini yaşamış olmalarından kaynaklanabilir.

Yapılan çalışmalarda çocuğu olmayan kadınların çocuğu olan kadınlara göre daha fazla premenstrual semptomları yaşadığı ve çocuksuz kadınların yaşları arttıkça premenstrual semptomlarının arttığı bulunmuştur (104,105,106). Çalışmamızda en az 1 kez gebelik yaşayan kadınlarda premenstrual semptomların ne kadar yaşandığını incelenmiştir. Toplam gebelik sayısının premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi incelendiğinde, toplam gebelik sayısı ile negatif duygulanım (Çizelge 14), konsantrasyon bozukluğu (Çizelge 16), canlanma semptomları (Çizelge 20) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.034$, $p=0.012$, $p=0.002$).

Yapılan lojistik regresyon analiz sonucunda en az 2 gebeliği olanlar 3 ve daha gebeliği olanlara göre negatif duygulanım semptomlarını 4.8 kat, konsantrasyon bozukluğu semptomlarını 6.2 kat, canlanma semptomlarını 14.4 kat daha fazla yaşamakta oldukları bulunmuştur ($p=0.049$, $p=0.023$, $p=0.012$).

Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımıza benzer olarak, 3. gebeliğe kadar premenstrual semptom prevalansının arttığını, 4. gebelik ve sonrasında prevalansın giderek azaldığını gösteren bir çok çalışmaya rastlanmaktadır (104,108).

Bu sonuçlar premenstrual semptomlardan çok etkilenen kadınları çocuk yapmaya teşvik edebilir. Çocuk sayısının kadın üzerinde biyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Modern aile planlaması yönteminin kullanımı ile ailelerin istedikleri kadar çocuğa sahip olmaları sağlanmıştır. Aileler istedikleri kadar çocuğa sahip olduklarında daha mutlu olmakta ve istedikleri etkinlikte ebeveynlik yapabilmektedirler. Çocuk sayısı arttıkça postpartum hastalık riski artabilir. Ayrıca annelik stresinin artmasıyla evliliklerde sorunlar çıkabilir. Postpartum devrede yaşanan psikolojik sıkıntılar kadının ve çocuğunun hayatını olumsuz etkileyebilir. Bu gibi stresler premenstrual semptomların ortaya çıkmasına ya da gelişmesine sebep olabilir. Bu nedenle premenstrual semptomları azaltmak için daha fazla çocuk yapmaya meyilli olan kadınlara postpartum hastalıklar, hamileliğin biyolojik etkileri, annelik rolünde zorlanma gibi sıkıntılar konusunda eğitim verilebilir.

Çalışmamızdaki kadınların %50.6'sının yaşayan bir çocuğu varken, %43.8'nin yaşayan iki çocuğu vardır. Yaşayan çocukların premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bunun nedeni; örneklem grubundaki kadınların çalışan kadınlar olması nedeniyle sınırlı sayıda çocuğa sahip olmaları, büyük çoğunluğunun yaşayan çocuk sayısının bir yada iki olması nedeniyle bu değişkenin semptomlar üzerindeki etkisi istatistiksel olarak değerlendirilememesiyle açıklanabilir.

Lee ve Rittenhouse (1991) yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ile dismenore, kilo artışı, genel şişkinlik, yiyecekleri daha fazla arzulama semptomları arasında negatif korelasyon bulurken, memelerde ağrı semptomu arasında pozitif korelasyon bulmuştur (114).

Kontrasepsiyon, ailelerin istedikleri zamanda istedikleri sayıda çocuk yapmalarını (118). TNSA-2003 verilerine göre; kadınların 99.7'si kontrasepsiyon yöntemlerinden herhangi birini bilmekte, bunlardan %99.5'i ise modern yöntemleri bilmektedir. Kontrasepsiyon kullanma durumlarını inceleyecek olursak, %89.6'sı herhangi bir yöntemi kullanmakta, %73'ü ise modern yöntem kullanmaktadır (119).

Çalışma grubumuzda kadınların yalnızca %58'i hormonal olmayan herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Kullanılan yöntemlerin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Literatürde de benzer sonuçlar yer almaktadır.

Çalışmamızda kadınların %22.2'sinin düşük ve/veya küretajı en az bir kere yaşadıklarını görmekteyiz. Düşük ve/veya küretaj olma durumunun semptomlar üzerindeki etkisi incelendiğinde, konsantrasyon bozukluğu semptomları ile aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.050$), (Çizelge 16). Yapılan ileri analizde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Literatürde çalışma sonuçlarımızın aksini gösteren sonuçlara rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda düşük/küretejin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi ile toplam gebelik sayısının premenstrual semptomlar üzerindeki etkisi arasında benzer korelasyon gözlenmektedir. Danacı ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada düşük sayısı arttıkça premenstrual döneme ait semptomların azaldığını saptamışlardır (120).

Çalışma grubumuzdaki kadınlardan düzenli egzersiz yapanların oranı %13.6'dır (Çizelge 5). Egzersizin premenstrual belirtiler üzerindeki etkisi incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu durum kadınların etkili egzersiz yapmamasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde egzersiz-PMS ilişkisini açıklayan farklı görüşler vardır. Prior ve arkadaşlarının (1987) yapmış olduğu çalışmada düzenli egzersizin premenstrual dönemde meme şikayetleri, su toplama, depresyon ve anksiyete şikayetlerini azalttığı saptanmıştır (97). Lustyk ve arkadaşları (2004) ise yaptıkları çalışma sonucunda egzersizin yaşam kalitesi ve stres üzerinde direkt etkisi olduğunu PMS üzerinde direkt etkisi olmadığını bulmuşlar fakat PMS'lu kadınlarda stresi azaltmak için egzersizin önerilebileceğini söylemişler (98). Egzersizin bağışıklık sistemini güçlendirdiği, kilo kontrolünü sağladığı, kan basıncını düzenlediği, kan kolesterol düzeyini normal seviyelerde tuttuğu, stresi azalttığı ve sağlıklı yaşam süresini uzattığı bilinir (48).

Yapılan çalışmalar sonucunda PMS'da bazı diyetetik faktörlerin önemli olduğu, fazla karbonhidrat tüketenlerde, aşırı yeme davranışı olanlarda, çok kafein alanlarda semptomların daha fazla görüldüğü saptanmıştır (30,112,121).

Çalışma grubumuzdaki kadınların %56.2'si her gün düzenli olarak 3 ana öğün alıp bol miktarda sebze, meyve, protein ağırlıklı yiyecekler yemeye özen gösterdiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 5). Literatürün aksine çalışmamızda beslenmenin semptomlar üzerindeki etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır

($p>0.05$). Bu değişken günlük tüketilen çay/kahve miktarı, beden kitle indeksi, egzersiz, sigara/ alkol kullanımı, stresle baş etme değişkenlerinden etkilenmiş olabilir.

Çalışma grubumuzdaki kadınların %69'unun beden kitle indeksi normal değerler arasındadır (izelge 5). Beden kitle indeksinin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini incelediğimizde aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Masho ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak, obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre PMS için 2.8 kat daha fazla risk sahibi oldukları bulmuşlardır (91).

Çalışmamızda kadınların %69.1'inin günde 3 ve/veya daha fazla çay/kahve tükettiklerini görmekteyiz (izelge 5).

Günlük tüketilen çay miktarı ile premenstrual ağrı semptomları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.048$), (izelge 8). Günde 3 fincan ve daha fazla çay/kahve tüketenler 1-2 fincan tüketenlere göre ağrı semptomlarını 1.9 kat daha fazla yaşamışlardır ($p=0.049$), (izelge 9).

Günlük tüketilen çay miktarı ile premenstrual otonomik reaksiyonlar semptomları arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.004$), (izelge 12). Günde 3 fincan ve daha fazla çay/kahve tüketenler 1-2 fincan tüketenlere göre otonomik reaksiyon semptomlarını 2.7 kat daha fazla yaşamışlardır ($p=0.004$), (izelge 13).

Ayrıca günlük tüketilen çay miktarı ile premenstrual kontrol semptomları arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.001$), (izelge 22). Günde 3 fincan ve daha fazla çay/kahve tüketenler 1-2 fincan tüketenlere göre kontrol semptomlarını 3.3 kat daha fazla yaşamışlardır ($p=0.001$), (izelge 23).

Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Çalışma bulgularında farkı yaratan grubun günde 3 veya daha fazla kez çay/kahve içenler olduğu bulunmuştur (32,30).

Premenstrual semptomları arttıran bir diğer faktörün sigara olduğu bilinmektedir. Çalışma grubumuzdaki kadınların %27.8'i sigara kullanmaktadır (izelge 5). Sigara kullanımının davranış değişikliği semptomlarıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.046$), (izelge 18).

Yapılan ileri analiz sonucunda, sigara kullananların kullanmayanlara göre davranış değişikliği semptomlarını 2.1 kat daha fazla yaşamakta oldukları bulunmuştur ($p=0.048$), (izelge 19).

Benzer olarak, Erci ve arkadaşları (1999), sigara kullanımı ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlar (100). Cohen ve arkadaşları (2002), günde 4'ten fazla sigara içenlerde premenstrual semptomlara daha sık rastladıklarını ifade etmişler (25). Wittchen ve arkadaşları (2002) ise PMS'lu hastalarda nikotin bağımlılığının yüksek olduğunu bulmuşlar (101).

Alkol de premenstrual semptomları arttıran risk faktörleri arasındadır. Çalışma grubumuzdaki kadınların %16.7'si ara-sıra alkol tüketmektedir (Çizelge 5). Alkol kullanımının premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç grubumuzda alkol tüketim sıklığının çok fazla olmamasından etkilenmiş olabilir.

Nyberg ve arkadaşları (2004), alkolü fazla tüketen kadınların PMS'a yatkın olduğunu saptamışlar. Ayrıca alkol tüketen PMS'lu kadınların geç luteal fazda görme bozuklukluğa semptomlarını daha fazla yaşadıklarını belirtmişler (102).

Çalışmamızda kadınların %79'u son 6 ay içerisinde en az bir hayat stresörünü yaşamıştır (Çizelge 5).

Hayat stresörleri ile otonomik reaksiyon semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.003$, Çizelge 12). Yapılan ileri analizi sonucunda hayat stresörlerini yaşayan kadınlar yaşamayan kadınlara göre otonomik reaksiyon semptomlarını 3.2 kat daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p=0.004$), (Çizelge 13).

Hayat stresörleri ile canlanma semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.007$), (Çizelge 20). Yapılan ileri analiz sonucunda hayat stresörlerini yaşayan kadınlar yaşamayan kadınlara göre canlanma semptomlarını 2.8 kat daha fazla yaşadıkları belirlenmiştir ($p=0.009$), (Çizelge 21).

Stresli olaylar fizyolojik süreçleri etkileyerek kadının menstrual yaşantısını değiştirir ve menstruasyon öncesi belirtilere karşı duyarlı hale getirir. Stresli yaşam olayları premenstrual semptomlardaki yoğunluğu tayin eder. Kadını hayat stresörlerine karşı savunmasız yapan kişisel faktörler premenstrual belirtileri bildirmediye yatkınlık sağlar (24,93).

Literatürde çalışma bulgularımızla paralellik gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. Perkonig ve arkadaşları (2004) yaşanan travmatik olayların premenstrual semptomları 4.2 kat daha fazla deneyimlenmesine sebep olduklarını bulmuşlardır (92). Coughlin'in

(1990) yapmış olduğu çalışmada PMS'lu kadınların Stresli Yaşam Olayları skalasını çok yüksek bulmuştur. Kendi kararlarını kendisi veren kadınların daha az stres ve premenstrual semptom yaşadıklarını saptamıştır (93).

Woods ve arkadaşları (1985) yaptıkları çalışmada, günlük yaşanan stresörlerin, bazı dönemlerde yaşanan major yaşam olaylarından ve menstrual siklusa yaşanan stresten daha çok premenstrual semptomlar üzerinde etkili olduğunu saptamışlar. Günlük stresörlerin su retansiyonu dışında bütün semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (122).

Ramcharan ve arkadaşları (1992), MDQ ile PMS prevelansını belirledikleri çalışmalarında stresli yaşam olaylarının PMS üzerindeki etkisine bakmışlar. Geçen yıl stresli yaşam olayları geçiren kadınların geçirmeyen kadınlara oranla MDQ sonuçları yüksek çıkmıştır. Olaylar üzerinden geçen zaman önemlidir. Stresli yaşam olaylarını geçen ay yaşayanların MDQ sonuçları 7-12 ay önce yaşayanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca stresli yaşam olaylarındaki artışın negatif duygulanım skorunu arttırdığı bulunmuştur (112).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar şöyledir:

Çalışma kapsamına alınan kadınların yarısından fazlası (%50.0-%59.3) premenstrual alt grup semptomlarını yaşamaktadır.

Premenstrual alt grup semptomları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde;

- Eğitim durumunun, dismenore öyküsünün ve günlük tüketilen çay/kahve miktarının ağrı alt grubu semptomları üzerinde,
- Yaşın su retansiyonu grubu semptomları üzerinde,
- Menstruasyona karşı tutumun, günlük tüketilen çay kahve miktarının, son altı ay içinde herhangi bir stres yaşama durumunun otonomik reaksiyon alt grubu semptomları üzerinde,
- Menarş yaşının, toplam gebelik sayısının, kız kardeşte perimenstrual semptomların varlığının negatif duygulanım alt grubu semptomları üzerinde,
- Medeni durumun, yakın çevredeki bireylerde perimenstrual semptomların varlığının, toplam gebelik sayısının, düşük/küretaj sayısının konsantrasyon bozukluğu alt grubu semptomları üzerinde,
- Görevinden memnun olma, kontrasepsif yöntem kullanma ve sigara kullanma durumunun davranış değişikliği alt grubu semptomları üzerinde,
- Yaş, toplam gebelik sayısı ve son altı ay içinde anket formunda belirtilen hayat stresörlerini yaşama durumunun canlanma alt grubu semptomları üzerinde,
- Günlük tüketilen çay/kahve miktarının kontrol alt grubu semptomları üzerinde,
- 24 saat içinde işe ayrılan zamanın, yakın çevredeki bireylerde ve/veya kız kardeşte perimenstrual semptomların varlığının iştah artması semptomu üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda semptomlarla mücadele etmede ebe ve hemşireler aşağıdaki önerileri değerlendirebilirler:

Araştırmamızda yaşın premenstrual su retansiyonu ve canlanma alt grup semptomları üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler kadınlara premenstrual semptomların çoğunlukla orta yaş döneminde ortaya çıkabileceği, bu

dönemde semptomları etkileyen diğer faktörlerle baş edildiğinde semptomların daha hafif atlatılabileceği konusunda bilgi verebilirler.

Günde 8 saatten fazlasını işine ayıran kadınların premenstrual dönemde iştah artması semptomunu, görevinden memnun olmayan kadınların ise davranış değişikliği semptomlarını deneyimledikleri belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler, yönetim dalı ile ilgilenen birimlerle iş birliği yapıp, kadınlara zaman yönetimi ve iş motivasyonunun artırılmasına yönelik eğitim seminerleri düzenleyebilirler.

Dismenoresi olan kadınların ağrı alt grubu semptomları deneyimledikleri belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler dismenoresi olan kadınlara sıcak uygulama, uygun beslenme, egzersiz, uyku, dikkati başka yöne çekme ve masaj teknikleri konularında uygulamalı eğitim seminerleri düzenleyebilirler.

Yakın çevresinde ve özellikle kız kardeşinde perimenstrual semptomların yaşaması durumu kadının premenstrual konsantrasyon bozukluğu, negatif duygulanım ve iştah artması alt grup semptomları üzerinde etkili olmuştur. Ebe ve hemşireler kadınlarla birlikte yakın çevrelerinde perimenstrual semptom yaşayan kadınlara menstruasyonun fizyolojisini, premenstrual semptomların nedenlerini, semptomları arttıran faktörleri ve semptomlarla baş etmeyi içeren toplu eğitim seminerleri düzenleyebilirler.

Toplam gebelik sayısının premenstrual negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, canlanma alt grup semptomları üzerinde, toplam düşük/küretaj sayısının konsantrasyon bozukluğu alt grup semptomları üzerinde, kontraseptif yöntem kullanma durumunun davranış değişikliği semptomları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler kadınlara çok çocuğa sahip olmanın semptomlar üzerindeki negatif etkileri konusunda bilgilendirip, bireylerin uygun aile planlaması yöntemlerini seçebilmeleri için danışmanlık yapabilir ve hizmetten yararlanabilmeleri için ilgili kuruluşlara yönlendirebilirler.

Çay/kahve tüketiminin premenstrual ağrı, otonomik reaksiyon ve kontrol alt grup semptomları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ebe ve hemşireler kadınlara çay/kahve tüketiminin semptomlar üzerindeki rolünü anlatarak, çay/kahve yerine su, taze meyve suları veya bitki çayları tüketmelerini önerebilirler.

Sigara kullanmanın premenstrual davranış değişikliği semptomları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler kadınlara sigaranın olumsuz etkilerini ve

sigarayla baş etme tekniklerini içeren eğitim seminerleri düzenleyebilir ya da kadınları sigara ile mücadelede profesyonel çalışan kuruluşlara yönlendirebilirler.

Son altı ay içinde herhangi bir stres yaşama durumunun premenstrual otonomik reaksiyon ve canlanma alt grup semptomları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Ebe ve hemşireler kadınlara stresle baş etme yöntemleri konusunda eğitim semineleri düzenleyebilirler.

Araştırmacılara;

1. Bu çalışmanın farklı meslek gruplarında çalışan kadınlarla yapılması,
2. Çalışan ve çalışmayan kadınları dahil ederek karşılaştırmalı olarak premenstrual semptomların görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi,
3. Premenstrual semptomları tanılamaya yönelik var olan bütün ölçüm araçları kullanılıp sonuçlarının karşılaştırılması ve yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Yücel B.** Premenstrual Sendromda Anksiyete, Depresyon, Benlik Saygısı ve Hormon Ölçümlerinin Karşılaştırılmalı Değerlendirmesi.Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, **1993**.
2. *Türkiye TBMM Kadın Statüsü Araştırma Komisyonu Raporu.* Kadın Sağlığı. Ankara: Takav Matbaacılık, **1998**.
3. *Dünya Sağlık Raporu.* 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. Dünya Sağlık Örgütü. Cenevre, **1998**.
4. **Özcebe H , Aslan D.** Aşırı Doğurganlık, Kadın ve Çocuk Sağlığı. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Kozan Ofset, **2001**.
5. **Hawkins J, Roberto DM, Stonky JL.** Protocols For Nurse Practitioners in Gynecologic Setting. Newyork: The Tiresias Press, **1997**.
6. **Kirkpatrick MK, Brewer JA, Stocks B.** Efficacy of Selfcare Measures for Perimenstrual Syndrome. *J Adv Nurs*, **1990**;15(3):281-285.
7. **Bonnie B, Borenstein JE.** Aprospective Assessment Investigating the Relationship Between Work Productivity and İmpairment with Premenstrual Syndrome. *JOEM*, **2004**;46(7):649-655.
8. **Bektaş M.** Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Disforik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklerle Olan İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Anabilim Dalı, Trabzon, **1995**.
9. **Kişnişçi H ve ark.** Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi, **1996**.
10. **Ünver M.** Kadın Hastalıkları. Ankara: Palme Yayınevi, **1996**.
11. **Yıldırım M.** Klinik Jinekoloji. 3.Baskı, Ankara: Çağdaş Yayınevi, **2002**.
12. **Atasü T, Şahmay S.** Jinekoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2000**.
13. **Kızılkaya N.** Perimenstrual Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği.Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **1994**.
14. **Çolakoğlu M, Çiçek N.** Jinekoloji El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2001**.
15. **Quilligan Z.** Obstetrik ve Jinekoloji Çağdaş Tedavi. Çeviren: Güner H. Ankara: Atlas Kitapçılık., **1995**.
16. **Dilbaz N.** Premenstrual Sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **1992**; 3(1):42-47.
17. **Aslan E, Dökmeci F.** Premenstrual Sendrom ve Tedavisinde Son Görüşler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. **1999**; 52(4):237-241.
18. **Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, Endicott J, Kornstein SG, Roberts C, Roberts DL, Yonkers K.** Expert Guidelines for the Treatment of Severe PMS, PMDD, AND Comorbidities:The Role of SSRIs. *Journal of Womens Health*, **2006**; 15(1):57-69.
19. **Berek J, Adashi Hillard D.** Novak Jinekoloji. Çeviren: Erk A. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **1998**.

20. Scott JR, Disaan PJ, Hammand CB, Spellacy WN. **Danforth Obstetrik and Jinekoloji.** Çeviren: Erez S, Erez R. 7.Baskı, İstanbul: Yücel Yayın A.Ş. , 1994.
21. **Nowak ER, Howard W, Jones JR.** Novak's Text Book of Gynecology. USA: The William &Wilkins Company, **1970**.
22. **Ainscough CE.** Premenstrual Emotional Changes a Prospective Study of Symptomatology in Normal Women. *J Psychosomatic Research*, **1990**; 34(1):35-45.
23. **Brooks J.** Differentiating Premenstrual Symptoms and Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, **1986**; 48(6): 385-387.
24. **Logue CM, Moos RH.** Perimenstrual Symptoms: Prevalance and Risk Factor. *Psychosomatic Medicine*, **1986**; 48(6): 388-414.
25. **Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL.** Prevalance and Predictors of Premenstrual Dysphoric Disorder in Older Premenopausal Women The Harward Study of Moods and Cycles. *J Affective Disorder*, **2002**; 70(2): 125-132.
26. **Rapkin A, Chang LC, Reading AE.** Comparison of Retrospective and Prospective Assessment of Premenstrual Symptoms. *Psychological Reports*, **1988**; 62:55-60.
27. **Hsiao MC, Yih Liu C, Hsieh KC.** Characteristics of women Seeking Treatment for Premenstrual Syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatric Scandinavica*, **2002**; 106(2): 150-155.
28. **Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG.** Population Study of Premenstrual Syndrome. *Rv Saude Publica*, **2006**; 40(1):47-56.
29. **Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M.** Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom. *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*. Didim, 12-16 Eylül **1994**: 353-357.
30. **Güneş G.** Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. *İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, **1997**;4(4):403-406.
31. **Canbaz S, DüNDAR C, Sunter A, Kılınçer A, Pekşen Y.** Ondokuzmayıs Üniversitesi Kız Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevelans. *Klinik Bilimler ve Doktor*, **1999**;5(5):680-684.
32. **Güneş G, Özer F, Pehlivan E, Genç M, Karaoğlu L, Özcan Y.** 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterine Göre Premenstrual Sendrom Prevelansı ve Bazı Risk Faktörleri. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, **2000**; 6(5):660-663.
33. **İnce N.** Adölesan Dönemde Premenstrual Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, **2001**;21(5): 369-373.
34. **Akyılmaz F, Özçelik N, Polat G.** Bayanlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı. *III.Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı*. Ankara, 20-23 Nisan **2003**:200.
35. **Derman O.** Premenstrual Syndrome and Associated Symptoms in Adolescent Girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, **2004**;15116(2):201-6.
36. **Lurie S, Richard B.** The Premenstrual Syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey*, **1990**;45(4): 220-228.
37. **Frank RT.** Hormonal Causes of Premenstrual Tension. *Arch Neurol Psychiatry*, **1931**;26:1053.
38. **Israel SL.** Premenstrual Tension. *JAMA*, **1938**;110:1721.

39. **Lombardi I, Luisi S, Quirici B, Monteleone, P, Bernardi F, Liut M, Casarosa E, Palumbo M, Petraglia F, Genazzani AR.** Adrenal response to Adrenocorticotrophic Hormone Stimulation in Patients with Premenstrual Syndrome. *Gynecol Endocrinol*, **2004**;18(2):79-87.
40. **Blum I, Lerman M, Misrachi I, Nordenberg Y, Grosskopf I, Weizman A, Levy- Schiff R, Sulkes J, Vered Y.** Lack of Plasma Norepinephrine Cyclicity, Increased Estradiol During The Follicular Phase, and of Progesterone and Gonadotrophins at Ovulation in Women With Premenstrual Syndrome. *Neuropsychobiology*, **2004**;50(1):10-15.
41. **Hsiao CC, Liu CY, Hsiao MC.** No Correlation of Depression and Anxiety to Plasma Estrogen and Progesterone Levels in Patient with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, **2004**;58(6):593-599.
42. **Brechin S, Owen P.** Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Hospital Medical*, **2003**;64(6):348-351.
43. **Sundstrom PI, Smith S, Gulinello M.** GABA Receptors, Progesterone and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Arch Women Ment Health*, **2003**;6(1):23-41.
44. **Nyberg S, Andersson A, Zingmark E, Wahlstrom G, Backstrom T, Sundstrom-Poromaa I.** The Effect of a Low Dose of Alcohol on Allopregnanolone Serum Concentrations Across the Menstrual Cycle in Women with Severe Premenstrual Syndrome and Controls. *Psychoendocrinology*, **2005**; 30(9): 892-901.
45. **Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhrai M, O'Brien S.** Efficacy of Progesterone and Progestogens in Management of Premenstrual Syndrome. *J Fam Pract*, **2002**;51(2):109.
46. **Seippel L, Backström T.** Luteal Phase Estradiol Relates to Symptom Severity in Patients with Premenstrual Syndrome. *J Clinical Endocrinology & Metabolism*, **1992**; 83(6).
47. **Hammarback S, Damber JE, Backström T.** Relationship Between Symptom Severity and Hormone Changes in Women with Premenstrual Syndrome. *J Clinical Endocrinology and Metabolism*, **1989**; 68:125-130.
48. **Guyton AC, Hall JE.** Tıbbi Fizyoloji. 9. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., **1996**:573.
49. **Sondheimer SJ.** Hormonal Changes in Premenstrual Syndrome. *J Psychosomatics*, **1985**; 26(10):803-810.
50. **Horrobin DF.** The Role of Essential Fatty Acids and Prostaglandins in the Premenstrual Syndrome. *J Reprod Med*, **1983**; 28(7):465-468.
51. **Girdler SS, Thompson KS, Light KC, Leserman J, Pedersen CA, Prange AJ.** Historical Sexual Abuse and Current Thyroid Axis Profiles in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychosom Med*, **2004**;66(3):403-410.
52. **Trout KK, Teff KL.** Insulin Sensitivity and Premenstrual Syndrome. *Curr Diab Rep*, **2004**;4(4):273-280.
53. **Rapkin AJ.** The Role of Serotonin in Premenstrual Syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, **1992**;35:629-636.
54. **Engin Y, Üstün Y, Gürdal H, Güngör M.** Serotonergic Activity and the Beck Depression Inventory in the Premenstrual Syndrome. *Journal of Reprod Med*, **2005**; 50(5):327-31.
55. **Parry BL.** The Role of Central Serotonergic Dysfunction in The Etiology of Premenstrual Dysphoric Disorder: Therapeutic Implications. *CNS Drugs*, **2001**;15(4):277-285.

56. **Melke J, Westberg L, Landen M, Sundbald C, Eriksson O, Baghei F, Rosmond R, Eriksson E, Ekman A.** Serotonin Transporter Gene Polymorphisms and Platelet Paroxetine Binding in Premenstrual Dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, **2003**;28(3):446-458.
57. **Lin J, Thompson DS.** Treating Premenstrual Dysphoric Disorder Using Serotonin Agents. *J Womens Health Gend Based Med*, **2001**;10(8):745-750.
58. **Eriksson E, Andersch B, Landen M, Sundblad C.** Serotonin Uptake Inhibitors Provide Rapid Relief from Premenstrual Dysphoria. New Findings Shed Light on How Serotonin Modulates Sex Hormone- Related Behavior. *Lakartidningen*, **2001**;98(34):3524-3530.
59. **Wyatt KM, Dimmock PW, Brien PM.** Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, **2002**;4.
60. **Luisi AF, Pawasauskas JE.** Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Pharmacotherapy*, **2003**;23(9):1131-1140.
61. **Koshikawa N, Tatsunuma T, Furuya K, Seki K.** Prostaglandins and Premenstrual Syndrome. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, **1992**;45(1):33-36.
62. **Piccoli A, Modena F, Calo L, Cantaro S, Avogadro A, Nardo G, Cerutti R.** Reduction in Urinary Prostaglandin Excretion in the Premenstrual Syndrome. *J Reprod Med*, **1993**;38(12):941-944.
63. **Chuong CJ, Dawson EB.** Zinc and Copper Levels in Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril*, **1994**;62 (2):313-320.
64. **Rosenstein DL, Elin RJ, Hosseini JM, Grover G, Rubinow DR.** Magnesium Measures Across the Menstrual Cycle in Premenstrual Syndrome. *Biol Psychiatry*, **1994**; 35(8):557-561.
65. **Facchinetti F, Borella P, Sances G, Fioroni L, Nappi RE, Genazzani AR.** Oral Magnesium Successfully Relieves Premenstrual Mood Changes. *Obstet Gynecol*, **1991**; 78(2):177-181.
66. **Walker Af, De Souza MC, Marakis G, Robinson PA, Morris AP, Bolland KM.** Unexpected Benefit of Sorbitol Placebo in Mg Intervention Study of Premenstrual Symptoms: Implications for Choice of Placebo in RCTs. *Med Hypotheses*, **2002**;58(3):213-220.
67. **Khine K, Rosenstein DL, Elin RJ, Niemela JE, Schmidt PJ, Rubinow DR.** Magnesium Retention and Mood Effects After Intravenous Mg Infusion in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Biol Psychiatry*, **2005**; E pub Ahead of Print.
68. **Thsy-Jacobs S.** Micronutrients and the Premenstrual Syndrome: The Case for Calcium. *J Am Coll Nutr*, **2000**;19(2):220-227.
69. **Shamberger RJ.** Calcium, Magnesium and Other Elements in the Red Blood Cells and Hair of Normals and Patients with Premenstrual Syndrome. *Biol Trace Elem Res*, **2003**;94(2):123-129.
70. **Ward MW, Holimon TD.** Calcium Treatment for Premenstrual Syndrome. *Ann Pharmacother*, **1999**;33(12):1356-1358.
71. **Thsy-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J.** Calcium Carbonate and the Premenstrual Syndrome: Effects on Premenstrual and Menstrual Symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am J Obstet Gynecol*, **1998**;179(2):444-452.
72. **Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Monson JE.** Calcium and Vitamin D Intake and Risk of Incident Premenstrual Syndrome. *Arch Intern Med*, **2005**; 165 (11): 1246-52.

73. **Frackiewicz EJ, Shiovitz TM.** Evaluation AND Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J American Pharmaceutical Association*, **2001**;41(3):437-447.
74. **Chuong CJ, Dawson EB, Smith ER.** Vitamin A Levels in Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril*, **1990**;54(4):643-647.
75. **Wyatt KM, Dimmock PW, Janes PM, O'Brien S.** Efficacy of Vitamin B₆ in the Treatment of Premenstrual Syndrome. *British Medical Journal*, **1999**;318(7195):1375-1381.
76. **De Souza MC, Walker AF, Robinson PA, Bolland K.** A Synergistic Effect of a Daily Supplement For 1 Month of 200 mg Magnesium Plus 50 mg Vitamin B₆ for the Relief of Anxiety Related Premenstrual Symptoms. *J Womens Health Gend Based Med*, **2000**;9(2):131-139.
77. **Barak N, Huminer D, Stahl B.** Vitamin B₆ Excessive Dosage in Food Supplements and OTC Medications. *Harefuah*, **2004**;143(12):887-909.
78. **Treloar SA, Heath AC, Martin NG.** Genetic and Environmental Influences on Premenstrual Symptoms in an Australian Twin Sample. *Psychol Med*, **2002**;32(1):25-38.
79. **Özkan S.** Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. İstanbul:Roche, **1993**:215-220.
80. **Marvann L, Escobedo C.** Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, **1999**; 61:163-167.
81. **Mc Master J, Cormie K, Pitts M.** Menstrual and Premenstrual Experiences of Women in a Developing Country. *Health Care Women Int*, **1997**; 18(6):533-541.
82. **Lily SY, Long MH.** Premenstrual Syndrome. *J Nurse-Midwifery*, **1990**;35(6):351-357.
83. **Björn B, Backström M.** Negative Mood Induction by Progestagen is Related to A History of PMS. *Acta Physiologica Scandinavica*, **1999**;167(2):181.
84. **Freeman EW.** Luteal Phase Administration of Agents For The Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *CNS Drugs*, **2004**;18(7):453-468.
85. **Steiner M, Brown E, Trzepacz P, Dillion J, Berger C, Carter D, Reid R, Stewart D.** Fluoxetine Improves Functional Work Capacity in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Arch Women Ment Health*, **2003**;6:71-77.
86. **Evans SM, Haney M, Levin FR, Foltin RW, Fischman ME.** Mood and Performance Changes in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder: Acute Effects of Alprazolam. *Neuropsychopharmacology*, **1998**;19(6):499-516.
87. **Yu JH, Liu ZS, Robinson V.** Evaluation of Clinical Therapeutic Effects and Safety of Acupuncture Treatment for Premenstrual Syndrome. *Zhongguo Zhen Jiu*, **2005**; 25(6): 377-82.
88. **Muzina K, Gonsalves L.** Commonly Asked Questions About Premenstrual Dysphoric Disorder. *Reprinted From Cleveland Clinical Journal of Medicine*, **1998**;65(3):142-149.
89. **Verri A, Nappi RE, Valleo E, Galli C, Sances G, Martignoni E.** Premenstrual Dysphoric Disorder and Eating Disorders. *Cephalalgia*, **1997**;20:25-28.
90. **Cross GB, Marley J, Miles H, Willson K.** Changes in Nutrient Intake During the Menstrual Cycle of Overweight Women with Premenstrual Syndrome. *British Journal of Nutrition*, **2001**;85:475-482.
91. **Mosho SW, Adera T, South- Paul J.** Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **2005**; 26(1):33-39.

92. **Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, Lieb R, Wittchen HU.** Risk Factors for Premenstrual Dysphoric Disorder in a Community Sample of Young Women: The Role of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry*, **2004**;65(10):1314-1322.
93. **Coughlin PC.** Premenstrual Syndrome: How Marital Satisfaction and Role Choice Affect Symptom Severity. *Social Work*, **1990**; 35(4):351-355.
94. **Baltaş A, Baltaş Z.** Stres ve Başa Çıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, **1998**.
95. **Ross LE, Steiner M.** Abiopsychosocial Approach to Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatr Clin North Am*, **2003**;26(3):529-546.
96. **Mosby M.** Maternity&Women's Health Care. USA: Deitra Leanerd Lowdermilk, **2004**:160-162.
97. **Prior JC, Vigna Y, Sciarretta D, Alojado N, Schulzer M.** Conditioning Exercise Decreases Premenstrual Symptoms: A Prospective, Controlled 6 Month Trial. *J Fertility and Sterility*, **1987**;47:402-408.
98. **Lustyk MK, Widman L, Panshane A, Ecker E.** Stress, Quality of Life and Physical Activity in Women with Varying Degrees of Premenstrual Symptomatology. *Women Health*, **2004**;39(3):35-44.
99. **Herr JR.** Is Sleep Disorder Treatment Appropriate for PMS?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **2003**;82:99.
100. **Erci B, Okanlı A, Kılıç D.** Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Düzeyi İle İlişki. *VII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı*. Erzurum, 22-24 Haziran **1999**: 87-91.
101. **Wittchen HU, Bercker E, Lieb R, Krause P.** Prevalence, Incidence and Stability of Premenstrual Dysphoric Disorder In The Community. *Psychol Med*, **2002**;31(1):119-132.
102. **Nyberg S, Wahlstrom G, Backstrom T, Sundstrom PI.** Altered Sensitivity to Alcohol in the Late Luteal Phase Among Patients with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychoneuroendocrinology*, **2004**;29(6):767-777.
103. **Perry BL, Burruss K, Svikis DS.** Premenstrual Symptomatology and Alcohol Consumption in College Women. *Journal of Studies on Alcohol*, **2004**;65:464-468.
104. **Moos RH.** The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, **1968**; 30:853-867.
105. **Van Keep PA, Lehert P.** The Premenstrual Syndrome: An Epidemiological and Statistical Exercise. England: MTP Press, **1981**.
106. **Woods NF, Most AA, Dery GK.** Prevalence of Perimenstrual Symptoms. *AJ Public Health*, **1982**; 72:1257-1264.
107. **Yücel B, Polat A.** Attitudes Toward Menstruation in Premenstrual Dysphoric Disorder: A Preliminary Report in an Urban Turkish Population. *Jpsychosom Obstet Gynaecol*, **2003**;24(4):231-237.
108. **Warner P, Bancroft J.** Factors Related to Self-reporting of the Premenstrual Syndrome. *BJ Psychiatry*, **1990**;157:249-260.
109. **Ussher JM.** The Ongoing Silencing of Women in Families: AN Analysis and Rethinking of Premenstrual Syndrome and Therapy. *J Family Therapy*, **2003**;25:388-405.

110. **Ross C, Coleman G, Stojanovska C.** Factor Structure of Modified Moos Menstrual Distress Questionnaire: Assessment of Prospectively Reported Follicular Menstrual and Premenstrual Symptomatology. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, **2003**; 24(3):163-174.
111. **Busch CM, Costa PT, Whitehead WE, Heller BR.** Severe Perimenstrual Symptoms: Prevalence and Effects on Absenteeism and Health Care Seeking in a Non-Clinical Sample. *Women and Health*, **1988**; 14(1):59-74.
112. **Ramcharan S, Love EJ, Fick EJ, Goldfien A.** The Epidemiology of Premenstrual Symptoms in a Population-Based Sample of 2650 Urban Women: Attributable Risk and Risk Factor. *J Clin Epidemiol*, **1992**;45(4):377-392.
113. **Schnurr P.** Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, **1988**;145(4):491-494.
114. **Lee KA, Rittenhouse CA.** Prevalence of Perimenstrual Symptoms in Employed Women. *Women Health*, **1991**;17(3): 17-32.
115. **Marvan ML, Diaz-Erosa M, Montesinos A.** Premenstrual Symptoms in Mexican Women With Different Educationla Levels. *J Psychol*, **1998**;132(5):517-526.
116. **Kuczmierczyk A, Labrum AH, Johnson CC.** Perception of Family and Environments in Women with Premenstrual Syndrome. *J Psychosomatic Research*, **1992**; 36(8).787-795.
117. **Fradkin B, Firestone P.** Premenstrual Tension Expectancy and Mother-Child Relations. *J Behav Med.* 1986;9(3):245-249. Cited in **Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M.** Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom. *IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*. Didim, 12-16 Eylül **1994**: 353-357.
118. **Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, **2000**.
119. **Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003,** Ankara, **2003**.
120. **Danacı A, Taşkın EO, Koltan SO, Uyar Y.** Premenstrual Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**;2(1):15-20.
121. **Nagata C, Hirokama K, Shimizu N, Shimizu H.** Soy, Fat and Dietary Factors in Relation to Premenstrual Symptoms in Japanese Women. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **2004**;111(6): 594-599.
122. **Woods NF, Most A, Longenecker GD.** Major Life Events, Daily Stressors and Perimenstrual Symptoms. *Nursing Research*, **1985**;34:263-267.

EKLER

EK-1 ANKET FORMU VERİ

TARİH:

1.Yaşınız:

2.Medeni durumunuz:

a)Bekar

b)Evli

c)Dul

3.Eğitim Durumunuz:

a)Lise

b)Üniversite

c)Üniversite+ (Yüksek Lisans/ Doktora)

4.Eşinizin eğitim durumu:

a)Lise

b)Üniversite

c)Üniversite+ (Yüksek Lisans/ Doktora)

5. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

6.Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

7.Şu andaki göreviniz:

8.Görevinizden memnun musunuz?

a)Evet

b)Hayır

9. 24 saat içerisinde işe ayırdığınız zaman:

- a)8 saat
- b)9-10 saat
- c)11-12 saat
- d)12saat üzeri

10.İş yerinde normalden daha

- a) Sakinim
- b)Sinirliyim
- c)Heyecanlıyım
- d)Gerginim
- e)Uyumluyum
- f)Diğer

11.İlk adet görme yaşıınız:

12. İlk adetiniz öncesinde bu konu hakkında bilginiz var mıydı?

- a)Evet
- b)Hayır

13. Yanıtınız “evet” ise adet hakkındaki ilk bilgiyi kimden/nerden edindiniz?

- a)Anne- Baba
- b)Ablam
- c)Arkadaşım
- d)Sağlık Personeli
- e)Öğretmenim
- f)Komşu/akraba
- g)Medya
- h)Kitap/gazete
- i)Diğer

14. Adet dönemine ilişkin tutumunuz nedir?

- a) Doğal ve fizyolojik bir süreç olduğunu düşünüyorum.
- b) Rahatsızlık verici olduğunu düşünüyorum, ancak yaşamımı etkilemiyor.
- c) Olup olmaması benim için önem taşıyor.
- d) Yaşamı olumsuz etkileyen en önemli olaylardan biri olarak görüyorum.

15. Son 6 ay içinde adet düzensizliğiniz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Adetiniz kaç gün sürüyor?

17. Adetiniz ağrılı oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

18. Yakın çevrenizde adet öncesi veya adet döneminde sıkıntısı olan var mı?

- a) Annem
- b) Ablam/Kız kardeşim
- c) Teyzem/Halam
- d) Kuzenim
- e) Diğer

19. İlk gebelik yaşıınız:

20. Toplam gebelik sayınız:

21. Toplam düşük/kürtaj sayınız:

22. Toplam yaşayan çocuk sayınız:

23. En son geçirdiğiniz gebeliğinizin sonlanma tarihi:

24. Şu anda kullandığınız aile planlaması yöntemi:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Hap | ☐ Rahim İçi Araç (RİA) | ☐ Tüplerin Ligasyonu |
| ☐ Aylık/Üç Aylık İğne | ☐ Kondam | ☐ Vazektomi |
| ☐ Deri Altı Kapsülleri | ☐ Spermisitler | ☐ Diyafram |
| ☐ Geri Çekme | ☐ Takvim Yöntemi | ☐ Diğer (Açıklayınız) |

25. Kilonuz:

26. Boyunuz:

27. Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

28. Alkollü içki kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Ara-sıra c) Sürekli

29. Düzenli egzersiz yapar mısınız?

- a) Haftada en az 2-3 gün egzersiz yaparım
b) Ayda en az 1 gün egzersiz yaparım
c) Arasıra aklıma geldikçe yaparım.
d) Hiç yapmam.

30. Genelde beslenme alışkanlığınız;

- a) Hergün düzenli olarak 3 ana öğün yerim ve bol miktarda sebze, meyve, protein ağırlıklı yiyecekler tüketmeye özen gösteririm.
b) Hergün 3 öğünden fazla yerim ve bol miktarda karbonhidrat ve yağ tüketirim.
c) Hergün 3 öğünden az tüketirim ve ne yediğime dikkat etmem.
d) Beslenmeme hiçbir zaman dikkat etmem.

31. Günde ne kadar miktarda çay/ kahve tüketirsiniz? (Sabah kahvaltıları dahil).

- a)Hiç tüketmem
- b)1-2 fincan
- c)3 veya daha fazla fincan

32-Aşağıda adet öncesi sıkıntıları ortaya çıkarabilecek bir takım etkenler sıralanmıştır.

Son 6 ayı düşünerek size uygun seçenekleri işaretleyiniz.

- () Kaza, doğal felaket geçirme
- () nemli bazı ameliyatlar
- () Yasal sorunlar
- () Aile içi geçimsizlikler
- () G yaşanması
- () nemli yakın kaybı
- () Maddi problemler
- () İntihar girişiminde bulunma
- () Evlilik
- () İş yerinde geçimsizlik
- () Daha az /çok uyuma ya da uyku zamanında değişiklikler, düzensizlikler
- () Daha az /çok yemek yeme ya da yeme zamanında değişiklikler, düzensizlikler
- () Eğlence, dinlenme, giyim, kuşam, ilişkiler gibi kişisel alışkanlıklarda değişim
- () ocuk düşürme, ocuk aldırma, ölü doğum vb.
- () Aile fertlerinin sağlık durumlarıyla ilgili değişimler
- () Cinsel güçlükler
- () Eğitim için aileden uzaklaşma
- () ocukların bakıcı, eğitim sorunu

EK-2 MENSTRUAL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİ

Aşağıda kadınların adet günlerinden önce ve adet süresince deneyimledikleri belirtilerin bir listesi vardır. 1.,2.,3. sütunlara en son yaşadığınız adet periyodu süresince deneyimlediğiniz şikayetlerinizi yazınız. Lütfen genelde olan şikayetleri işaretlemeyiniz.

1.,2.,3. sütunlara en son yaşadığınız adet periyodunuz süresince deneyimlediğiniz şikayetleri aşağıdaki skalayı kullanarak işaretleyiniz.

0-Belirti yok.

1-Az

2-Orta

3-Şiddetli

4-Çok şiddetli

ŞİKAYETLER	Son adetten 1 hafta önce	Son adet süresince	Diğer günler
1.Kilo alma			
2.Uykusuzluk			
3.Ağlama			
4.Eğitim ve iş gücünde azalma			
5.Kaslarda gerginlik			
6.Unutkanlık			
7.Sersemlik			
8.İlaç alma, yatakta kalma			
9.Baş ağrısı			
10.Ciltte leke, sivilce			
11.Yalnızlık			
12.Boğulma, bunalma hissi			
13.Aşırı sevgi ifadesi			
14.Düzenli, derli toplu olma			
15.Evden dışarı çıkmama			
16.Karın ağrısı			
17.Baş dönmesi, baygınlık hissi			
18.Heyecanlı, telaşlı olma			
19.Göğüs ağrısı			
20.Sosyal etkinliklerden kaçınma			

21.Anksiyete (sıkıntı)			
22.Sırt ağrısı, bel ağrısı			
23.Soğuk terleme			
24.Kararsızlık			
25.Yorgunluk			
26.Bulantı, kusma			
27.Aşırı hareketlilik			
28.Ateş basması			
29.Zihni bir noktaya toplamada güçlük			
30.Memelerde ağrı, hassasiyet			
31.İyi, mutlu olma duygusu			
32.Kulak çınlaması			
33.Dalgınlık, şaşkınlık			
34.Genel şişkinlik			
35.Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar			
36.Huzursuzluk			
37.Genel ağrılar			
38.Ruh halinde değişiklikler			
39.Çarpıntı hissi			
40.Üzgün, hüznü olma			
41.Verimlilikte azalma			
42.Hareketlerde uyum yetersizliği			
43.Kollarda ve bacaklarda uyuşma ve karıncalanma			
44.İştah artması			
45.Gerginlik			
46.Gözlerde uçuşmalar, görme bozukluğu			
47.Enerji ve hareketlilikte artış			

**EK-3 MENSTRUAL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİNDE YER ALAN
MENSTRUAL ŞİKAYETLER :**

1-Ağrı

Kaslarda gerginlik

Baş ağrısı

Karın ağrısı

Bel, sırt ağrısı

Yorgunluk

Genel ağrılar

2-Su Retansiyonu

Kilo alma

Ciltte lekelenme,sivilce

Memelerde ağrı ya da hassasiyet

Memelerde, karında şişme

3-Otonomik Reaksiyon

Baş dönmesi, baygınlık

Soğuk terleme

Bulantı, kusma

Ateş basması

4-Negatif Duygulanım

Yalnızlık

Anksiyete

Mizaç değişiklikleri

Ağlama

Huzursuzluk

Gerginlik

Üzgün, hüzünlü olma

Aşırı hareketlilik

5-Konsantrasyon Bozukluğu

Uykusuzluk

Unutkanlık

Sersemlik

Kararsızlık

Zihni bir noktaya toplamada güçlük

Dalgınlık, şaşkınlık

Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar

Haraketlerde uyum yetersizliği

6-Davranış Değişiklikleri

Eğitim ya da çalışma gücünde azalma

İlaç alma, yatakta kalma

Evden dışarı çıkamama

Sosyal etkinliklerden kaçınma

Verimlilikte azalma

7-Canlanma

Aşırı sevgi ifadesi

Düzenli, derli toplu olma

Heyecanlı, telaşlı olma

İyi, mutlu olma duygusu

Enerji ve hareketlilikte artış

8-Kontrol

Boğulma, bunalma

Göğüs ağrısı

Kulak çınlaması

Çarpıntı

Ekstremitelerde karıncalanma ve duyu kaybı

Gözde uçuşmalar ve görme bozukluğu

Gruplandırılmayan:

İştah artması

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1980 yılında Ankara’da doğmuştur. İlk öğrenimini İzmir’de, orta ve lise öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra, 1997-2002 yılları arasında Başkent Üniversitesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri bölümünü bitirmiştir. 2002-2003 yılları arasında Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi’nde klinik hemşiresi olarak çalışmıştır. 2003-2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimine başlamıştır. 2004 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu’nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Daha sonra 2005-2006 öğretim yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı’na görevlendirmesi yapılmıştır ve halen görevine devam etmektedir. Araştırmacı iyi derecede İngilizce bilmekte olup bekardır.