

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREMENSTRUAL SENDROMUN MESLEK VE EĞİTİM
DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ**

PAKİZE OGUR

DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

Tez No

2004-019

2004- AFYON

ÖNSÖZ

Araştırma konumun seçiminde ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, çalışmamı özveri ve titizlikle değerlendiren değerli danışmanım Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet Yılmaz'ın, tezin istatistik değerlendirmesinde yardımcı olan Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Yrd. Doç. Dr Hülya Ellidokuz'a, araştırmada kullandığım premenstrual sendrom ölçeğini bana sağlayan ve kullanmamda yardımcı olan Atatürk Üniversitesi, Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Yrd. Doç. Dr Başaran Gençdoğan'a, araştırmama katılan değerli hemşire ve öğretmen arkadaşlarıma, mesai arkadaşlarıma, gösterdikleri sabır ve hoşgörüden dolayı çocuklarıma teşekkür ederim.

Pakize OGUR

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	VI
Tablolar	VII
ÖZET	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ	3
1.1.Problemin önemi	3
1.1.Araştırmanın Önemi ve Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Tanım ve Sınıflama	5
2.2.Tarihçe	7
2.3. Epidemiyoloji	7
2.4. Risk faktörleri	8
2.5. Patofizyolojisi	9
2.6. Belirtiler	16
2.7. Teşhis	18
2.8. Ayırıcı Tanı	19
2.9. Tedavi	21
2.9.1. Farmakolojik Olmayan Tedavi	21
2.9.2. Farmakolojik Tedavi	22
2.10.Hemşirelik Bakımı ve Danışmanlık	23
3.MATERYAL VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.3.Anket Formunun Hazırlanması	25
3.4.Anket Formunun Uygulanması	27
3.5.Anket formunun Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	29

5. TARTIŞMA	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	52
6.1. Sonuç	53
6.2. Öneriler	56
KAYNAKLAR	56
EKLER	62

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSRS: Daily Symptom Rating Scala

ICD: İnternational Statistical Classification of Disease and Related Healt Problems

MDQ: Moos Mestrual Disters Questionnaire

PMS: Premenstrual Sendrom

PMDD: Premenstrual Disforik Disorder

PDF: Premenstrual Disforik Bozukluk

PAF: Premenstrual Assesment Form

SSS: Santral Sinir Sistemi

TABLOLAR

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Demografik ve Obstetrik Özellikleri.....	29
Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Sigara İçme Durumunun Dağılımı.....	29
Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Menstruasyon Döneminde Hissedilen Ağrı Düzeyinin Dağılımı.....	30
Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Dönemi Sorunlarına Yönelik Yapılan Uygulamaların Dağılımı.....	30
Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Menstruasyon Öncesi ve Menstruasyon Döneminde Ailede Sorun Yaşayan Birisinin Olup Olmadığının Dağılımı.....	31
Tablo 6. Araştırma kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemdeki Sorunlar Nedeniyle Doktora Gitme Durumlarının Dağılımı.....	31
Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Bazı Fiziksel Sorunların Görülme Durumlarının Dağılımı.....	32
Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumunun Dağılımı.....	32
Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemdeki Sorunların Çevredekiler Tarafından Fark Edilme Durumunun Dağılımı.....	33
Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Ortamından Etkilenip Etkilenmediğinin Dağılımı.....	33
Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda İş Stresi Puanlarının Dağılımı.....	33
Tablo 12. Çalışan Gruplarda İş Stresi Puanlarının Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 13. Çalışan ve Çalışmayan Gruplara Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı.....	35
Tablo 14. Mesleklere Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı.....	35
Tablo 15. Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı.....	35

Tablo 16. Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı.....	36
Tablo 17. Hemşire Grubunda İş Stresi Ölçeğine Göre Belirlenen Stres Puanına Göre Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların dağılımı.....	36
Tablo 18. Öğretmen Grubunda İş Stresi Ölçeğine Göre Belirlenen Stres Puanına Göre Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı.....	37
Tablo 19. Çalışan Gruplarda Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların İş Stresi Düzeyinin Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 20. Çalışan Gruplarda Premenstrual Sendrom Varlığının İş Stresi Düzeyinin Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Öğretmenlerde Adet Öncesi Dönem Sorunlarının İş Yaşamını Etkilemesi ve İş Ortamından Etkilenmesi Durumlarına Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı.....	39
Tablo 22. Yaş Gruplarına Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı.....	40
Tablo 23. Eğitim Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı.....	40
Tablo 24. Adet Döneminde Hissedilen Ağrı Düzeyine Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı.....	40
Tablo 25. Sigara İçme Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı.....	41
Tablo 26. Ailede Adet Öncesi Dönemde Sorun Yaşayan Birisinin Olma Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı.....	41

ÖZET

Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi İle İlişkisi

Premenstrual sendrom (PMS), menstruel siklusun luteal fazı esnasında ortaya çıkan, duygusal ve fiziksel semptomlarla karakterize, genç ve orta yaş kadınlarda yaygın olarak görülen menstruel siklus rahatsızlığıdır.

Araştırma, çalışan hemşire ve öğretmenlerde iş stresinin PMS üzerindeki etkisini araştırmak ve çalışan bayanlarla ev hanımlarını PMS görülme oranı açısından karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini 129 öğretmen, 144 hemşire ve 134 ev hanımı oluşturmuş olup, veri toplama aracı olarak demoğrafik tanıtım formu, Baltaşlar tarafından geliştirilen iş stresi ölçeği ve Gençdoğan tarafından geliştirilen PMS ölçeği kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde yüzdellik, iki ortalama arasındaki önem kontrolünde t testi, Anova Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U ve Ki kare analizleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin %55.6'sında, öğretmenlerin %62.0'sinde, ev hanımlarının %38.1'inde PMS saptanmış olup çalışan bayanlarda PMS görülme oranı ev hanımlarından oldukça yüksektir. İş stresi düzeyi açısından karşılaştırıldığında ise iş stres puanı hemşire grubunda öğretmenlere oranla daha yüksek bulunmuştur.

İş stres puanı sağlık açısından riskli düzeyde olan hemşirelerde PMS görülme oranı %66.2, öğretmenlerde %79.3 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda, iş stresinin PMS üzerinde etkili olduğu, çalışan bayanlarda daha fazla sorun yaşandığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Çalışan Bayan, Ev Hanımı, Eğitim Düzeyi, İş Stresi, Premenstrual Sendrom

SUMMARY

The Relation Between Premenstrual Syndrom and the Level of Occupation and Education

Premenstrual syndrom (PMS) is a disease emerging as a menstrual cycles common among young and middle aged women, which occurs in the luteal phase of menstrual cycles characterized by emotional and physical symptoms.

The aim of this study searching the effect of work stress on PMS and comparing the working women with housewives in terms of PMS frequency in a descriptive approach.

The samples of the study are 129 teachers, 144 nurses 134 housewives. The data are collected through demografic introductory form, the scale of work stress devoloped by Baltaslar and PMS scala by Gencdogan.

Anova Variation Analysis, t test, Kruskal Wallis Variation Analysis, Mann Whitney U and Chi square test are used in the statistical analysis of the study.

As a result of the study, it is found out that 55.6% of nurses, 62.0% of the teachers and 38.1% of the housewives are observed with PMS. The percentage of working women with PMS is much higher than that of housewives. According to the work stress level, the percantege of work stress level of nurses is higher than that of teachers'.

The rate of PMS the nurses with risky level in terms of the health, work stress point is 66.2 % and the rate for the teachers is 79.3%.

This study shows that the effect on work stress is observed and working women tend to face more problems.

Key- words: Housewife, Premenstrual Syndrome, The Level of Education, Work Stress, Working Woman.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi

Premenstrual sendrom (PMS) kadın sağlığını yakından ilgilendiren fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden, sosyal ve aile içi ilişkileri etkileyen bir durumdur. Belirtiler kadının ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini bozar, işteki verimini aksatır, rollerini yerine getirmesini güçleştirir. Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmaları da bu dönemin daha şiddetli ve sıkıntılı geçmesine neden olur (1).

PMS'a yönelik psikolojik reaksiyonlar, suçluluk ve utanç hisleri, kendine saygıda azalış, aktivite yavaşlaması, kendine güvenin azalması, negatif beden imajı ve umutsuzluk duygusudur. Ayrıca uzun süreli PMS'u olan kadınlar, tekrarlayan ruhsal ve davranışla ilgili semptomların; arkadaşları, eşleri çocukları ve iş arkadaşlarıyla ilişkilerini yıprattığını bildirmişlerdir. Bunların dışında PMS, çok sayıda kadının kötü çalışma öykülerinin veya eğitim başarısızlığının fark edilmemiş bir nedenidir (2).

Bir çok kadın bu döneme özgü bir çok yakınmayı, kadınlığın doğal sonucu olarak 'katlanılması gereken durum' olarak yaşamaktadır. Çeşitli geleneksel kültürel nedenlerle kadınlığa- cinselliğe özgü durumların konuşulamaması, bu durumun bir yakınma olarak gündeme gelmesini ve tıbbi-bilimsel olarak değerlendirilip tedavi edilmesini güçleştirmektedir (1).

PMS sürecinde, hastalar semptomların seyrini tam anlayamamakta veya çevre, kadının şikayetlerine önem vermemektedir. Hastaların %60'ı şikayetlerine sosyal çevrenin cevap vermemesi ile bunu psikolojik sorun yapmakta ve bunun da en az %40'ı da çevreden soyutlanarak kendi içlerine kapanmaktadır. Böylece psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır (3).

PMS'nin nedeni, sınırları, tedavisi konusunda tartışmalar sürerken konunun psişik ve medikal olarak bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesinin önemli olduğu söylenebilir. PMS'nin biyolojik yapı ve kişilik özellikleri açısından duyarlılığı daha fazla olan kadınlarda ortaya çıkması görüşü giderek yaygınlık kazanmaktadır. Bu yüzden sadece semptomu ortadan kaldırmanın ve genellemeye gitmenin ötesinde, her bireyin hangi faktörlerden etkilendiğini ayırt edip seçilecek yolu buna göre tayin etmek uygun görünmektedir (4).

Kadınlar ve toplum PMS konusundaki kapalılığı aşmalı ve bilimsel tutum yaygınlaşmalıdır. PMS kadının kadınlığı gereği katlanmak zorunda olduğu bir durum değil, yardımcı olunabilecek bir düzensizliktir. PMS, tıp disiplinleri arasındaki yakın iş birliği içinde anlaşılıp tedavi edilebilir. Jinekoloji, endokrinoloji ve psikiyatri uzmanlıkları arasında yakın konsültasyon ve liyezon içinde multi-disipliner bir tarzda ele alınmalıdır (1).

1.1. Araştırmanın önemi ve amacı

Araştırmalar, premenstrual yakınmaların kadınların günlük yaşamını kısıtlayan önemli bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Menstruasyon gören kadınların zamanlarının %25'ini premenstrual fazda geçirdiklerini dikkate alırsak durumun önemi daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır.

Araştırma, PMS'nin kadınlarda önemli ve sık karşılaşılan bir sağlık sorunu olması nedeniyle, çalışan hemşire ve öğretmenlerde iş stresinin PMS üzerindeki etkisini araştırmak; çalışma hayatının PMS üzerindeki etkisini saptamak için çalışan bayanlarla çalışmayan bayanları PMS görülme durumu açısından karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım ve Sınıflama

PMS ile ilgili çeşitli kaynaklarda verilen tanımlar şöyledir:

-PMS, menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp foliküler fazda en az bir hafta süreyle görülmeyen, adet görmenin başlamasıyla hafifleyip kaybolan; yaşamı veya işi etkileyecek şiddetteki somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bozuklukların bulunduğu bir tablo olarak tanımlanmaktadır (1,5).

-Menstruel siklusun luteal fazı esnasında sürekli olarak ortaya çıkan, duygusal ve fiziksel semptomlarla karakterize edilen, genç ve orta yaş kadınlarının yaygın siklus rahatsızlığıdır (6).

-Kişinin yaşam biçimini, işini gücünü etkileyecek boyutta, 100 den fazla semptomdan birkaçının adet öncesinde görülmesi ve bu dönemin tamamen semptomsuz bir dönemle devam etmesidir (7).

-Kadınların %80-90'ında premenstrual dönemde onu rahatsız etmeyecek bir veya birden fazla semptom olabilir. Premenstrual dönemdeki bu hafif şikayetler 'premenstrual molimina' olarak ifade edilmektedir (8).

Semptomları PMS olarak değerlendirebilmek için şu özelliklerin aranması gerekir (5,8-10):

1-Semptomlar luteal fazda görülüp, menstrual kanamanın başlamasından sonra 1 veya 2 gün içinde gerilemeli, foliküler fazda görülmemeli, siklusun ilk yarısında en azından 7 günlük semptomsuz bir periyod olmalıdır.

2-Bu semptomlar ard arda üç menstrual siklusta kaydedilmeli, başka fizyolojik ve psikolojik bozukluklara bağlı olmamalıdır.

3-Semptomlar tekrarlayıcı olmalı ve hastanın normal yaşam tarzını bozacak ya da tıbbi tedavi veya öneriye gereksinim duyacak kadar ciddi olmalıdır.

4-Organik bir neden olmamalıdır.

5-Siklik ovarian aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenopozal ve gebelik dönemlerinde görülmez.

6-Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş histerektomi olmuş kadınlarda da görülebilir.

PMS, psikiyatrik tanı sınıflandırmalarından olan ICD-9'un (İnternational Statistical Classification of Disease: Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Listelenmesi Kitabı) genitoüriner sistem bölümünde 'premenstrual gerginlik semptomları' adı altında fiziksel bir bozukluk olarak yer almıştır. ICD-10 da ise 'ruhsal ya da davranışsal etkenlere bağlı fizyolojik işlev bozuklukları' başlığı altında, F53:'menstrual döngüsüne bağlı ruhsal gerginlik (premenstruel gerginlik sendromu dahil)' şeklinde yer almıştır (11).

DSM IV'de ise 'başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk' başlığı altında 'premenstrual disforik bozukluk' tanımlamasıyla yer almıştır. Buradaki tanıma göre, rahatsızlığın geçen bir yıl boyunca, menstrual siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası arasında düzenli olarak birtakım semptomlarla ortaya çıkması, bu semptomların menstruasyonların başlangıcından sonraki birkaç gün içinde ortadan kalkmış olması ve bu semptomların iş yaşamında, okul yaşamında ya da olağan etkinliklerde bozukluklara yol açacak kadar ağır düzeyde olması, menstruasyonlardan sonra en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gibi özellikleri içermesi gerekmektedir (12,13).

ICD-10'daki PMS tanısında fiziksel belirtiler ağırlıktayken, DSM-IV'deki tanı ölçütleri duygu durum belirtilerinin önemini daha fazla vurgulamakta, tabloyu psikiyatrik bir sendroma daha yakın kılmaktadır. PMS tanısı koyarken işlev kaybı ve ileriye dönük takipler gerekmediği gibi, tek bir belirtinin varlığı yeterlidir. Oysa premenstrual disforik disorder (PMDD) tanısı koyabilmek için, işlev kaybına yol açan ve en az iki aylık ileriye dönük takiplerle kesinleşmiş en az beş belirti gerekmektedir (14). PMS hafif fiziksel semptomlar, baş ağrısı ve daha az duygusal değişikliklerle PMDD'den ayrılabilir (15). Kadınları daha çok etkileyen semptomlar PMDD olarak sınıflandırılmıştır. PMS ve PMDD farklı teşhislerdir (6).

Reid ve Yen, yaptıkları çalışmalarda PMS'nin başlama ve süresindeki farklılıkları göstermişler, bu farklılıkları A,B,C ve D paterni olarak tariflemişlerdir. A ve B paternleri en fazla görülenlerdir (9).

A paterni: Menstruasyondan 6-7 gün önce başlayıp menstruasyonun bir kaç gününü içine almaktadır.

B paterni: Ovülasyonla başlayıp menstruasyonun ilk birkaç gününü kapsamaktadır.

C paterni: Ovülasyon sırasındaki ani östrojen düşmesine bağlı ortaya çıkmaktadır.

D paterni: Semptomlar ovülasyonla başlamakta, tüm menstruasyon süresince devam etmektedir.

2.2. Tarihçe

Adet öncesi dönemde fiziksel ve psikolojik değişikliklerin olduğu gözlemi Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. Hipokrat bu dönemdeki taşkınlık, intihar fikirleri ve zihinsel bozuklukların akmaktan alıkonulmuş adet kanı ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. 16.yy'da Padna, menstruasyon ve depresyon arasında olası bir bağlantı olduğunu ifade etmiştir (1).

İlk kez 1931'de, Amerikalı bir jinekolog olan R.T.Frank, menstruasyondan 7-10 gün önce görülen, şiddetli gerginlik, kilo artışı, baş ağrısı ve ödemle karakterize olan tabloyu 'premenstrual gerginlik' olarak tanımlamıştır (9).

Frank, sendromu over fonksiyon yetersizliği şeklinde ifade etmiştir. Bu nedenle tedavide de hormon salınımını artıran kalsiyum laktat, kafein, laksatifler kullanmıştır. Çok şiddetli vakalarda ise radyasyonla over yetmezliği oluşturmuştur. Frank; gerginlik, irritabilite, yorgunluk, akne ve çevre tarafından şaşkınlıkla karşılanabilecek tarzda hareketleri olan ve şiddetli acı çeken 15 vaka özetlemiştir. Yine menstruasyon öncesi 7-10 günde 15 kadında ortaya çıkan bronşiyal astım ve açıklanamayan gerginlik bildirmiştir (7).

1930'larda ilk olarak S. Leon Israel, sendroma pregesteron eksikliğine bağlı luteinizasyon defektinin ve ilgili hiperöstrojenik durumun neden olduğunu öne sürmüştür (7).

PMS terimi ise ilk kez 1953'te Dalton tarafından 84 vakalı bir raporda kullanılmıştır (9).

2.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1981'de on dört değişik kültürel grupta, 5000'in üzerinde kadında yaptığı bir çalışmada, tüm kültürlerdeki kadınlarda premenstrual fiziksel rahatsızlık %55-70, olumsuz duygulanım değişiklikleri ise %23-70 arasında bulunmuştur (16). Menstruasyon gören kadınların %85'inin bir veya daha fazla PMS

semptomlarına sahip oldukları ve bunların %2-10 kadarında yetersizlik, acizlik semptomları görüldüğü rapor edilmiştir (6).

Kadınların %75 kadarı tekrarlayan menstrual sikluslarda bazı PMS semptomlarını deneyimleyebilir. PMDD bu gruptaki kadınların yalnızca %3-8'ini etkiler; bunların yaşam stilini ve kişiler arası ilişkilerini bozar (15).

Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90'ında premenstrüel molimina, %30-40'ında ise PMS vardır. %3-5 kadarında ise semptomlardan biri veya daha fazlası hastayı ileri derecede distrese sokacak düzeydedir (8,9).

Abraham, yaptığı eski bir çalışmada, PMS'nin Japon kadınlarında, Amerikan, Türk ve Nijerya'lı kadınlardan çok daha az görüldüğünü bildirmiştir (9).

2.4. Risk faktörleri

Premenstrüel belirtilerin başlangıcı en yaygın olarak, ergenlikle geç 20'li yaşlar arasında ortaya çıkmakta, menarştan sonra herhangi yaşta da başlayabilmektedir. Tedavi gerektirenlerin çoğu 30'lu yaşlardadır. Kadınlar yaygın olarak, belirtilerin menopozun başlangıcı ile düzelineye kadar yaşamlarının kötüleştiğini bildirmektedirler (13). Yaşamın otuzlu-kırkly yıllarında PMS'nin daha yaygın olduğu görülür. Bu devre yaratıcılık duygusunun, mental ve fiziksel enerjinin arttığı bir devre olarak da bilinir (17).

Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstruasyon siklusları az yaşandığı için PMS'nin daha az görüldüğü saptanmıştır. PMS olan hastaların gebe kalınca rahatladığı bilinmektedir. Ancak postpartum devrede daha kötü olduğu tahmin edilmektedir. Yeni doğanın yükü ve ailenin büyümesinin bunda rol oynadığı düşünülmektedir (1,9).

PMS'nin dismenoreyle bağlantısı ve yakınmaların menstrual ağrının başlayacağı endişe ve beklentisiyle ilgili olabileceği de ifade edilmiştir. Ancak PMS'li kadınlarda dismenore sıklığının, bu sendromun belirtilerini göstermeyen kadınlardakinden daha yüksek olmadığı şeklinde sonuçlar vardır. Uygulamada dismenore ve PMS'yi birlikte giden durumlar olarak algılama eğilimi olabilmektedir. Oysa ki primer dismenorenin prostaglandin sistemiyle bağlantısının olduğu düşünülmekte, premenstrüel sendromdan farklı olarak menstrual dönemde şiddetlenmekte ve bu kadınların menstruasyon süresinde emosyonel değişiklikleri

belirgin yaşamadıkları bildirilmektedir. Bununla birlikte, dismenoreyi premenstruel kapsamında ya da dışında kabul eden farklı görüşler vardır (14, 18). Dismenorenin PMS özelliği yoktur; fakat iki durum bir arada bulunabilir (17).

Migren baş ağrılarının menstruasyon ve premenstruel gerilim sendromu ile yakın ilişkisi gösterilmiş ve bu konuda fikir birliği sağlanmıştır (19).

2.5. Patofizyolojisi

PMS etyolojisi hala bilinmemektedir. Kompleks ve bir çok faktöre bağlı olduğu düşünülmektedir. Faktörler üzerine bir çok iddia vardır ancak bunların hiçbiri ana neden olarak tanımlanamamaktadır (6,20).

PMS etyolojisiyle ilgili kaynaklarda belirtilen görüşler şunlardır (9):

-Ovülasyonlu sikluslar, çeşitli endokrin faktörlerin değişimiyle PMS'nin başlangıcını oluşturmaktadır.

-Sosyal çevre değişiklikleri PMS semptomlarını azaltır veya artırabilir; ancak overlerin alınması halinde ve menopozda bu hastalığın geçmesi ve adneksler hariç histerektomi olanlarda bu hastalığın devam etmesi nedenin psikolojik değil biyolojik olduğunu düşündürmektedir.

- PMS'ye eğilim, kişinin psikolojik predispozisyonu ile azalıp çoğalabileceği gibi, bu olayda yaşam tarzı da etkili olabilir.

PMS etyolojisi konusunda ileri sürülen nedenler şunlardır:

Endojen Opiat Peptitlerde Azalma: Endojenler, biyolojik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını da değiştirerek; davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve barsak fonksiyonlarında etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Normal menstrual siklusta endorfin luteal fazda artmakta, foliküler fazda azalmaktadır. Bazı araştırmacılar PMS'deki ateş basmalarına dikkat çekerek, bunun menopozdakine benzediğini, hipoestrogenemi sonucu endorfinlerin düştüğünü ifade etmişlerdir (9, 21).

Serotonin Eksikliği: Depresyonda, Santral Sinir Sisteminde (SSS) serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir. PMS’de de depresyon olduğuna göre, luteal fazda bir serotonin eksikliği olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. PMS’de kanda ve trombositlerde serotonin up-takeinin azaldığı bildirilmiştir (9).

Prostaglandinler: Merkezi sinir sisteminde iştah, susama, mizaç, damar tonüsü, epilepsi eşiği ve vazopresin gibi hormonları düzenlemede nörotransmitterlere benzer rol oynamaktadırlar (22). Prostaglandin prekürörlerinde lineloik asit çevriminin yetersizliğine bağlı prostaglandin eksikliği PMS ile bağlantılı olabilir (6,21). Prostaglandinlerin beta endorfin üretimi ile ilgili olabileceği, son yıllarda üzerinde durulan konulardandır (21). Bir prostaglandin inhibitörü olan mefanemik asidin luteal fazda kullanımıyla, abdominal ve pelvik ağrı, meme hassasiyeti, abdominal şişkinlik, depresyon ve irritabilite üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (23).

Steroid Hormon İmbalansı: İlk kez 1931 yılında Frank, kanda steroid hormonların normalden yüksek olmasının PMS’ye neden olduğunu ileri sürmüştür. 1950 yılının ortalarında Dalton, luteal fazda pregesteron yetmezliğinden bahsetmiş ve bu fikri benimsetmiştir (9).

Düşük pregesteron düzeyi hipotezi şu nedenlerden dolayı ileri sürülmektedir (22):

-Pregesteron, santral sinir sistemi depresanıdır, direk sedatif etkisi vardır. Pregesteron eksikliği huzursuzluk, anksiyete ve saldırganlık duygularının artmasına neden olacaktır.

-Pregesteron, antialdesteron etkisinden dolayı natriüretiktir. Pregesteron eksikliği sodyum ve su retansiyonuna neden olur.

-PMS’de pregesteron tedavisi etkili olmaktadır.

Östrojen/pregesteron hipotezi şu nedenlerden dolayı güncelliğini korumaktadır (22).

-Periferal hormon, SSS’deki düzeyleri tam olarak yansıtmayabilir.

-Östrojen-pregesteron reseptörleri beyinde de bulunur.

-Over hormonları serebrospinal sıvıda ölçülebilir.

-Over hormonları, SSS'deki elektriksel aktiviteyi değiştirebilir.

-Depresif semptomlar ve afektif rahatsızlıklarda şiddetlenme menstrual siklusla birlikte.

Son yıllarda seks steroid hormonlarının PMS oluşmasının ana nedeni olmadıkları fakat PMS gelişmesinde rol oynayan diğer faktörlerin geçişini sağlayan ajanlar oldukları üzerinde durulmaktadır. Hipotalamo-pituiter-gonadal aksın beyin nörotransmitterleri ile karşılık etkileşimlerinin etyolojideki rolü daha çok kabul görmektedir (22).

Ovarian hormonların rolü açık değildir. Fakat ovülasyon baskılandığında semptomlar sıklıkla düzelir. Hormon seviyelerinin değişiminde serotonin gibi nörotransmitterler merkezi rol oynayan bir etkiye sahip olabilir. Bazı kanıtlar, serotonin eksikliği olan kadınlarda artan hassasiyetin progesteronla bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir (6).

PMS'li kadınlarda progesteron konsantrasyonunun düşük olduğuna dair geçerli kanıtlar yoktur. Gerçekten PMS olan ve olmayan kadınlarda, progesteronun aynı düzeyde olduğunu yayınlanan çalışmalar göstermektedir. Bununla birlikte ovülasyonlu sikluslarda PMS ortaya çıkaran progesteron, altta yatan bir sebep veya en azından hassas kadınlarda semptomların bir tetikleyicisi olabilir (24). Oral kontraseptifler ile PMS arasındaki ilişkiyi araştıran bir çok çalışma vardır. Bunların bir kısmı olumsuzluklardan bahsederken bir kısmı da olumlu yönlerden bahsetmektedir. Yüksek dozdaki östroidol transdermal verilmiş ve PMS'nin fiziksel ve psikolojik belirtilerinde etkili olduğu görülmüştür. Endometrial hiperplaziyi engellesin diye verilen progesteronun yan etkileri olmasına rağmen kontrol grubuna göre çok net bir iyileşme olduğu görülmüştür (25). Ancak bazı PMS belirtileri, ek tedavi boyunca progesteronik yan etkiler olarak geri gelebilir. ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü uzmanları, leuprolidele ile kontrol edilen PMS'li kadınlarda, östrojen veya progesteron verildiğinde PMS tekrarı deneyiminin olduğunu bulmuşlardır (2,15,25,26).

Troid Fonksiyon Bozukluğu: Hipotroidinin PMS'li hastaların %94'ünde subklinik olarak görüldüğü, troid hormonu verildiğinde semptomların düzeldiği

bildirilmiştir. Araştırmacılar, subklinik hipotroidiyi PMS nedeni olarak kabul etmemekte, ancak birlikte görülebileceğini vurgulamaktadırlar (9).

Çinko Eksikliği: Çinkonun emosyonel ve mental olaylarla ilişkili olduğu düşünüldüğünden bu mineralin eksikliği araştırılmıştır. Çinkonun kadında emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini gösteren bazı mekanizmalar vardır (9).

Kaleli'nin yaptığı bir çalışmada, PMS grubunda luteal fazdaki serum çinko düzeylerinde foliküler fazdakine göre anlamlı bir düşüş saptanmıştır. Luteal fazda ölçülen serum çinko değerleri PMS grubunda kontrol grubuna göre daha düşük iken, PMS grubunda çinko bakır oranı luteal fazda foliküler faza göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (27).

Magnezyum (Mg) Eksikliği: İlk kez 1983 yılında Abraham, PMS etyopatogenezinde Mg yetmezliğini öne sürmüştür. Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği; anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, generalize adele spazmları ve tremora neden olabilmektedir (9). PMS'de Mg'un düşme nedenini, azalan gastro intestinal sistem emilimine veya hızlanan renal atılıma bağlayanlar olmakla birlikte bu konu henüz açıklığa kavuşmamıştır. Aksi bir düşünceye göre ise, PMS Mg azalmasına yol açmaktadır. PMS'de görülen subklinik hipotroidi nedeninin Mg eksikliği olabileceği düşünülmüştür (9).

Pridoksin eksikliği: Dopamin ve serotoninin biosentezinin son basamağında bir ko enzim rolü oynadığından beyinde vitamin B6 azalması PMS'nin bazı semptomlarını ortaya çıkarabilir (9). Ayrıca pridoksin eksikliğinde karaciğerde östrojen ve prolaktin metabolizması bozulmaktadır. Bunun sonucunda östrojen ve prolaktin artışı gözlenebilmektedir (21).

Diğer Vitaminler ve Mineraller: E vitamininin PMS'li olgularda göğüs gerginliğini ve şişme şikayetlerini azaltabileceği ileri sürülmektedir. Kontrollü bir

deneyde, luteal faz boyunca günde 400 IU vitamin E ilavesinin PMS'li kadınlarda somatik semptomları iyileştirici etkiye sahip olduğu bulunmuştur (6).

A vitamininin östrojen metabolizmasındaki anormalliği düzeltebileceği, troid hiper fonksiyonuna engel olarak veya diüretik etkisi ile PMS'yi azaltabileceği düşünülmektedir. Düşük kalsiyum alımının sonucu kuvvetli ağrının olduğu, negatif değişikliklerin ve davranış değişikliklerinin olduğu belirlenmiştir (22).

Prolaktin: Son yıllarda yapılan çalışmalar prolaktinin önemli bir faktör olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Prolaktinin böbrekler üzerine direkt olarak etkisi ile su, sodyum ve potasyum retansiyonu oluşmakta ve bunun sonucunda mastodini ve ödem oluşmaktadır. Bundan başka vasokonstriktör etki ile de baş ağrılarına neden olabileceği ileri sürülmüştür. Ama aradaki ilişki henüz kesinleşmemiştir (5).

Prolaktinin PMS ile ilişkili olduğu şu nedenlerden dolayı düşünülmektedir:

-Prolaktin memeler üzerine direkt etki etmesi nedeniyle meme ile ilgili semptomlardan sorumlu tutulabilir.

-Stres ile ilişkili bir hormondur.

-Potasyum, sodyum ve su retansiyonu yapar (22).

Allerji : Pregesterona karşı allerjik reaksiyonun PMS'ye yol açabileceği ileri sürülmüştür. Ancak premenstruel ürtiker çok nadir olarak görülmektedir. Kendi hormonlarına karşı antikor oluşma tezi ortaya atılmışsa da, bu antikorların varlığı saptanamamıştır (9).

Hipoglisemi: 1950'li yıllarda, hipoglisemi semptomlarının (yorgunluk, açlık, sinirlilik, terleme, belirsiz GİS yakınmaları) PMS'deki bazı semptomlara benzemesinden dolayı etyolojide rol oynayıp oynamadığı düşünülmüştür. Hassas analitik metodlarla yapılan son çalışmalar, menstruel siklusun luteal fazında insüline hassasiyetin azaldığını göstermiştir. Ayrıca euglisemik insülin klamp tekniği ile PMS'li kadınlarda hücre glikoz up-take'inde premenstruel anormallikler demostre edilmiş olup, kontrol gruplarında ise bu durum gözlenememiştir (9).

Sıvı retansiyon teorisi: Normal menstruel siklusta aldosteron düzeyleri ovülasyonda ve midluteal fazda artar. Estrojen, aldosteron sentezini artırarak su ve tuz tutulumunu artırır. Pregesteron ise başlangıçta natriüretiktir. Ama bu etkisine sekonder olarak renin–anjiotensin-aldosteron sistemini aktive eder. Aldosteron düzeyleri menstruasyon öncesi düşer. Minerolokortikoidler ile PMS arasında böyle teorik bir ilişki den bahsediliyorsa da, çalışmalar belirgin bir farklılık göstermemiştir. Sodyum veya su retansiyonu olmaksızın bir sıvı şifti olduğu ileri sürülmüştür. Geç luteal fazda mevcut olan artmış plazma kolloid ozmotik basıncı interstiyel sıvılarda artmaya neden olabilir. Çok yeni yapılan çalışmada PMS’de vasküler regülasyonunun stabil olmadığından bahsedilmekte olup, sıvı retansiyonundan çok sıvının dağılımındaki değişimin şişkinlik hissinden sorumlu olduğu hipotezi ortaya atılmıştır (9).

Vücut sıvılarının PMS’de kompartman değiştirebileceği ilk kez Mang ve en son olarak da Oian ve arkadaşları tarafından ileri sürülmüştür. Bu araştırmacılara göre plazma sıvısı premenstrual dönemde vasküler geçirgenliğin ve osmotik basıncın bozulması ile interstisyel alana filtre olmaktadır. Ayrıca total vücut sıvısının değişiklik göstermemesi bu teoriyi desteklemektedir (21).

Genetik: Hereditenin sorumlu olduğu bilinmemesine karşın bazı çalışmalar genetik faktörlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Dalton ve arkadaşları, monozigot ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Bir başka çalışmada da, anneler ve adölesan yaştaki kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir (9). Uyum oranı monozigot ikizlerde dizigot ikizlerden iki kat yüksektir (6).

Androjenler: Agresyon ve seksüel dürtü ile ilgileri yüzünden androjenlerin PMS ile bağlantılı olduğu düşünülmüş, ancak duygu durum değişikliği gösteren ve göstermeyen kadınlar arasında androstenedion düzeyleri açısından fark bulunamamıştır. Ayrıca bu dönemde aknelerdeki artışın androjen artışıyla açıklanabileceği ifade edilmektedir (18).

Psikolojik ve Sosyo-Kültürel faktörler: Son yıllarda değişik kültürlerdeki kadınlarda yapılan araştırmalarda, premenstrual semptomların oluşumunda sosyal, kültürel faktörlerin, aktivite durumunun ve yaşam stresinin önemli rolü olduğu gösterilmiştir (1).

Meninger, adet görmeye ilişkin bozuklukları, kadında feminitenin reddi şeklinde yorumlar. PMS tanımlayan kadınların adet görme ile ilgili hoşnutsuzluk yaşantılarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (1). Toplumun kadın ve adet görme ile ilgili tutumu da bir diğer faktör olarak belirtilmiştir. Bu durum net değildir. Ancak adet görme ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise, PMS daha şiddetli olmaktadır. Kadının kadınlığı algılayışındaki tutum geleneksel baskıcı yaklaşımdan liberal tutuma doğru geliştikçe PMS şiddetinin azaldığı bildirilmiştir. Hintli kadınlarda yapılan bir çalışma adet görmeye ilişkin olumlu tutumların, PMS yakınmalarını azalttığını ortaya koymuştur. Hintli kadınların bu dönemde ev işlerinden izinli sayılmaları, yakınmaları azaltmaktadır. Adet görme ile ilgili ritüellerin sık ve cinsel tabulara verilen önemin çok olduğu yahudi kadınları protestan kadınlarla karşılaştırıldığında, adet görmeye ilişkin daha fazla sorun tanımladıkları bildirilmiştir.

PMS tanımlayan kadınlarda psikolojik zorlanma ve çatışmalar daha yoğundur. Psikolojik zorlanma ve stresler, sinir sistemi kanalıyla hormonları ve yumurtalık faaliyetlerini etkiler. Evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklar da PMS şiddetini artırmaktadır. Çalışan, ancak işinden memnun olmayan kadınlarda şiddeti daha fazladır. Öte yandan ev kadınlığı kendi seçimleri olan çocuklu kadınlarda , psikolojik yakınmalar daha az bulunmuştur. Her türlü uyum güçlüğü ve duygusal çatışma PMS şiddetini artırır. Kadının bir birey olarak kendi kişisel gereksinimlerini reddetmesi ile, PMS'nin şiddetinin arttığı belirtilmiştir.

PMS'nin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi tartışılmaktadır. PMS en fazla duygu durumu bozuklukları ve depresyon ile ilişkilidir. PMS tanımlayan kadınlarda daha yüksek oranda depresyon görülür, mevcut psikiyatrik bozukluk bu dönemde şiddetlenir. PMS'li kadınlarda, iç çatışmalardan doğan stresle başa çıkma yollarında azalma olduğu ve stresin de semptomları artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca semptomlu kadınların evlilik ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu, seks yaşamlarında, çocuk bakımında ve bütün aile yaşamlarında yetersiz oldukları saptanmıştır (1,4).

Bazı çalışmalar, PMS'nin nörotizm ile ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır. Buradaki ilişkiyi destekleyen bulgular ise şunlardır.:

- Premenstrual depresif şikayetleri olan kadınların geçmişinde depresif bozukluk öyküsü olması,
- Premenstrual anksiyete, huzursuzluk semptomları olan kadınların birinci derece akrabalarında depresif aile öyküsü insidansının yüksek olması,
- Premenstrual dönemlerde psikiyatri acil servislerine yatışlarda artma, intihar girişimlerinde artma olduğu belirlenmiştir (4,28).

2.6. Belirtiler:

PMS birden oluşmaz, oluştuğunda ise zamanla bazı semptomların daha da şiddetlendiği gözlenir. Başlangıçta semptomların şiddeti hayat stresine bağlı olarak aydan aya değişir, daha sonra sabit kalır (9). Belirtiler her döngüde ortaya çıkmasa bile çoğunluğunda bulunur. Bazı aylar, belirtiler diğerlerinden kötü olabilir (13).

Menstruel migren popülasyonda oldukça sık görülen bir migren tipidir. Görülme oranı %60'ın üstündedir (19).

Premenstrual astma, menstrual siklusun geç luteal fazında pulmoner fonksiyonların ve astmatik semptomların kötüleşmesi olarak tarif edilebilir. Havayolu iltihaplanmalarında da kötüleşme olur (29).

En sık rastlanan fiziksel semptom yorgunluktur. Bunu, tatlı veya tuzlu besinlere aşırı istek, abdominal şişkinlik el veya ayaklarda şişlik, baş ağrısı, göğüs duyarlılığı, bulantı izler (30).

Başlıca psikolojik ve fiziksel belirtiler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (2,8,9,23).

Psikolojik belirtiler

Anksiyete
 Depresyon
 İritabilite
 Labil ruh yapısı
 İştah açılması
 Sinirlilik, çabuk öfkelenme
 Kolay unutma
 Konsantrasyonda azalma
 Uyku değişiklikleri
 Korkular
 İntihar eğilimi
 Paronayaklık
 Panik
 Konfüzyon
 Huzursuzluk
 Kendini küçük görme, suçluluk
 Kararsızlık
 Negativist tutum
 Motivasyon bozukluğu
 Toplumdan kaçma
 İşten kaçma
 Libido değişiklikleri

Fiziksel belirtiler

Batında şişlik
 Ekstremitelerde ödem
 Kilo artışı
 Kabızlık yada diare
 Sıcak basmaları, terleme
 Memelerde hassasiyet
 Baş ağrısı, baş dönmesi
 Eklem, kas ağrıları
 Kas spazmaları, kramplar
 Akne
 Rhinitis
 Kalp çarpıntısı
 Hirsutismus
 Tremor
 Parestezi
 Cilt ve saçlarda yağlanma
 Saçların kuruması
 Bulantı
 Anoreksia
 Aşırı alkol alma isteği
 Tuzlu ve yağlı yeme arzusu
 Oligüri
 Epilepsi kötüleşebilir
 Göz şikayetleri olabilir
 Visual disturbance, konjektivit

2.7. Teşhis

ICD 10'a göre PMS tanısı koyulabilmesi için şunlar gereklidir:

A- Belirtiler sadece luteal fazda ortaya çıkar, menstruasyon kısa süre önce zirveye ulaşır, menstrual kanamayla birlikte veya kısa bir süre içinde kaybolur.

B-Aşağıdaki belirtilerden bir tanesi yeterlidir. Hafif ruhsal huzursuzluk, şişkinlik hissi ve kilo alma, memelerde hassasiyet, el ve ayaklarda şişme, çeşitli ağrılar konsantrasyonda azalma, uyku bozukluğu, iştah değişiklikleri (11).

PMS etyolojisi kesin olarak açıklanamadığından dolayı PMS tanısı koymak güçtür. PMS tanısı konurken, hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist) hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip çalışmasına gereksinim vardır (22).

PMS'ye uyan semptomların üç anahtar elemanı; fonksiyonlarda semptomların negatif etkisi, hayat tarzı, menstrual siklusun luteal fazı boyunca semptomların sürekli ortaya çıkışıdır (6).

PMS tanısını koymak için özel labratuvar testleri yoktur. Tam bir hikaye ve fiziksel muayene önemlidir (15). Değerlendirmenin ilk aşamasında iyi bir menstrual ve obstetrik anemnez alınmalıdır. Bu anemnez, yaş, parite, PMS'nin başlangıç yaşı, başlatan ve şiddetini artıran olaylar, semptomların zamanı, fiziksel ve emosyonel semptom sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları; PMS'nin, aile, iş, arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konuları kapsamalıdır. Hastanın beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin alımı, kırmızı et, sebze tüketimi, açlık hissi vb), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol kafein, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve başa çıkma yolları) öğrenilmelidir (22).

PMS tanısı koyabilmek için genel fiziksel muayene, patolojik bir durum olup olmadığının belirlenmesi açısından gereklidir. Folikül stimülan hormon (FSH) ve lüteinizan hormon (LH) düzeylerinin ölçümü, özellikle menopoz değerlendirmesi açısından önemlidir. Bunun yanı sıra psikiyatrik hastalıklar açısından da bir psikiyatrik konsültasyon gereklidir (22).

PMS semptomlarının varlığı ve şiddetinin objektif olarak belirlenmesi için iki dökümana ihtiyaç vardır:

- 1-Günlük menstrual şikayetlerin kaydedildiği bir form,
- 2-Bazal vücut ısısı ve günlük kilo izlemi.

Bu iki doküman, semptomların foliküler fazda da olup olmadığını, menstruasyonun başlamasıyla azalıp azalmadığını ve semptomların şiddetini karşılaştırmalı olarak gösterebilir (22).

PMS veya PMDD'den şüphelenildiğinde, hastalar birbirini izleyen aylar için günlük semptomların çetelesi ve siklustan sıklusa değişikliklerin tespiti için eğitilmelidir. Standardize edilmiş günlük semptom takvimleri kabul edilebilir ve elverişli kayıtlar sağlar (6). Hasta en azından ard arda gelen 2 semptomatik menstruel siklus için semptomları işlemelidir (15).

Semptomlarla ilişkili prospektif olarak günlük tutup günlük aktivite ve menstruel akım değişikliklerini belirleyerek hastaları kendi bakımlarına katılmaya cesaretlendirmek faydalı olabilir (10). Klinik deneyimlere göre, günlük kayıt tutulması sayesinde kadınlar semptomların ne zaman olacağı, semptomları artıran ve azaltan şeyler hakkında daha fazla şey öğrenmektedir (31).

2.8. Ayırıcı Tanı

Fizyolojik ve organik bozuklukları ekarte etmek için bazı labratuvar tetkiklerini yapmak gerekmektedir. Troid hastalıklarında da halsizlik ve irritabilite olabilir. Bunun için T3, T4 ve troid stimulan hormon (TSH) bakılmalıdır. Halsizlik primer yakınma ise, anemiye ekarte etmek için tam kan sayımı yapılmalı, kronik böbrek ve karaciğer hastalıklarını da ekarte etmek için gerekli biyokimyasal testler istenmelidir. Hasta perimenopozal devrede ise, PMS'yi ekarte etmek için FSH düzeyine bakılmalıdır. Galaktore mevcutsa, kanda prolaktin tayini yapılmalı ve hiperprolaktinemi nedeni araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Depresif durumlar bazen Cushing sendromunda da olabilir. Bu nedenle hipertansiyon, diabet, gövdesel şişmanlık olup olmadığına bakılmalıdır. Gerekirse deksametazon supresyon testi yapılmalıdır (8,9,21,23).

PMS, premenstruel disforik bozukluktan ayırt edilmelidir. Premenstruel disforik bozukluktan tipik belirti örüntüsü şiddeti ve sonuçtaki bozulma ile ayrılır (13).

PMS, sosyal işlevsellikte bozulma, evlilikte uyumsuzluk, arkadaşlar ve aile ile sorunlar ile de kendini gösterebilir. Uzun süreli evlilik ya da iş sorunlarıyla

yalnızca premenstruel olarak ortaya çıkan işlev bozukluğunu karıştırmamak önemlidir (13).

PMS ile ayırıcı tanısı yapılacak hastalıklar şu şekilde sıralanabilir (8,5).

- Migren
- İdiyopatik ödem
- İrritabl kolon sendromu
- Perimenopoz
- Kronik yorgunluklar
- Barsak enfeksiyonları
- Meme hastalıkları
- Allerjiler
- Hiperprolaktinemi,
- Endometriozis
- Anoreksia nevroza
- İlaç bağımlılığı
- Dismenore
- Anksiyete nörozu
- Feokromasitoma
- Pelvik enfeksiyon
- Hiperandrojenizm
- Cuşhing
- Troid hastalıkları
- Psikososyal sorunlar
- Evlilik sorunları
- Major ve minor depresyon
- Anemi
- Diabet
- Genel anksiyete
- Panik bozuk
- Bipolar hast
- Kollajen vaskuler hastalıklar
- Panhipopituitarizm

2.9. Tedavi

PMS tedavisinin amacı semptomları bertaraf etmek yada iyileştirmek, günlük aktivitelerdeki ve sosyal ilişkilerdeki etkilerini hafifletmek ve tedavinin zararlı etkilerini azaltmaktır (6). PMS da tedavi farmakolojik olmayan tedavi ve farmakolojik tedavi olarak 2 başlık altında toplanabilir.

2.9.1. Farmakolojik olmayan tedavi: Bütünleştirici yaklaşım da hastanın içsel iyileştirme kapasitesinin farkına varmasına yardımcı olunur ve bu süreç alışıla gelmiş tıbbi araçlarla desteklenir. Bu yöntemde kullanılan araçlar; alışıla gelmiş ilaçlar, psikoterapi, bitkisel ve besleyici destekler, diyet, akupunktur, beden ruh yaklaşımları, hipnoz terapisi, masajdır (20).

Stres düzeyini azaltma: Stresi gidermek için masaj önerilir (32). Özellikle luteal faz esnasında düzenli uyku ve uyanma zamanı ile bünyeye uygun bir uyku programı tavsiye edilir (6,33).

Egzersiz: Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve stresin azaldığı gözlenmiştir (8,9). Koşu, yüzme, bisiklet kullanımının yanında aerobik dans gibi uygulamalar hem stresle baş edebilmede yardımcı olur hem ağrıyı azaltır, dolaşımı ve oksijenasyonu artırır (1,32).

Beslenme: Tuzdan ve tuzlu yiyeceklerden sakınmalıdır (6). Sigaranın azaltılması önerilmelidir (33). Baharatlı yiyecekler kısıtlanmalı veya kaldırılmalıdır. Kahve, çay, kolalı içecekler ve kafein içeren her şey dışlanarak kafein içermeyen bir diyet tercih edilmelidir (34). Yağ azaltılmalı, sentetik gıdalardan sakınılmalıdır. Mısır, pirinç, sebze, meyve, bitkisel yağlar gibi doğal ve işlenmemiş gıdalar tercih edilmelidir. Bu dönemde çuha çiçeği yağının yararlı olduğu bildirilmiştir (1).

Doğal tedaviler: Bir çalışmada temiz ağaç meyvesi özü kullanan (agnus chesteberry) kadınların yarıdan fazlasının PMS semptomlarında %50 veya daha fazla iyileşme görülmüştür (35).

Akupunktur: PMS semptomlarının tedavisinde akupunkturun pozitif etkisi olabilir ve akupunktur tedavi metodu olarak hastalara teklif edilmiştir (36).

2.9.2. Farmakolojik tedavi:

Pregestoronlar: Pregesteronun tedavi edeceği bazı otörler tarafından kabul edilmekte diğerleri ise tedavi etmesi bir tarafa semptomları daha da kötüleştirdiğini bildirmektedir (19). Ayrıca vajinal soppozituar veya pregesteron kullanılarak ödem, sıcak basmaları, abdominal şişkinlik yakınmalarında düzelme olmuş fakat asabiyet, meme ağrısı ve davranış bozukluğu üzerinde pleseboyla bir farkı bulunmamıştır (23).

Oral kontraseptifler: Ovülasyonun supresyonu ile PMS de görülen semptomların düzeleceği düşünülmüştür . Ancak yapılan çalışmalarda semptomların hafiflemediği, hatta daha da ağırlaştığı görülmüştür (8).

Danazol: PMS genel semptomlarının tedavisinde değil fakat premenstruel mastaljiden kurtuluş için büyük ölçüde etkili gibi görünmektedir. Kılınma, potansiyel kilo alımı, akne, yüzün büyümesi, plazma lipidlerinde değişiklik gibi yan etkiler görülebilmektedir (30,37).

Ovülasyonun baskılanması: Yüksek dozdaki östroidol transdermal verilmiş ve PMS'un fiziksel ve psikolojik belirtilerinde etkili olduğu görülmüştür. Endometrial hiperplaziyi örtsün diye verilen pregesteronun yan etkileri olmasına rağmen kontrol grubuna göre çok net bir iyileşme görülmüştür (27). Gonodotropin releasing hormon analogları medikal menopoza neden olmaktadır. Perimenopozal dönemde, menopozal semptomlardan ayırmak için, çok ağır olgularda ooferektomiye karar vermeden önce test amacıyla kullanılmaktadır (8,9).

Bromoergokriptin: PMS'li kadınlarda menstrual migren ve göğüs rahatsızlıklarının sıkıntısını hafiflettiği görülmektedir (6). Memelerde hassasiyet ve büyüme varsa, kan prolaktin düzeyini yüksek ise, galaktore varsa tedaviye eklenmelidir (8,9,10).

Prostaglandin inhibitörleri: Bir prostaglandin inhibitörü olan mefanemik asidin luteal fazda kullanımıyla abdominal ve pelvik ağrı, meme hassasiyeti, abdominal şişkinlik, depresyon ve irritabilite üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir (23).

Serotonin agonistleri: Luteal dönemde serotonin eksikliği suçlandığından serotonin reuptake inhibitörü olan fluoxetin ile yapılmış çalışmalarda semptomlarda düzelme gözlenmiştir (8,9). Fluoksatin favori ve ilk ilaçtır. Şiddetli PMS ve PMDD'de önerilir (30). Yaygın yan etkileri uykusuzluk, uyuşukluk, yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, hafif titreme, sinirlilik ve seksüel disfonksiyonu içerir (6,38).

Seksüel düşünceleri ve arzuyu azaltıcı, geciktirici yada tamamen baskılayıcı olduğu ve her iki cinste de görüldüğü tanımlanmıştır (25).

Anksiyolitikler ve Antidepresanlar: Anksiyeteyi azaltması, depresyonu önlemesi nedeniyle bu grup ilaçlar da PMS de kullanılmaktadır (8). Alprazolamin stresin tetiklediği beynin cevabı olan uyarıcılığı bastırdığı görülmektedir. Alışkanlık yapabileceğinden ilaç sadece semptomların şiddetlendiği günlerde alınmalıdır (26).

Düretikler: Bir aldosteron inhibitörü olan spironalacton (aldactone) aşırı aldosteron salgılanmasına bağlı ödemin tedavisinde kullanılır (17). Saf PMS’u olan kadınların bu tedavi ile beraber irritabilite, yorgunluk, uyku, enerji düzeylerinde düzelmeler olmuştur (25).

Vitamin ve mineraller: Bütün luteal faz semptomlarında önemli bir düzenleyici sonucu olarak calsiyum ilavesi PMS da basit ve etkili tedavidir (39). B6 vitaminin kontrollü klinik deneylerinde semptomların iyileştiği bildirilmiştir (6).

Cerrahi tedavi: Overlerin cerrahi olarak çıkarılması şiddetli PMS vakalarında bütün tedaviler sonuçsuz kaldığında son tercih olarak ve kişi çok iyi bilgilendirilerek kullanılır (8,9,25).

2.10. Hemşirelik Bakımı ve Danışmanlık

Hemşire, PMS’yi tanımlamada kilit kişidir. Danışmanlık, destek grupları ile veya bireysel danışmanlık şeklinde planlanabilir.

Premenstrual sendromda hemşirenin sorumlulukları şöyle özetlenebilir:

-Kadınlara menstruasyon fizyolojisi ve psikolojisini öğretmek.

-Menstruasyonun normal kadınlık fonksiyonlarından birisi olduğu hakkında eğitim ve danışmanlık yapmak.

-PMS nedenleri, semptomları ve tedavi yöntemleri hakkında kadını ve ailesini etkin iletişim teknikleri kullanarak eğitilmesi sağlamak ve danışmanlık yapmak. Sendrom bulgularını tanımlamasında bireye yardımcı olmak.

-Diyet düzenlemeleri yapmasında bireye yardımcı olmak ve bu düzenlemelerin kalıcı olabilmesi için desteklemek .

-Özellikle gergin ve kaygılı bireyler için günlük hafif egzersizler ve gevşeme teknikleri öğretmek.

-Huzursuzluk, içe kapanma,duygusal değişiklikler için stresle baş etme yöntemlerini bireye öğretmek.

-Sağlıklı davranış değişikliklerini desteklemek ve pekiştirmek.

-İleri depresyon ve intihar düşünceleri olan bireyleri psikiyatrik değerlendirme için yönlendirmek.

-PMS bulgularında artma olduğunda ya da bir başka sorundan kuşkulandığında bireyi doktora sevk etmek.

-Konuya ilişkin yanlış bilgileri düzeltmek.

-PMS'nin etkisini en aza indirmek ve önlemek için kadının kendi kendine bakımını desteklemek ve cesaretlendirmek.

-PMS'li kadının eğitilmesinde ve destek gruplarına katılmasında yardımcı olup onlara rehberlik etmek.

-Olumlu tutum geliştirme ve sosyal davranış tiplerini düzeltmek için bireyi grup terapiye katılmaya yönlendirmek .

-Cinsel sorunların çözümü hakkında eğitim ve danışmanlık yapmak .

-Düzenli egzersiz, yürüyüş bisiklete binme ve yüzme gibi sporların yararları hakkında bilgi vermek

-Semptomlarla ilişkili prospektif olarak günlük tutup günlük aktivite ve menstruel akım değişikliklerini belirleyerek, hastaları kendi bakımlarına katılmaya cesaretlendirmek faydalı olabilir (10,17, 32, 40,41).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, çalışan hemşire ve öğretmenlerde iş stresinin PMS üzerindeki etkisini araştırmak ve çalışan bayanlarla ev hanımlarını PMS görülme oranı açısından karşılaştırmayı amaçlayan kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma için Afyon Kocatepe Üniversitesi tıp fakültesi tıbbi etik kurulunun 02-03-2004 tarih ve 2004/13-72 sayılı kararı ile izin alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın 1.grup evrenini, Afyon Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı merkezdeki ilköğretim ve liselerde görev yapan yaklaşık 900 öğretmen oluşturmaktadır. Örneklem için rastgele sayılar tablosundan 13 okul seçilmiştir. 13 okuldaki toplam 185 öğretmenden gebelik, menapoz, oral kontraseptif kullanımı, sistemik hastalığı bulunma, RİA kullanma, çalışmayı kabul etmeme, anket uygulama süresinde rahatsız olan ve il dışında bulunma gibi nedenler dışındaki 129 öğretmen çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın 2. grubu olan hemşireler için klinik çalışması yapılan üniteler göz önüne alınarak Afyon şehir merkezindeki 4 hastane belirlenmiştir. Afyon Devlet Hastanesi, Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi, Afyon Göğüs Hastanesi, AKÜ Uygulama ve Araştırma Hastanelerinde çalışan hemşirelere anket uygulanmıştır. Kliniklerde çalışan toplam 210 hemşireden gebelik, menapoz, oral kontraseptif kullanımı, sistemik hastalığı bulunma, RİA kullanma, çalışmayı kabul etmeme, anket uygulama süresinde rahatsız olan ve il dışında bulunma gibi nedenler dışındaki 144 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın 3 grubu olan ev hanımları örneklemini 1-15 eylül 2003 tarihleri arasında aile planlaması merkezine danışmanlık amacıyla başvuran kadınların tamamı olan 134 kadın oluşturmuştur.

3.3. Anket Formunun Hazırlanması

Anket formu kaynaklardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır.

1.Bölümde bireylerin demoğrafik, obstetrik ve diğer tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır.

2.Bölümde iş stresi ile ilgili ölçeğe ait sorular yer almaktadır. Ölçek Baltaşlar tarafından geliştirilmiş olup 15 sorudan oluşmaktadır (42).

İş stresi puanı: İş stresi ölçeğinin değerlendirilmesinde; hiçbir zaman 1, ender olarak 2, bazen 3, sık sık 4, hemen hemen her zaman 5 olarak puanlanmıştır. 15 sorudan alınan puanlar toplanmıştır. İş stresi ölçeğinden alınan toplam puan 15'e bölünmüş ve elde edilen sonuç iş stresi puanı olarak bulunmuştur. Ayrıca 2.5 puan üzeri sağlık açısından riskli olan iş stres düzeyi olarak kabul edilmiştir. İş stresi ölçeğine göre stres puanlarının dağılımı şu şekilde ifade edilmektedir:

B düzeyi (1.0-1.3): Kişiyi önemli olduğunu hissettirmeyen, onun kapasitesini kullanmasına imkan vermeyen ve yeterli uyarım sağlamayan, dolayısıyla can sıkıntısından ve önemsizlik duygusundan kaynaklanan stres düzeyi.

C düzeyi (1.4-1.9): Uyarıcı yönleri olan ancak hafif bir iş. Başarı güdüsü yüksek biri için sıkıcı,mücadeleci olmayan biri için uygun bir iş stresi düzeyi.

D düzeyi (2.0-2.5): Sağlık ve verimlilik açısından en elverişli iş stresi düzeyi.

E düzeyi (2.6-3.1): Uyarıcılığı yüksek, sorumluluğu fazla ancak kişiyi çekici gelen iş stresi düzeyi. Bazı yönleriyle kişiyi zorlayarak verimliliği artırırken bazı yönleriyle de sağlığı tehdit edebilir.

F düzeyi (3.2-3.4):Sorumluluk düzeyi yüksek, kişiyi zaman açısından zorlayan, dinlenmeye ve aile ilişkilerine imkan tanımayan, bu sebeple sağlık ve verimlilik için tehdit oluşturan stres düzeyi.

A düzeyi (3.5-4.0): Sağlığı ve verimliliği ciddi olarak tehdit eden ağır risk düzeyi (42).

3. Bölümde Başaran Gençdoğan tarafından geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan premenstrual sendrom değerlendirme ölçeğine ait sorular yer almaktadır. Ölçek, premenstrual sendromu değerlendirmeye yönelik 44 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin 9 alt grubu bulunmaktadır. Bunlar depresif duygulanım, depresif düşünceler, anksiyete, sinirlilik, yorgunluk, iştah değişimleri, ağrı, uyku değişiklikleri, şişkinliktir. Faktör analizi sonucu belirlenen faktörlere ilişkin tanımlar şöyledir:

I. FAKTÖR= (Depresif Duygulanım) 1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7. maddelerden oluşan I. faktör, can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık ile ilgilidir.

II. FAKTÖR= (Anxiete) 8.,9.,10.,11.,13.,15. ve 16. maddelerden oluşan II. faktör, endişe ve korkular ile ilgili maddeleri içermektedir.

III. FAKTÖR= (Yorgunluk) 12.,14.,17.,18.,25. ve 37. maddelerden oluşan III. faktör, yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği gibi maddelerden oluşmaktadır.

IV. FAKTÖR= (Sinirlilik) 19.,20.,21.,22. ve 23. maddelerden oluşan IV. faktör, çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe gibi maddelerden oluşmaktadır.

V. FAKTÖR= (Depresif Düşünceler) 24.,26.,27.,28.,29.,30. ve 44. maddelerden oluşan V. faktör, değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı, dalıp gitme gibi maddeleri içerir.

VI. FAKTÖR= (Ağrı) 31.,32. ve 33. maddelerden oluşan VI. faktör, çeşitli bedensel ağrıları kapsayan maddelerden oluşmuştur.

VII. FAKTÖR= (İştah Değişimleri) 34.,35. ve 36. maddelerden oluşan VII. faktör özellikle unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek ile iştaktaki değişimleri içermektedir.

VIII. FAKTÖR= (Uyku değişimleri) 38.,39, ve 40. maddelerden oluşan VIII. faktör uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü gibi uykuya ilişkin değişimleri içermektedir.

IX. FAKTÖR= (Şişkinlik) 41.,42. ve 43. maddelerden oluşan IX. faktör, göğüslerde şişme ve hassasiyet ile ilgili maddelerden oluşmaktadır.

Premenstrual sendrom değerlendirme ölçeğinin değerlendirilmesi: Ölçek 5 skaladan oluşmuştur. Seçenekler hiç:1, çok az 2, bazen 3, sık sık 4, sürekli 5 olarak puanlanmıştır. Alınan puanlar toplanarak ölçek alt puanları ve bunların toplamıyla da PMS puanı elde edilmiştir. 110 puan üzeri alanlar olası PMS olarak belirlenmiştir (43).

3.4. Anket Formunun Uygulanması

Veriler tespit edilen 13 okula bizzat gidilmiş ve anket formları kişilere tek tek dağıtılmış, anket uygulandıktan sonra formlar toplanmıştır. Öğrenim durumu yüksek olan bir gruba uygulanıyor olması nedeniyle, anket formu gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra bireylerin kendisi tarafından doldurulmuştur. Anketler toplandıktan sonra yeterli doldurulmadığı tespit edilen anketler çalışma dışı bırakılmıştır.

Hemşire grubunun anket uygulamasında ise, bireylere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra anketler dağıtılmış, uygun zamanda doldurmaları istenmiş ve daha sonra da anketler toplanmıştır. Anketlerin uygulaması için servis yoğunluğu nedeniyle anketleri doldurmak için kişinin kendisine en uygun olan zamanda doldurmasının uygun olacağı düşünülmüş ve kişiler çalışma saatleri dışında bir zamanda anketleri doldurmuşlardır. Çalışmayan grubun anketleri ise yüz yüze anket yöntemiyle doldurulmuştur.

3.5.Araştırma verilerinin değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS istatistik programına kodlanarak girilmiş ve istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. Değerler ortalama \pm SD (standart deviasyon) olarak verilmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzdelik, iki ortalama arasındaki önem kontrolünde t Testi, Anova Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann Whitney U ve Ki-kare analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan toplam 407 kişinin 144'ü hemşire, 129'u öğretmen, 134'ü ev hanımıdır.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Demografik ve Obstetrik Özellikleri

	Hemşire (n=144)	Öğretmen (n=129)	Ev hanımı (n=134)
Yaş	27.7±5.3	32.1±7.3	26.9±4.8
Gebelik	1.6±1.2	1.8 ±1.5	2.5±1.3*
Doğum	1.1±0.8	1.3 ±0.8	2.1±1.0*
Düşük	0.2±0.6	0.2±0.7	0.1±0.3
Küretaj	0.2±0.5	0.3±0.6	0.2±0.6
Siklus süresi	27.7±3.1	26.8±3.0	27.3±2.7
Adet süresi	5.6 ±1.3	5.4 ±1.2	5.2±1.7
BKI*	22.1±3.1	22.6±3.3	24.9±3.9*

* $p < 0.05$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin gebelik sayısı ortalaması 1,61, doğum sayısı ortalaması 1,13'dür. Öğretmenlerin gebelik sayısı ortalaması 1,84, doğum sayısı ortalaması 1,34'tür. Ev hanımlarının gebelik sayısı ortalaması 2,50, doğum sayısı ortalaması 2,13'dür. Ev hanımlarının gebelik ve doğum sayısı ortalamasının öğretmen ve hemşire grubundan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hemşire grubunun beden kitle indeksi (BKI) ortalaması 22,17, öğretmen grubunun 22,64, ev hanımlarının 24,90'dır. Ev hanımlarının beden kitle indeksinin öğretmen ve hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Sigara İçme Durumunun Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
Sigara içen	57	39.6	53	41.1	16	11.9*
Sigara içmeyen	87	60.4	76	58.9	118	88.1*
Toplam	144	100	129	100	134	100

* $p < 0.05$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %39,6'sı, öğretmenlerin %41,1'i, ev hanımlarının %11,9'u sigara içmektedir. Ev hanımlarında sigara içme oranının

hemşire ve öğretmenlere göre düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Menstruasyon Döneminde Hissedilen Ağrı Düzeyinin Dağılımı

Ağrı düzeyi	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
Yok	23	16.0	24	18.6	19	14.2
Hafif	42	29.2	44	34.1	58	43.3
Orta	42	29.2	42	32.6	38	28.4
Şiddetli	37	25.7	19	14.7	19	14.2
Toplam	144	100	129	100	134	100

Menstruasyon döneminde hissedilen ağrı düzeyinin dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %16,0'ının, öğretmenlerin %18,6'sının, ev hanımlarının %14,2'sinin ağrısının olmadığı; hemşirelerin %25,7'sinin, öğretmenlerin %14,7'sinin, ev hanımlarının %14,2'sinin şiddetli ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Menstruasyon döneminde ağrının varlığı ve düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Dönemi Sorunlarına Yönelik Yapılan Uygulamaların Dağılımı

Yapılan Uygulama	Hemşire (n=144)		Öğretmen (n=129)		Ev hanımı (n= 34)	
	n	%	n	%	n	%
İlaç kullanımı	66	45.8	43	33.3	52	38.8
Egzersiz yapma	13	9.0	12	9.3	1	0.7*
Beslenmenin düzenlenmesi	14	9.7	16	11.6	4	3.0*
Hiçbir şey yapmıyorum	50	34.7	53	41.1	71	53.0*
İstirahat, sıcak uygulama, masaj	18	12.5	7	5.4	6	4.5

* $p<0.05$

Adet dönemi sorunlarına yönelik yapılan uygulamalar Tablo 4'de verilmiştir. Ev hanımlarında egzersiz yapanların ve beslenmesini düzenleyenlerin oranının hemşire ve öğretmenlere göre düşük olduğu, hiç bir şey yapmıyorum diyenlerin oranının yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Menstruasyon Öncesi ve Menstruasyon Döneminde Ailede Sorun Yaşayan Birisinin Olup Olmadığının Dağılımı.

	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
Ailede var	37	25.7	27	20.9	20	14.9
Ailede yok	107	74.3	102	79.1	114	85.1
Toplam	144	100	129	144	134	100

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %25,7'sinin, öğretmenlerin %20,9'unun, ev hanımlarının %14,9'unun ailesinde adet öncesi gerginlik yaşayan birisi (anne, abla, teyze, kardeş vb.) bulunmaktadır. Menstruasyon öncesi ve menstruasyon döneminde ailede sorun yaşayan kişilerin varlığının oranı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Araştırma kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemdeki Sorunlar Nedeniyle Doktora Gitme Durumlarının Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
Doktora giden	11	7.6	9	7.0	3	2.2
Doktora gitmeyen	133	92.4	120	93.0	131	97.8
Toplam	144	100	129	100	134	100

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %7.6'sı, öğretmenleri %7'si ev hanımlarının %2.2'si adet öncesi gerginlik için doktora gittiklerini belirtmişlerdir. Hemşire grubunda doktora giden 11 kişiden 8'i, öğretmen grubunda doktora giden 9 kişiden 8'i, ev hanımlarında doktora giden 3 kişiden 1'i tedavi görmüşlerdir. Doktora gitme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.005$) (Tablo 6).

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Bazı Fiziksel Sorunların Görülme Durumlarının Dağılımı

	Hemşire (n=144)		Öğretmen (n= 129)		Ev hanımı (n=134)	
	n	%	n	%	n	%
Kabızlık-Diare	48	33.1*	17	13.2	11	8.2
Bulantı-Kusma	39	27.1*	19	14.7	18	13.4
Kilo alma	37	25.7	40	31.0*	20	14.9
Az idrara çıkma	4	2.8	3	2.3	3	2.2
Cilt problemleri	38	26.4	48	37.2	44	32.8
Göz problemleri	-	-	2	1.6	6	4.5
Ateş basmaları	52	36.1*	39	30.2	26	19.4
Allerjik sorunlar	5	3.5	4	3.1	4	3.0

* $p<0.05$

Araştırma kapsamına alınan gruplarda adet öncesi dönemdeki bazı sorunların görülme durumunun dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Kabızlık-diare, bulantı ve ateş basması sorunları hemşirelerde, kilo alma öğretmenlerde diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma kapsamına alınan bütün grup değerlendirildiğinde ise sorunlardan ilk üçü cilt değişiklikleri, ateş basması ve kilo almazdır.

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumunun Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen	
	n	%	n	%
Etkiliyor	72	50.0	50	38.8
Etkilemiyor	72	50.0	79	61.2
Toplam	144	100	129	100

Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkileme durumu incelendiğinde, hemşirelerin %50’si, öğretmenlerin %38,8’i adet öncesi dönemdeki sorunların iş yaşamını etkilediğini belirtmiştir. Adet öncesi dönemdeki sorunların iş yaşamını etkileme oranı hemşire grubunda öğretmen grubundan fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Gruplarda Adet Öncesi Dönemdeki Sorunların Çevredekiler Tarafından Fark Edilme Durumunun Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
Fark ediyorlar	82	56.9*	61	47.3	44	32.8
Fark etmiyorlar	62	43.1	68	52.7	90	67.2*
Toplam	144	100	129	100	134	100

* $P < 0.05$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %56,9'u, öğretmenlerin %47,3'ü, ev hanımlarının %32,8'i adet öncesi dönemde yaşadığı sorunların çevreleri tarafından fark edildiğini belirtmişlerdir. Çevre tarafından fark edilme durumunun hemşire grubunda, fark edilmeme durumunun ev hanımlarında diğer gruplara göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda Adet Öncesi Dönemde Yaşanan Sorunların İş Ortamından Etkilenip Etkilenmediğinin Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen	
	n	%	n	%
Etkileniyor	65	45.1*	42	32.6
Etkilenmiyor	79	54.9	87	67.4*
Toplam	144	100	129	100

* $P < 0.05$

“Adet öncesi dönemdeki sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu?” sorusuna araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %45,1'i, öğretmenlerin ise %32,6'sı evet cevabını vermişlerdir. Adet öncesi dönemdeki sorunların iş ortamından etkileniyor olmasının oranının hemşire grubunda öğretmen grubuna göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Çalışan Gruplarda İş Stresi Puanlarının Dağılımı

İş stresi düzeyi	Hemşire		Öğretmen	
	n	%	n	%
B Düzeyi (1.0-1.3)	-	-	7	5.4
C Düzeyi (1.4-1.9)	24	16.7	42	32.6
D Düzeyi (2.0-2.5)	51	35.4	51	39.5
E Düzeyi (2.6-3.1)	55	38.2	26	20.2
F Düzeyi (3.2-3.4)	10	6.9	3	2.3
A Düzeyi (3.5-4.0)	3	2.1	-	-
Toplam	144	100	129	100

İş stresi ölçeğine göre stres puanlarının dağılımı şu şekilde ifade edilmektedir:

B düzeyi (1.0-1.3): Kişiyi önemli olduğunu hissettirmeyen, onun kapasitesini kullanmasına imkan vermeyen ve yeterli uyarım sağlamayan, dolayısıyla can sıkıntısından ve önemsizlik duygusundan kaynaklanan stres düzeyi.

C düzeyi (1.4-1.9): Uyarıcı yönleri olan ancak hafif bir iş. Başarı güdüsü yüksek biri için sıkıcı, mücadeleci olmayan biri için uygun bir iş stresi düzeyi.

D düzeyi (2.0-2.5): Sağlık ve verimlilik açısından en elverişli iş stresi düzeyi.

E düzeyi (2.6-3.1): Uyarıcılığı yüksek, sorumluluğu fazla ancak kişiyi çekici gelen iş stresi düzeyi. Bazı yönleriyle kişiyi zorlayarak verimliliği artırırken bazı yönleriyle de sağlığı tehdit edebilir.

F düzeyi (3.2-3.4): Sorumluluk düzeyi yüksek, kişiyi zaman açısından zorlayan, dinlenmeye ve aile ilişkilerine imkan tanımayan, bu sebeple sağlık ve verimlilik için tehdit oluşturan stres düzeyi.

A düzeyi (3.5-4.0): Sağlığı ve verimliliği ciddi olarak tehdit eden ağır risk düzeyi.

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve öğretmenlerin iş stresi ölçeğinden aldıkları puan dağılımları Tablo 11’de verilmiştir. Hemşire grubunda yüksek stres düzeyinde bulunan kişi sayısı öğretmen grubuna göre daha fazla sayıdadır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Çalışan Gruplarda İş Stresi Puanlarının Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen	
	n	%	n	%
1-Stres düzeyi riskli değil	76	52.8	100	77.5*
2-Stres düzeyi riskli	68	47.2*	29	22.5
Toplam	144	100	129	100

* $P<0.05$

İş stresi puanları 1.0-2.5 arası sağlık açısından risk oluşturmeyen stres düzeyi, 2.6-4.0 arası sağlık açısından riskli iş stresi düzeyi olarak kabul edilmiştir. Hemşirelerin % 47,2’si, öğretmenlerin % 22,5’inin iş stres puanı sağlık açısından riskli düzeyde bulunmuştur. Oranın hemşire grubunda öğretmen grubundan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Çalışan ve Çalışmayan Gruplara Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı

	Çalışan Bayan		Ev Hanımı	
	n	%	n	%
PMS Var	160	58.6*	51	38.1
PMS Yok	113	41.4	83	61.9*
Toplam	273	100	134	100

* $P < 0.05$

PMS ölçeğinden toplam 110 puan üzerinde alanların PMS'li olarak kabul edilmesine göre yaptığımız inceleme sonucunda PMS oranı, çalışan bayanlarda (hemşire ve öğretmenler) %58,6, ev hanımlarında %38,1 olarak bulunmuştur. Çalışan bayanlarda PMS görülme oranının ev hanımlarından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Mesleklere Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen		Ev hanımı	
	n	%	n	%	n	%
PMS Var	80	55.6	80	62.0	51	38.1*
PMS Yok	64	44.4	49	38.0	83	61.9*
Toplam	144	100	129	100	134	100

PMS ölçeğinden toplam 110 puan üzerinde alanların PMS'li olarak kabul edilmesine göre yaptığımız inceleme sonucunda, hemşirelerin %55.6'sında, öğretmenlerin %62.0'sinde, ev hanımlarının %38.1'inde PMS olduğu görülmüştür. Ev hanımlarında PMS görülme oranının hemşire ve öğretmenlerden düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşire ve öğretmenler arasında PMS görülme oranı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 15 .Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Çalışan (n= 273)	Çalışmayan (n=134)
Depresif duygulanım	18.39± 7.2*	15.20± 6.4
Anksiyete	13.75± 5.5	13.04± 7.9
Yorgunluk	18.01± 5.9	17.52± 6.6
Sinirlilik	14.95± 4.9	13.91± 5.4
Depresif düşünceler	14.47± 6.0	13.88± 6.1
Ağrı	7.99 ± 3.2	7.80± 3.9
İştah değişimleri	8.77 ± 3.3*	6.26± 3.7
Uyku değişimleri	7.55 ± 3.1*	6.44± 3.4
Şişkinlik	10.09± 3.5*	7.19 ± 4.1
Toplam PMS puanı	114.01± 33.6*	101.27± 35.0

* $p < 0.05$

Çalışma durumuna göre PMS ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları ortalamalarının dağılımları Tablo 15’de verilmiştir. PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, çalışan grubun depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve toplam PMS puan ortalamalarının çalışmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 16. Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı

	Hemşire (n=144)	Öğretmen (n=129)	Ev hanımı (n=134)
Depresif duygulanım	17.93± 7.4	18.91± 7.0	15.20± 6.4*
Anksiyete	13.18± 5.1	14.37 ± 6.0	13.04± 7.9
Yorgunluk	17.86± 5.8	18.17 ± 6.1	17.52± 6.6
Sinirlilik	14.84± 4.7	15.07 ± 5.1	13.91± 5.4
Depresif düşünceler	14.08± 5.6	14.91 ± 6.3	13.88± 6.1
Ağrı	7.93± 3.3	8.06 ± 3.2	7.80± 3.9
İştah değişimleri	8.63± 3.1	8.92± 3.4	6.26± 3.7*
Uyku değişimleri	7.27± 3.0	7.87± 3.2	6.44± 3.4*
Şişkinlik	9.95± 3.5	10.26± 3.6	7.19± 4.1*
Toplam PMS puanı	111.71± 32.2	116.58± 35.1	101.27± 35.0*

* $P<0.05$

Tablo 16’da mesleklere göre PMS ölçeği alt ölçek ve toplam ölçek puanları ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan ev hanımlarının, depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, şişkinlik, uyku değişiklikleri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve toplam PMS puanlarının öğretmen ve hemşire grubundan düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 17. Hemşire Grubunda İş Stresi Ölçeğine Göre Belirlenen Stres Puanına Göre Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

	C Düzeyi (n= 25)	D Düzeyi (n= 51)	E Düzeyi (n= 55)	F Düzeyi (n=10)	A düzeyi (n=3)
Depresif duygulanım	16.24	17.17	18.07	21.80	29.33*
Anksiyete	12.72	13.35	12.85	15.10	14.00
Yorgunluk	14.84	17.52	18.78	21.10*	21.33
Sinirlilik	13.16	14.31	15.76	16.00	17.33
Depresif düşünceler	11.48	14.00	14.90	16.30	14.66
Ağrı	7.24	7.64	8.18	9.40	9.33
İştah değişimleri	6.72	8.56	9.63*	7.90	10.00
Uyku değişimleri	6.36	7.17	7.74	7.30	7.66
Şişkinlik	8.60	9.84	10.69*	8.60	14.00
Toplam PMS puanı	97.36	109.60	116.63	123.50	137.66

* $p<0.05$

Tablo 17’de, hemşirelerin iş stresine göre PMS ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı verilmiştir. Hemşire grubunda iş stres puanı ile PMS ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, depresif duygulanım puanının, stres düzeyi ağır risk düzeyinde olan grupta hafif iş stresi puanı olan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. E ve F düzeyinde iş stres puanına sahip olanların yorgunluk; E düzeyinde stres puanına sahip olanların iştah değişiklikleri ve şişkinlik ölçek puanlarının C düzeyine göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$).

Tablo 18. Öğretmen Grubunda İş Stresi Ölçeğine Göre Belirlenen Stres Puanına Göre Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların Dağılımı

	B Düzeyi (n= 7)	C Düzeyi (n= 42)	D düzeyi (n= 51)	E Düzeyi (n= 26)	F Düzeyi (n= 3)
Depresif duygulanım	11.71	16.23	20.17*	21.88*	26.00*
Anksiyete	9.14	13.30	15.41*	15.34*	15.66*
Yorgunluk	11.14	15.78	19.88*	20.00*	23.00*
Sinirlilik	10.71	13.64	16.29*	16.11*	15.66*
Depresif düşünceler	8.71	11.95	15.84*	18.61*	23.00*
Ağrı	5.71	7.54	8.41	8.57	10.33
İştah değişimleri	6.14	8.02	9.58*	9.73*	9.66*
Uyku değişimleri	5.28	6.95	8.35*	8.88*	10.00*
Şişkinlik	7.28	9.78	10.86	10.76	9.33
Toplam PMS puanı	75.85	103.23	124.82*	129.92*	142.66*

* $p<0.05$

Tablo 18’de, öğretmenlerde iş stresine göre PMS ölçeğinden alınan puanların dağılımı verilmiştir. Öğretmenlerde D, E ve F düzeyinde stres puanına sahip olanların depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri alt ölçek puanlarının ve toplam PMS puanlarının B ve C düzeyi stres puanına sahip olanlara göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19. Çalışan Gruplarda Premenstrual Sendrom Ölçeğinden Alınan Puanların İş Stresi Düzeyinin Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı

	Hemşire		Öğretmen	
	Risk yok (n=76)	Risk var (n=68)	Risk yok (n=100)	Risk var (n=29)
Depresif duygulanım	16.86 ±7.5	19.11 ±7.2	17.93±6.7	22.31±7.0*
Anksiyete	13.14 ±5.4	13.23 ±4.7	14.09±5.9	15.37±6.3
Yorgunluk	16.64 ±6.0	19.23 ± 5.2*	17.55±6.2	20.31±5.5
Sinirlilik	13.93 ±4.8	15.86 ± 4.4*	14.79±5.2	16.06±5.0
Depresif düşünceler	13.17 ±5.3	15.10 ± 5.8*	13.71±6.1	19.06±5.4*
Ağrı	7.51 ±3.4	8.41 ± 3.1	7.86±3.2	8.75±3.0
İştah değişimleri	7.96 ±2.9	9.39 ± 3.2*	8.69±3.5	9.72±3.2
Uyku değişimleri	6.90±2.9	7.67± 3.1	7.55±3.2	9.00±3.1*
Şişkinlik	9.43±3.6	10.52 ± 3.2	10.16 ±3.5	10.62±4.0
Toplam PMS puanı	105.57±33.0	118.57±30.0*	112.33±34.8	131.24±32.9*

* $p < 0.005$

Tablo 19’da, PMS ölçeğinden alınan puanların stres düzeyinin sağlık açısından riskli olup olmamasına göre dağılımları verilmiştir. Hemşirelerde stres düzeyi sağlık açısından riskli olan grubun, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, iştah değişiklikleri alt ölçekleri ve toplam PMS puanlarının stres düzeyi sağlık açısından riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğretmenlerde stres düzeyi sağlık açısından riskli olan grubun, depresif duygulanım, depresif düşünce, uyku, değişiklikleri alt ölçek puanları ve toplam PMS puanlarının riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Çalışan bayanlar olarak tek grup halinde değerlendirildiğinde, depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri alt ölçek puanları ve toplam PMS puanları riskli grupta yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 20. Çalışan Gruplarda Premenstrual Sendrom Varlığının İş Stresi Düzeyinin Sağlık Açısından Riskli Olup Olmamasına Göre Dağılımı

	Hemşire				Öğretmen			
	Riskli düzey		Risksiz düzey		Riskli düzey		Risksiz düzey	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PMS Yok	23	33.8	41	53.9*	6	20.7	43	43.0*
PMS Var	45	66.2*	35	46.1	23	79.3*	57	57.0
Toplam	68	100	76	100	29	100	100	100

* $p < 0.05$

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerde PMS görülme oranı stres puanı sağlık açısından riskli düzeyde olan grupta %66,2, risksiz düzeyde %46,1; öğretmenlerde riskli düzeyde %79,3 iken, risksiz düzeyde %57,0 olarak bulunmuştur. Hemşire ve öğretmenlerin iş stresi sağlık açısından riskli olan grubunda PMS oranının iş stresi sağlık açısından riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 20).

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Hemşire ve Öğretmenlerde Adet Öncesi Dönem Sorunlarının İş Yaşamını Etkilemesi ve İş Ortamından Etkilenmesi Durumlarına Göre Premenstrual Sendrom Varlığının Dağılımı

		İş Yaşamını				İş Ortamından			
		Etkiliyor		Etkilemiyor		Etkileniyor		Etkilenmiyor	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire	PMS Yok	19	26.4	45	62.5	20	30.8	44	55.7
	PMS Var	53	73.6*	27	37.5*	45	69.2*	35	44.3*
Öğretmen	PMS Yok	7	14.0	42	53.2	4	9.5	45	51.7
	PMS Var	43	86.0*	37	46.8*	38	90.5*	42	48.3*

* $p < 0.05$

“Adet öncesi dönemde yaşadığınız sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu?” sorusuna verilen cevaplarla PMS ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde “evet” diyen grubun bütün ölçeklerden aldıkları puanları ve PMS varlığının, “hayır” diyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). “İş ortamından etkileniyor” diyenlerde PMS görülme oranı hemşirelerde %69,2, öğretmenlerde %90,5’dir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerde adet öncesi dönemdeki sorunlar iş yaşamını etkiliyor diyenlerde PMS görülme oranı %73,6, “Etkilemiyor” diyenlerde %37,5, öğretmenlerde “Etkiliyor” diyenlerde %86,0, etkilemiyor diyenlerde %46,8 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerde ve öğretmenlerde “Adet öncesi dönemdeki sorunlar iş yaşamını etkiliyor” diyenlerin bütün ölçek puanları ve PMS oranının “Etkilemiyor” diyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 21).

Tablo 22. Yaş Gruplarına Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

	20-29 yaş		30-39 yaş		40-49 yaş	
	n	%	n	%	n	%
PMS Yok	125	50.2	57	44.5	14	46.7
PMS Var	124	49.8	71	55.5	16	53.3
Toplam	249	100	128	100	30	100

PMS ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş gruplarıyla PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 22). Bütün çalışma grubunda PMS ölçeğinden alınan puanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ise 30-39 yaş grubunun anksiyete ve şişkinlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların 20-29 yaş grubuna göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 23. Eğitim Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

	İlkokul		Lise		Lisans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PMS Yok	74	66.1	23	47.9	99	40.1	196	48.2
PMS Var	38	33.9*	25	52.1	148	59.9*	211	52.8
Toplam	112	100	48	100	247	100	407	100

* $p<0.05$

Eğitim durumuyla PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, PMS görülme oranının lisans mezunlarında ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 23). Eğitim durumuyla PMS ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde ise, lisans mezunlarının depresif duygulanım, sinirlilik, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçekleri puanları ve toplam PMS puanlarının ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 24. Adet Döneminde Hissedilen Ağrı Düzeyine Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

	Yok		Hafif		Orta		Şiddetli	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PMS Yok	45	68.2*	84	58.3*	50	41.0	17	22.7
PMS Var	21	31.8	60	41.7	72	59.0*	58	77.3*
Toplam	66	100	144	100	122	100	75	100

* $p<0.05$

Araştırma kapsamına alınan gruplarda hissedilen adet ağrısı düzeyi ile PMS arasında ilişki olduğu; adet ağrısı düzeyi orta ve şiddetli düzeyde olan gruplarda adet ağrısı hafif olan ve olmayan gruba göre daha fazla görüldüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 24). PMS ölçeğinden alınan puanların hissedilen adet ağrısı düzeylerine göre dağılımı araştırıldığında ise, orta ve şiddetli düzeyde ağrısı olanların bütün ölçeklerden aldıkları puanların adet ağrısı olmayan ve hafif olan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 25. Sigara İçme Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

	Sigara İçen		Sigara İçmeyen	
	n	%	n	%
PMS Yok	45	35.7	151	53.7*
PMS Var	81	64.3*	130	46.3
Toplam	126	100	181	100

* $p<0.05$

Sigara içenlerde PMS görülme oranının içmeyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 25). PMS görülme oranı sigara içenlerde %64,3, içmeyenlerde %46,3'dür. Sigara içme ile PMS ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki araştırıldığında ise, sigara içen grubun depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçekleri puanları ve toplam PMS puanlarının içmeyen gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 26. Ailede Adet Öncesi Dönemde Sorun Yaşayan Birisinin Olma Durumuna Göre Premenstrual Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

	Ailede Yok		Ailede Var	
	n	%	n	%
PMS Yok	171	52.9*	25	29.8
PMS Var	152	47.1	59	70.2*
Toplam	323	100	84	100

* $p<0.05$

Araştırma kapsamına alınan bayanların ailesinde adet öncesi gerginlik yaşayan birisi olan grubun PMS görülme oranının, ailesinde olmayan grubun PMS oranından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

PMS, menstruel siklusun luteal fazı esnasında sürekli olarak ortaya çıkan yaygın siklus rahatsızlığıdır (6). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin siklus süresi ortalaması $27,7, \pm 3,1$, menstruasyon süresi ortalaması $5,6 \pm 1,3$ gün olarak saptanmıştır. Daşıkan, hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada siklus süresi ortalamasını $27,74$, menstruasyon süresi ortalamasını $5,32$ gün olarak saptamıştır (44). Literatürlerde siklus süresi ortalama 28 gün olarak kabul edilmektedir (2). Araştırmadan elde edilen bulgular literatürde belirtilen siklus süresi ortalamasıyla ve diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Doğum sayısını etkileyen faktörlerden birisi de eğitim düzeyidir. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre, ilkokul mezunu olamayan kadınlar ilkokul mezunlarına göre yaklaşık bir kat, en az ortaokul mezunu kadınlara göre ise yaklaşık 2.2 kat fazla doğum yapmaktadır (45). Türkiye'de kadınların eğitim düzeylerine göre doğurganlık durumları incelendiğinde, eğitim düzeyi düştükçe doğurganlık oranının arttığı saptanmıştır (46). Araştırmamıza katılan ev hanımlarının doğum sayısı ortalaması $(2,13 \pm 1,0)$ hemşire $(1,13 \pm 0,8)$ ve öğretmenlerden $(1,34 \pm 0,8)$ yüksek olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür bilgilerini desteklemektedir. Çalışmaya katılan ev hanımlarının doğum sayısı ortalamalarının yüksek olmasının nedeni, eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlı olabilir.

Araştırma kapsamına aldığımız hemşirelerin %39,6'sı sigara içmektedir. Hemşireler arasında yapılan çeşitli çalışmalarda sigara içme oranını Daşıkan %56,5, Bayık %52,3, Sezer %50,8 olarak saptamıştır (44,47,48). Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sigara içme oranı, bu araştırmalardan daha düşük olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin %41,1'i sigara içmektedir. Öğretmenlerde yapılan bazı çalışmalarda sigara içme oranı %33,8 ve %42,2 olarak bulunmuştur (49,50). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar yapılan bu çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Demirci, "İstanbul'da Yaşayan, Evli ve Çalışan Kadınların Koruyucu Üreme Sağlığına İlişkin Tutum ve Davranışları" konulu çalışmasında sigara içme oranını %48,2 olarak tespit etmiştir (51). Araştırma kapsamına alınan ev hanımlarının %11,9'u sigara içmektedir. Ev hanımlarında sigara içme oranının hemşire ve

öğretmenlere göre düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışan kadınlarda sigara içme oranı ev hanımlarına göre yüksektir. Bu durumun ekonomik bağımsızlık ve iş stresiyle bağlantılı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %54,9'u, öğretmenlerin %47,3'ü, ev hanımlarının %42,6'sı orta ve şiddetli düzeyde adet ağrısı olduğunu belirtmişlerdir. Kıran, "Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda PMS Prevalansı" konulu çalışmasında, kadınların %38.6 sının her ay, %21.3 ünün ara sıra adet ağrısı olduğunu; Coşkun, üreme sağlığı sorunlarını belirleyen epidemiyolojik bir çalışmada kadınların %47.7'sinin adet ağrısı olduğunu tespit etmiştir (52,53). Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Menstruasyon gören kadınların bir kısmını etkileyen adet ağrısı önemli ve klinik bir sorundur. Kadınların menopoz dönemine kadar her ay bu sorunları yaşadığı düşünülünce bu durum daha da önem kazanmaktadır.

Menstrual dönem yakınmalarına yönelik olarak ilaç kullanımı, egzersiz, istirahat gibi uygulamalar kadınlar arasında çeşitli oranlarda kullanılmaktadır. Daşıkın, "Çalışan Hemşirelerde Menstrual Yakınmaların İncelenmesi" konulu çalışmasında, menstrual yakınmalarına karşı hemşirelerin %32,5'inin önlem aldığını, önlem alanların %63,0'ının ilaç kullandığını saptamıştır (44). Çalışmamızda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %45,8'inin, öğretmenlerin %33,3'ünün, ev hanımlarının %38,8'inin menstrual yakınmalara karşı ilaç kullandığı belirlenmiştir. Menstrual dönem yakınmalarına karşı en fazla tercih edilen önlemin ilaç kullanımı şeklinde olması, yukarıdaki araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan gruplarda ilaç kullanma oranının diğer uygulamaların (egzersiz, masaj vb) oranından fazla olması, kadınların ilaç kullanma kolaylığını tercih ettiklerini, egzersiz ve masaj gibi uygulamalara önem vermediklerini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda, ev hanımlarında egzersiz yapan ve beslenmesini düzenleyenlerin oranı öğretmen ve hemşirelerden düşük olarak bulunmuştur. Genelde fazla uygulanmayan egzersiz ve masaj gibi yöntemlerin ev hanımları tarafından daha da düşük oranda uygulanması, bu durumun eğitim seviyesiyle ve sağlığın algılanmasıyla da ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına aldığımız bayanlarda adet öncesi dönemde görülen sorunlar, cilt sorunları, ateş basması ve kilo alma olarak sıralanmıştır. Daşıkın,

hemşireler üzerinde yaptığı çalışmasında, adet öncesi dönemde en fazla karında ve memelerde şişme, memelerde ağrı-hassasiyet, kilo alma şikayetlerini saptamıştır (44). Canbaz ve arkadaşları, üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında, akneyi en sık rastlanan fiziksel semptom olarak bulmuşlardır (54). Kilo alma, kadınları bu dönemde rahatsız eden bir sorundur. Cilt sorunları, ilerleyen yaşlarda da bazı kadınlar için rahatsız edici olabilmektedir.

“Adet öncesi dönemdeki sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu?” sorusuna, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %45,1’i, öğretmenlerin ise %32,6’sı “evet” cevabını vermişlerdir. Çalışmamızda, adet öncesi dönemdeki sorunların iş ortamından etkileniyor olması oranının, hemşire grubunda öğretmen grubuna göre yüksek olduğunu bulduk. İş ortamının çalışan kadınların günün önemli bir bölümünü geçirdikleri bir yer olduğu düşünülürse, kadınların bu ortamdan etkilenmeleri doğaldır. Öğretmenlik de stresli bir meslek olmasına rağmen, çalışma ortamını sağlıklı gençler oluşturmaktadır. Sağlıklı bir ortamda çalışan öğretmenlerin iş ortamından daha az etkilendiği düşünülebilir. Oysa hemşireler çok farklı bir ortamda görev yapmaktadır. Bu durumun hemşirelerin çalışma ortamının stresli olmasından, sağlıklı bireyler yerine hasta bireylerle iletişim halinde bulunmalarından, fiziksel ve sosyal çevre stres faktörlerinin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşireler arasında stres düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Özyürek ve arkadaşlarının cerrahi hemşirelerinde, Sabuncu ve arkadaşlarının yoğun bakım hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin fizik çevre ve iş stres vericilerden aldıkları puanlara göre hastalık geliştirme eğiliminde olduklarını tespit etmişlerdir (55,56). Durmuş ve arkadaşları Elazığ’da yaptıkları çalışmada, hemşirelerin %60,1’inin iş stresi yönünden sağlıkları risk altında olan gruba dahil olduklarını saptamışlardır (57). Baykal, hemşirelerin iş doyum düzeyleri üzerinde yaptığı çalışmada, doyum ölçeğindeki “işim streslidir” sorusuna “kabul” ve “tamamen kabul” cevaplarını verenlerin oranını %87,9 olarak bulmuştur (58). Akbal ve arkadaşlarının yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmalarında, bu hemşirelerin %25’inin yüksek stresli, %48,9’unun aşırı derecede stresli olduklarını saptamışlardır (59). Araştırmamıza katılan hemşire ve öğretmenlerin stres durumları incelendiğinde ise, hemşirelerin %47,2’si, öğretmenlerin %22,5’inin iş stres puanlarının sağlık açısından riskli

düzyeyde olduğu bulunmuştur. Oranın, hemşire grubunda öğretmen grubundan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin iş stresi puanlarının yüksek olduğu, araştırmamızdan elde edilen sonuçlarla diğer çalışma sonuçlarının birbiriyle benzerlik gösterdiği görölmüştür. Hemşirelerin işlerindeki ağır iş şartları, sorumluluklar, bu sorumluluklar sonucu oluşan cezai yaptırımlar, ayrıca vicdani sorumluluk, daha fazla stres oluşturuyor olabilir.

Çeşitli yaş ve çalışma gruplarında yapılan çalışmalarda PMS sıklığını; Güneş ve arkadaşları %26,8, Feridun %52,2, Gürel %58,4, Akyılmaz ve arkadaşları %32,7, Çoşkun ve arkadaşları %45,9 olarak bulmuşlardır (19,53,60-62).

Rupani ve Lema, Kenya Nairobi’de hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, örneklemelerinin %95,5’inin herhangi bir zamanda PMS deneyimlediklerini saptamışlardır (63). Bektaş, bir grup çalışan kadında PMS’un şiddetli formu olan PMDB sıklığını %62,5 olarak tespit etmiştir (64). Çalışmamızda, PMS ölçeğinden 110’un üzerinde puan alanların olası PMS grubunda düşünülmesine göre yapılan değerlendirme sonucuna göre, hemşirelerin %55,6’sında, öğretmenlerin %62,0’sinde, ev hanımlarının, %38,1’inde PMS olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda PMS sıklığı oranlarındaki farklılıklar, araştırmaların farklı kesimlerde yapılmış olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Hemşire ve öğretmen grubu arasında PMS sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Hemşirelerdeki PMS oranının öğretmenlerden biraz düşük olduğu görölmüştür. Bu sonuç, hemşirelerin aldıkları sağlık eğitimi sayesinde, karşılaştıkları durumla daha iyi baş edebilme bilgi ve becerilerine sahip olduklarını, ya da bazı semptomları önemsemediklerini düşündürmektedir.

PMS görölme oranı ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş gruplarıyla PMS görölme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da, yaş ile PMS arasında bir ilişki bulunmamıştır (52,60,62,63,65,66). Bu araştırmalardan elde edilen sonuçlar, araştırmamızdan elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir.

Daşıkan, 30-45 yaş grubu hemşirelerde adet öncesi dönem yakınma puan ortalamalarının yüksek olduğunu bulmuştur (44). Musal ve arkadaşlarının çalışmasında da, ödemin 30 yaş ve üzerinde daha fazla olduğunu; dermatolojik

yakınmaların ise 29 yaş ve altında daha sık olduğunu bulmuş, ama diğer semptomların yaşla ilişkisini saptayamamıştır (67). Yaptığımız araştırmada PMS ölçeğinden alınan puanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, 30-39 yaş grubunun anksiyete ve şişkinlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların, 20-29 yaş grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur . Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar, bazı semptomların yaşla ilgisi olabileceğini göstermesi açısından belirtilen çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Bu sonuçlar, PMS'un bir semptomlar kompleksi olması ve her yaşam döneminin kendine özgü sorunları olması nedeniyle, PMS ile yaş arasında genelde anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını; ama yaş dönemlerine özgü sorunların bazı şikayetlerin görülme durumunu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Eğitim durumuyla PMS ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde, lisans mezunlarının depresif duygulanım, sinirlilik, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçekleri puanları ve toplam PMS puanlarının ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Khella, Kahire'de yaptığı araştırmada eğitim düzeyinin yüksekliğiyle premenstrual semptomların ilişkili olduğunu bulmuştur (68). Mitchell ve arkadaşları, 3 PMS paterni ile ilgili olarak yaptığı çalışmada, PMS'li kadınların eğitim düzeyinin, daha düşük semptomlu kadınlara göre yüksek olduğunu saptamıştır (69). Bizim çalışmamızda da, PMS görülme oranının lisans mezunlarında ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yüksek kültür düzeyine sahip kadınların yaşam stresleri daha yüksektir. Bu tür kadınlar, dismenore, menstruasyondan hoşlanmama ve depresyon belirtileri gösterme gibi özelliklere sahiptirler. Daha düşük kültürel seviyedeki kadınların yaşamlarında ise stres görülmemekte, depresyon belirtisi gözlenmemekte ve menstruasyona karşı bir hoşnutsuzluk sergilenmemektedir (70). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stres düzeylerinin fazla olduğu, sağlığı algılamalarında farklılık olabileceği ve bunlara bağlı olarak daha fazla sorun yaşadıkları düşünülebilir.

PMS ölçeğinden alınan puanlar meslek ve çalışma durumuna göre karşılaştırılmıştır. Araştırma kapsamına alınan ev hanımlarının, depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, şişkinlik, uyku değişiklikleri alt ölçeklerinden aldıkları puanlar

ve toplam PMS puanları, öğretmen ve hemşire grubundan anlamlı oranda düşük olarak saptanmıştır. Öğretmenlerle hemşireler arasında PMS açısından bir fark bulunmamıştır.

Güneş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, PMS'un çalışmayan kadınlarda %24,9, çalışan kadınlarda %40 sıklıkta görüldüğü; kadınların çalışıyor olmaları ile PMS sıklığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (60). Yaptığımız çalışmada, depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçeklerinden alınan puanlar ile toplam PMS puanları ve PMS görülme oranının çalışan grupta çalışmayan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları, Güneş ve arkadaşlarının çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışan kadınlarda PMS'un daha fazla görülmesi, iş ortamından kaynaklanan sorunların ve iş stresinin PMS üzerindeki etkisini göstermektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda, PMS ile çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (52,62,71).

Kıran, her ay adet sancısı olduğunu ifade eden kadınlarda, hiç ağrısı olmayan ve ara sıra ağrısı olan kadınlara göre daha fazla PMS görüldüğünü istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (52). Canbaz ve Güneş de yaptıkları çalışmalarda, dismenoreisi olanlarda PMS görülme oranının anlamlı ölçüde yüksek olduğunu bulmuşlardır (54,72). Gürel de, PMS semptomlarından rahatsız olan ve daha az rahatsız olan grupları karşılaştırarak yaptığı çalışmada, rahatsız olan grupta daha fazla adet ağrısı yaşandığını saptamıştır (61). Bizim çalışmamızda, hissedilen adet ağrısı düzeyi ile PMS arasında ilişki olduğu; adet ağrısı düzeyi orta ve şiddetli düzeyde olan gruplarda, adet ağrısı hafif olan ve olmayan gruba göre daha fazla PMS görüldüğü saptanmıştır. PMS ölçeğinden alınan puanların hissedilen adet ağrısı düzeylerine göre dağılımı araştırıldığında ise, orta ve şiddetli düzeyde ağrısı olanların bütün ölçeklerden aldıkları puanların, adet ağrısı olmayan ve hafif olan gruba göre yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim bulduğumuz sonuçlar daha önce yapılan çalışma sonuçlarıyla uyum göstermektedir.

Uygulamada dismenore ve PMS'u birlikte giden durumlar olarak algılama eğilimi olabilmektedir; oysa ki primer dismenorenin prostaglandin sistemiyle bağlantısının olduğu düşünülmekte, premenstruel sendromdan farklı olarak menstruel dönemde şiddetlenmekte ve bu kadınların menstruasyon süresinde

emosyonel değişiklikleri belirgin yaşamadıkları bildirilmektedir. Bununla birlikte dismenoreyi premenstruel kapsamında yada dışında kabul eden farklı görüşler vardır (14,18). Dismenorenin PMS özelliği yoktur, fakat iki durum bir arada bulunabilir (17). Dismenore ve PMS arasında ilişki bulan ve bulmayan çalışmaların olması, nedenlerinin farklı olması dismenorenin PMS özelliği olmadığını fakat iki durumun birlikte bulunabileceği görüşünü desteklemektedir.

Erci ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, sigara kullanımı ile PMS arasında istatistiksel olarak ilişki olduğunu, sigara içmenin PMS görülme oranını etkilediğini saptamışlardır (65). Yaptığımız çalışmanın sonucunda, sigara içenlerde PMS görülme oranının içmeyen gruptan yüksek olduğu bulunmuştur . PMS görülme oranı sigara içenlerde %64,3, içmeyenlerde %46,3'dür. Sigara içme ile PMS ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişki araştırıldığında ise, sigara içen grubun depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçekleri puanları ve toplam PMS puanlarının içmeyen gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara içme ile PMS arasında anlamlı ilişki bulan Erci'nin çalışması, bizim çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir.

Daşkan, hemşirelerde yaptığı çalışmasında, adet öncesi yakınma puan ortalamalarını sigara içen grupta yüksek saptamış, ancak sigara içme ile PMS görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamıştır (44). Kıran, sigara içme miktarı artıkça PMS sıklığının artıyor gibi görüldüğünü, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir (52). Sternfeld, çalışmasında şiddetli belirtileri olan grupta sigara içme oranının fazla olduğunu, ama farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır (71). Yapılan çalışmalarda, sigara kullanımı ile PMS görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Ancak sigara içenlerde PMS görülme oranının fazla bulunması ve literatür bilgilerinin tedavide sigara azaltımını önermesi, sigaranın premenstrual bazı semptomlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (32).

Canbaz, Güneş ve arkadaşları; Akyılmaz, Hasio ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, PMS ile aile öyküsü arasındaki ilişkiyi anlamlı olarak bulmuşlardır (54,60,62,73). Mitchel ve arkadaşları, 3 perimenstrual semptom paterni kullanarak yaptıkları çalışmalarında, PMS'li kadınların daha düşük semptomlu kadınlara göre daha fazla premenstrual semptomu olan bir anneye sahip olduklarını bulmuşlardır

(69). Bizim çalışmamızda, ailesinde adet öncesi gerginlik yaşayan birisi olan grubun PMS görülme oranı, ailesinde böyle birisi olmayan grubun PMS görülme oranından yüksek olduğu bulunmuştur. Aile öyküsünde, adet öncesi gerginlik yaşayan birinin olmasıyla, alınan puanlar arasındaki ilişki de incelenmiştir. Ailesinde adet öncesi gerginlik yaşayan anne, kardeş v.b birey bulunanların bütün ölçeklerden aldıkları puanlar, ailesinde sorun yaşayan birisi olmayan grubun puanlarından yüksek bulunmuştur .

Dalton ve arkadaşları, monozigot ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğünü saptamışlardır. Anneler ve adölesan yaştaki kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir (9,21). Genetik faktörlerin yanında kadın olmaya ve adet olmaya karşı olumsuz düşüncelerin PMS üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu düşüncenin oluşumunda, anne ya da kardeşlerin yaşadığı sorunlar etkili olabilir. Bu sorunları gören bireyin de olumsuz düşünceler geliştirebileceği ve ailedeki kadınların benzer sorunları yaşayabileceği düşünülmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, yapılan diğer çalışmalarla ve literatür bilgileriyle uygunluk göstermektedir.

Premenstrual Sendrom, kadın sağlığını yakından ilgilendiren, fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden, sosyal ve aile içi ilişkileri etkileyen bir durumdur. Bu belirtiler kadının ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini bozar, işteki verimini aksatır, rollerini yerine getirmesini güçleştirir (1). PMS, çok sayıda kadının kötü çalışma öykülerinin veya eğitim başarısızlığının fark edilmemiş bir nedenidir (2). Chawla ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, premenstrual belirtilerin sonucu olarak belirti şiddeti arttığında, kadınların yataklarında daha çok zaman geçirdiğini; işteki, evdeki zamanı ya da okuldaki alıştırmaları azalttığını bulmuşlardır (74). Yaptığımız çalışma sonucunda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerde ve öğretmenlerde “Adet öncesi dönemdeki sorunlar iş yaşamımı etkiliyor” diyen grubun bütün ölçek puanlarının ve PMS görülme oranının “Etkilemiyor” diyen gruptan yüksek olduğu saptanmıştır. Literatür bilgileri, araştırmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir. Çalışan bayanların, adet öncesi dönemlerinin bir bölümünü çalışarak geçirdikleri düşünüldüğünde, yaşadıkları fiziksel sorunların iş yaşamlarını etkilemesi kaçınılmaz

bir sonuç olabilecektir. Adet öncesi dönemde kendini yorgun hisseden, uyku değişikliği yaşayan bireyin işteki verimi de düşecektir.

Bayık ve Özabacı'nın hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarda, vardiya ve nöbet gibi çalışma şekillerinin hemşirelerin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlıklarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Çalışma koşullarının uyku düzensizlikleri, sırt bel ağrısı, yorgunluk, sinirlilik gibi şikayetlere yol açtığı saptanmıştır (47,75). Yaptığımız çalışmada, adet öncesi dönemde yaşadıkları sorunların iş ortamından etkilendiğini belirten grubun bütün alt ölçeklerden aldıkları puanlarının ve PMS görülme oranının yüksek olduğu saptanmıştır. "Adet öncesi dönemde yaşadığınız sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu?" sorusuna "evet" diyen hemşirelerde PMS görülme oranı %69,2; öğretmenlerde ise %90,5'dir. Çalışma ortamından kaynaklanan sorunlar bazı hastalıkların oluşumunu kolaylaştırabilir. Çalışan bayanlarda, çalışma ortamının diğer sorunları etkilemesinin yanında premenstrual dönem sorunlarını da etkilediği düşünülmektedir.

Yapılan araştırmalar, çalışan bireyin bedensel, ruhsal sağlığının iş ortamından kaynaklanan çeşitli streslerin etkisinde kaldığını göstermektedir (59). Baykal ve arkadaşları hemşirelerin iş doyum düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında benzer bir şekilde "İşim sağlığımı olumsuz etkiliyor" sorusuna "kabul" ve "tamamen kabul" cevaplarını verenlerin oranını %63,1 olarak bulmuştur (58).

PMS tedavisi gören bayanlarda, günlük semptom ağırlığını belirlemek için yapılan araştırmalarda semptom şiddet değişiklikleriyle bağlantılı faktörler incelenmiştir. Klinik deneyimler sonucunda; stres, ağır çalışma dönemleri, ve hatta tatil dönemi gibi faktörlerin bu farklılıkları etkileyebildiği savunulmuştur (21).

Kuczmierczyk ve arkadaşları, PMS'li kadınlar ve PMS'siz kontrol grubu kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, iş çevresi stres faktörleri ile PMS arasındaki ilişkiyi incelemiştir. PMS grubunun algılarında daha fazla iş baskısı, daha az mesleki özerklik ve işlerinde daha az çeşitlilik olduğunu saptamışlardır (76).

PMS'li kadınlar, PMS'li olmayanlara göre fiziksel olarak 2.9 kat daha fazla aktiftirler. Alkol alımı ve stres ölçeğinde ortaya çıkan rakamlar, PMS'un stresle ilişkili olduğunu savunan görüşü destekler niteliktedir (77). PMS tanımlayan kadınlarda, psikolojik zorlanma ve çatışmalar daha yoğundur. Psikolojik zorlanma ve stresler, sinir sistemi kanalıyla hormonları ve yumurtalık faaliyetlerini etkiler.

Çalışan, ancak işinden memnun olmayan kadınlarda PMS şiddeti daha fazladır. İşi olan, ancak bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınların yakınmalarının daha fazla olduğu; öte yandan ev kadınlığı kendi seçimleri olan çocuklu kadınlarda ise psikolojik yakınmaların daha az olduğu bulunmuştur (1).

Yaptığımız çalışma sonucunda, hemşirelerde iş stres puanı “sağlığı ve verimliliği ciddi olarak tehdit eden ağır risk düzeyinde” olan grubun depresif duygulanım ölçek puanının “uyarıcı yönleri olan ancak hafif bir iş stresi düzeyinde” stresi olan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca iş stres puanı “sağlık ve verimlilik için tehdit oluşturan stres düzeyinde” ve “sağlığı ve verimliliği ciddi olarak tehdit eden ağır risk düzeyinde” bulunanların yorgunluk, iştah değişiklikleri ve şişkinlik alt ölçek puanlarının stres puanı ‘hafif bir iş düzeyinde’ olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya alınan öğretmenlerde iş stres puanı, “bazı yönleriyle kişiyi zorlayarak verimliliği artırırken, bazı yönleriyle de sağlığı tehdit edebilir stres düzeyi” ve “sağlık ve verimlilik için tehdit oluşturan stres düzeyinde” olanların depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri alt ölçek puanlarının ve toplam PMS puanlarının, “uyarıcı yönleri olan ancak hafif bir iş stresi düzeyi” ve “can sıkıntısından ve önemsizlikten kaynaklanan stres düzeyinde” bulunanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

E,F,A düzeyleri sağlık açısından riskli düzey, B,C,D düzeyleri ise sağlık açısından risk taşımayan düzey olarak kabul edilmiştir. Bu incelemenin sonucunda, iş stres düzeyi sağlık açısından riskli olan hemşirelerde yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, iştah değişiklikleri alt ölçeklerinin ve toplam PMS puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. İş stres düzeyi sağlık açısından riskli olan öğretmenlerde depresif duygulanım, depresif düşünce, uyku, değişiklikleri alt ölçek puanlarının ve toplam PMS puanlarının, riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçları, iş stresi düzeyi artıkça premenstrual dönem sorunlarının arttığını düşündürmekte ve literatürlerde verilen bilgileri desteklemektedir. Ayrıca araştırmanın sonucunda, lisans düzeyinde eğitime sahip olanlarda ve çalışan bayanlarda PMS görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonunda aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma kapsamına alınan toplam 407 kişinin 144'ü hemşire, 129'u öğretmen, 134'ü ev hanımıdır.

Araştırma kapsamına alınan ev hanımlarının gebelik ve doğum sayısı ortalamasının öğretmen ve hemşire grubundan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Menstruasyon döneminde hissedilen ağrı düzeyinin dağılımı incelendiğinde, hemşirelerin %25,7'sinin, öğretmenlerin %14,7'sinin, ev hanımlarının %14,2'sinin şiddetli ağrısı olduğu tespit edilmiştir.

Ev hanımlarında egzersiz yapanların ve beslenmesini düzenleyenlerin oranının hemşire ve öğretmenlere göre düşük olduğu, "Hiç bir şey yapmıyorum" diyenlerin oranının yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Adet öncesi dönemde yaşanan sorunların iş yaşamını etkileme durumu incelendiğinde, hemşirelerin %50'si , öğretmenlerin %38,8'i adet öncesi dönemdeki sorunların iş yaşamını etkilediğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %56,9'u, öğretmenlerin %47,3'ü, ev hanımlarının %32,8'i adet döneminde yaşadığı sorunların çevreleri tarafından fark edildiğini belirtmişlerdir.

Adet öncesi dönemdeki sorunların iş ortamından etkileniyor olmasının oranının hemşire grubunda öğretmen grubuna göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşire grubunda öğretmen grubuna göre yüksek stres düzeyinde daha fazla sayıda kişi bulunmuş olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Hemşirelerin %47,2'sinin, öğretmenlerin %22,5'inin iş stres puanı sağlık açısından riskli düzeyde bulunmuştur. Oranın, hemşire grubunda öğretmen grubundan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışan bayanlarda PMS görülme oranının ev hanımlarından yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşirelerin %55.6'sında, öğretmenlerin %62.0'sinde, ev hanımlarının %38.1'inde PMS olduğu görülmüştür. Ev hanımlarında PMS görülme oranının hemşire ve öğretmenlerden düşük olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışan grubun depresif duygulanım, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların ve toplam PMS puan ortalamalarının çalışmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşire grubunda depresif duygulanım, yorgunluk, iştah değişiklikleri ve şişkinlik alt ölçek puanlarının, stres puanı E düzeyinde olanlarda C düzeyine göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Öğretmenlerde depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri alt ölçek puanlarının ve toplam PMS puanlarının, stres puanı D, E, F düzeyinde olanlarda B ve C düzeyinde olanlardan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşirelerde ve öğretmenlerde stres düzeyi sağlık açısından riskli olan grubun PMS ölçek puanlarının stres düzeyi sağlık açısından riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Hemşire ve öğretmenlerde iş stresi düzeyi sağlık açısından riskli olan grubunda PMS görülme oranının iş stresi sağlık açısından riskli olmayan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Adet öncesi dönemde yaşadıkları sorunların iş ortamından etkilendiğini belirten grubun bütün ölçeklerden aldıkları puanlarının ve PMS görülme oranının, "Etkilenmiyor" diyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerde ve öğretmenlerde "Adet öncesi dönemdeki sorunlar iş yaşamımı etkiliyor" diyenlerin bütün ölçek puanları ve PMS görülme oranının, "Etkilemiyor" diyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

PMS ile yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş gruplarıyla PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak 30-39 yaş grubunun anksiyete ve şişkinlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların 20-29 yaş grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumuyla PMS arasındaki ilişki incelendiğinde, toplam PMS puanlarının ve PMS görülme oranının, lisans mezunlarında ilkokul mezunlarına göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

PMS leğinden alınan puanların hissedilen adet ağrısı düzeylerine göre dağılımı araştırıldığında ise, orta ve şiddetli düzeyde ağrısı olanların bütün ölçeklerden aldıkları puanların, adet ağrısı olmayan ve hafif olan gruba göre yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sigara içenlerde PMS görülme oranının içmeyen gruptan yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Aile öyküsünde adet öncesi gerginlik yaşayan anne, kardeş v.b. birey bulunanların bütün alt ölçeklerden aldıkları puanlar anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın sonucunda, çalışan bayanlarda PMS görülme oranının ev hanımlarından fazla olduğu ve iş stresi düzeyi artıkça premenstrual dönem sorunlarının artığı tespit edilmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

-PMS nedenleri, semptomları ve tedavi yöntemleri hakkında kadınlara etkin iletişim teknikleri kullanarak eğitim ve danışmanlık yapılabilir.

-Menstrual dönem sorunlarına yönelik yapılabilecek egzersiz, masaj gibi uygulamalar hakkında kadınlara eğitim programları düzenlenmelidir.

-Basın yayın organlarında bu konuya zaman zaman yer verilirse, premenstrual yakınmaları olan kadınların diet. egzersiz vb. yollarla semptomlarının hafifletilmesi, gerektiğinde de sağlık kuruluşlarına başvurması sağlanmış olur.

-Çalışan bayanlarda iş stresinin olumsuz etkilerini önlemek için;

Hizmet içi eğitim programlarına motivasyon sağlayıcı ödüller ile ağırlık verilmelidir.

- Stresle başa çıkmada etkili yöntemler öğretilmelidir.
- Kurumsal stres faktörlerini en aza indirmek konusunda kurum içi araştırmalar yapılmalı, sonuçlar değerlendirilmelidir.
- Kurumlar bünyesinde oluşturulacak stresle başa çıkma ve danışmanlık servisleri çalışanlara yönelik hizmet verebilir. Kurumlar bünyesinde stres düzeyini azaltmak için gerekirse psikolojik danışmanlar bulundurulmalıdır.

-Çalışan bayanların beden ve ruh sağlığını koruma yönünden bilinçlendirilmeleri için eğitim programları düzenlenebilir.

-PMS ile iş stresi arasındaki ilişkinin ve çalışan bayanlarla çalışmayan bayanlar arasındaki farklılığın incelenmesi için farklı meslek gruplarında ve daha geniş kitlelerde çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Özkan S. (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche, İstanbul. 216-220.
- 2- Erez R. (1997) Premenstrual Sendrom (7.ed) In: Erez S.(ed) Danfort Obstetrik ve Jinekoloji . J.B.Lippincott Company &Yüce Yayım AŞ, İstanbul. 678-679
- 3- Ceylan A., Demir C., (1985) Premenstruel Sendrom. *Kadın doğum dergisi* **1** (3), 167-170
- 4- Yücel B., (1992) Medikal ve Psikiyatrik Açıdan Premenstruel Sendrom. *Nöropsikiyatri Arşivi* **29** (3), 151-155
- 5- Atasü T., Şahmay S., (2001) Jinekoloji (2.ed). Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul. 524-525
- 6- Dickerson LM., Mazyck PJ., Hunter MH., (2003) Premenstrual Syndrome. *Amerikan Family Pysician* **67**, 1743-52
- 7- Speroff L., Glass R.H., Kase N.G. (1996) Menstrual Bozukluklar (5nd ed). In: Erk A., İşci H. (eds) Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul.
- 8- Coşgun A. (2000) TUS Birincileri Kadın Doğum Ders Notları (2.ed). Nobel Tıp Kitapevi. İstanbul. 80-83
- 9- Acar B. (1997) Premenstruel Sendrom In: Kişnişci H.(eds)Temel Kadın Hastalıkları. Güneş Kitapevi, Ankara 810-821
- 10 Çelikkanat H. (1994) Menstruasyon Komplikasyonları. Çağdaş Obstetrik Jinekoloji Teşhis ve Tedavi (Cilt 1). Barış Kitapevi, İstanbul. 822-824
- 11 World Healt Organization. (1996) Mental, Behavioral and Devolopmental Disorders. International Classication of Disese and Related Healt Problems (ICD-10). Cenevre :World Healt organization,
- 12 Flora S., Sellers M., (2003) Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Syndrome Myths. *The Skeptical Inquirer* **27**(3), 37-42
- 13 Köroğlu E., Aydemir Ö., (1998) Premenstruel Disforik Bozukluk. In: Köroğlu E. (ed) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSMIV. Medikomet Basım Yayın, Ankara. 980-985

- 14- Polat A.Ö., (2001) İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu Olan Kadınlarda Premenstrüel Sendromun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 15- Steiner M. (2000) Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Guidelines For Management. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience* **25 (5)**, 459-68
- 16- Kıran S., Aytaç R., (1996) Premenstrual Sendrom. *Sürekli Tıp Eğitimi dergisi* **5 (7)**, 263-268
- 17- Taşkın L. (1997). Doğum Kadın Sağlığı ve Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- 18- Yücel B., (1993) Premenstrüel Sendromda Anksiyete, Depresyon, Benlik Saygısı ve Hormon Ölçümlerinin Karşılaştırılmalı Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul
- 19- Aksu M.F. (1998) Kadın Hastalıkları ve Doğumda Baş Ağrıları: Menstruel Migren ve Premenstruel Gerilim Sendromu. Baş Ağrıları Ve Baş Dönmeleri Sempozyumu, 125-129
- 20- Girman A., Lee R., Kligler B.,(2003) An İntegrative Medicine Approach To Premenstrual Syndrome. *Amerikan Journal Ofobtetric And Gynecology* **188 (5)**, 56-65.
- 21- Börekçi B. (1998) Premenstrual Sendromun Medikal Tedavisinde Fluoksetin Kullanımı. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Erzurum
- 22- Kızılkaya N., (1995) Premenstruel Sendrom. *Sendrom Aylık Aktuel Tıp Dergisi* **7(2)**, 26-35
- 23- Erden A.C. (2001) Premenstrual Sendrom In: Çolakoğlu, M., Çiçek N. (eds) Jinekoloji El Kitabı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 94-101
- 24- Wyatt K., Dimmock P., Jones P., et al. (2001) Efficacy Ofpregesterone and Progestogens in Manegement of Premenstrual Syndrome: Systematic Review. *British Medical Journal* **323**, 776
- 25- Bacström T., Andreen L., Birzniece V., et al (2003) The Role of Hormones and Hormonal Treatments in Premenstrual Sendrom. *CNS Drugs* **17 (5)**, 325-342
- 26- (1998) New Approaches to PMS. *Harward Womens. Healt Watch*, **5**,

- 27- Kaleli B., Gezer S., Aktan E., ve ark (1997) Premenstrual Sendromda Serum Çinko ve Bakır Düzeyleri. *Türk Fertilité Dergisi* **5(1)**
- 28- Dilbaz N. (1992) Premenstrual Sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi* **3(1)**, 42-47
- 29- Oguzulgen I.K., Turктаş H., Erbaş D., (2002) Airway İnflamation İn Premenstrual Asthma. *Journal Of Asthma* **39 (6)**, 517- 522
- 30- (1994) PMS İt's Real. *Harward Womwns Healt Watch* **11(1)**
- 31- Alican İ., (2003) Premenstrüel Disforik Bozukluk. *Literatür* **38**, 156-160
- 32- Coşkun A., Karanisoğlu H. (1992) Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir. 52-54
- 33- Sungur M. (1998) Premenstrual Sendrom. In: Erk A. (ed) Novak Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul
- 34- (1998) Adet Öncesi Sendromu. *Güncel Eczacılık Dergisi* **65**, 33-34.
- 35- (2001) Herbal Treatments for PMS. *Harward Women's Health Watch* **8**, 7
- 36- Habek D., Habek J., Barbir A., (2002) Using Acupuncture to Treat Premnstrual Syndrome. *Arch Gynecol Obstet* **267**, 23-26
- 37- Shaughn O'Briern P.M., Abukhalil I.E.H., (1999) Randomized Controlled Trial of the Management of Premenstrual Syndrome Mastalgia Using Luteal Phase-Only Danazol. *Am J Obstet Gynecol* **180**, 218-23
- 38- Douglas S., (2002) Premenstrual Syndrome. *Canadian Family Pysician* **48**, 1789-1797
- 39- Tyhs-Jacobs S., Starkey P., Bernstein D., et al (1998) Calcium Carbonate And The Premenstrual Syndrome: Effects On Premenstrual And Menstrual Symptoms. *Am J Obstet Gynecol* **179**, 444-452
- 40- Karanisoğlu H. (1996) Premenstrual Sendrom. In: Coşkun A. (ed) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset Ltd Ş, İstanbul 203-205
- 41- Bekar M., Güçsavaş N., (1990) Premenstrüel Sendrom. *II Ulusal Hemşirelik Kongreleri Bildirileri*. 617-622
- 42- Baltaş A., Baltaş Z., (1998) Stres ve Başa Çıkma Yolları (18 Baskı) Remzi Kitapevi, İstanbul.
- 43- Gençdoğan B. (1998) Bir Premenstruel Sendrom Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirliği Ön Çalışma. X. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı. Ankara

- 44- Daşkan Z. (2000) Çalışan Hemşirelerde Menstrual Yakınmaların İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir
- 45- Hancıoğlu A., Koç İ., Dayıoğlu M. (2000) Türkiye’de Kadınların ve Çocukların Durumu, ÇHS ve ÇEDAW Bağlamında Perspektifler. Unicef Türkiye
- 46- Balkan G. (1995) In: Akın A.(2.Baskı) TC Sağlık Bakanlığı Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. Ankara
- 47- Bayık A., Erefe İ., Altuğ S. (1990) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sorunları ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler. II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir.
- 48- Sezer E., Açık Y., Bilgin N., ve ark (1992) Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Sigara Alarmı* **2(9)**
- 49- (2001) OR-AN 75 Yıl Sağlık Ocağı Bölgesindeki 3 İlk Öğretim Okulunda Çalışan Öğretmenlerde Bazı Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni* **22 (3-4)**
- 50- Saltık A. (1990) Edirne Merkez Orta Dereceli Okul Öğretmenlerinde Sigara İçimi Epidemiyolojisi ve Spielberg Testiyle Ölçülen Anksiyete Puanlama İlişkisi. II Ulusal Halk Sağlığı Kongresi
- 51- Demirci H. (2003) İstanbul’da Yaşayan, Evli ve Çalışan Kadınların Koruyucu Üreme Sağlığına İlişkin Tutum ve Davranışları. 2.Uluslar Arası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı.
- 52- Kıran S., (1998) Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Prevalansı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.
- 53- Coşkun A., Şahin N.H., Kızılkaya N., ve ark. (2000) Kuştepe Mahallesi Kadınlarının Demografik Özellikleri ile Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Sağlık Ve Toplum* **10(3)**, 22-30
- 54- Canbaz S., DüNDAR C., Sünter T., ve Ark (1999) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kız Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı. *Medikal Network Klinikbilimler ve Doktor* **5 (5)**, 680-684
- 55- Özyürek P., Ellidokuz H., Cengiz N., ve ark. (2003) Afyon İl Merkezinde ki Hastanelerde Çalışan Cerrahi Hemşirelerin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi. 2.Uluslar Arası 9 Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı.

- 56- Sabuncu N., Gülseven B., Karabacak Ü., (1999) Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi. *Yoğun Bakım* **3(3)**
- 57- Durmuş B., Yıldız H., (1999) Elazığ İl Merkezindeki Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin İş Stres Puanlarının Değerlendirilmesi. VII Ulusal Hemşirelik Kongreleri Bildirileri Kitabı. Erzurum.
- 58- Baykal Ü., Serezli S., (1999) Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Araştırılması. VII Ulusal Hemşirelik Kongreleri Bildirileri. Erzurum.
- 59- Akbal Ergün Y., Özer Y., Baltaş Z., (2001) Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres Düzeyleri ve Stresin Hemşireler Üzerindeki Etkileri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* **5(2)**, 70-79
- 60- Güneş G., Özer F., Pehlivan E., (2000) 30 Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda DSM IV Tanı Kriterlerine Göre Premenstrual Sendrom Prevalansı. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor* **6 (5)**, 660-663
- 61- Gürel H., Atar S., Karayel M., (1998) Genç Kızlarda Premenstruel Semptomların Sıklığı ve Okul Hayatı & Depresyon Üzerine Etkisi. *Türk Fertilité Dergisi* **6 (1-2)**
- 62- Akyılmaz F., Özçelik N., Polat G., (2003) Bayanlarda Premenstruel Sendrom Görülme Sıklığı. *Göztepe Tıp Dergisi* **18(2)**, 106-109
- 63- Rupani NP., Lema VM., (1993) Premenstrual Tension Among Nurses In Nairobi, Kenya. *East Afr Med J* **70 (5)**, 310-313.
- 64- Bektaş M., (1995) Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Disforik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerle Olan İlişkisi. KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Psikoloji ABD Yüksek Lisans Tezi. Trabzon.
- 65- Erci B., Okanlı A., Kılıç D., (1999) Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. VII Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı. Erzurum
- 66- Chuong CJ., Burgos DM., (1995) Medikal History In Women With Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* **16(1)**, 21-27
- 67- Musal B., Uçku R., Aksakoğlu G., ve ark. (1992) Narlidere Bölgesinde 15-49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlarda Premenstruel Semptomların Belirlenmesi. *Jinekolojide Ve Obstetride Yeni Görüş Ve Gelişmeler* **3(3)**, 61-64

- 68- Khella AK. (1992) Epidemiologic Study Of Premenstrual Symptoms. *J Egypt Public Healt Assoc* **67 (1-2)**, 109-118
- 69- Mitchel ES., Woods NF., Lentz MJ. (1994) Differentiation Of Women With Three Perimестruал Syptom Patterns. *Nur Res* **43(1)** 25-30
- 70- Zhao G., Wang L., Qu C., (1998) Prevalence Of Premenstrual Syndrome İn Repredüktive Women And İts İnfluential Factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* **33(4)**, 222-224
- 71- Sternfeld B., Swindle R., Chawla A., et al. (2002) Severity of Premenstrual Symptoms İn A Healt Maintenance Organization Population. *Amerikan Collage Of Obstetricians And Gynecologist* **99 (6)**, 1014-1024
- 72- Güneş G., Pehlivan E., Genç M., (1997) Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* **4(4)** 403-406
- 73- Hsiao M.Ç., Liu C.Y., Chen K.C., et al (2002) Characteristics Of Women Seeking Treatment For Premenstrual Syndrome İn Taiwan. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **106**, 150-155
- 74- Chawla A., Swindle R., Long S., et al. (2002) Premenstrual Dysphoric Disorder: is There an Ekonomik Burden of İllness?. *Med Care* **40(11)**, 1101-12
- 75- Özabacı M.N., Pektekin Ç., (1990) Hemşirelerde Çalışma Koşullarına Bağlı Oluşan, Fiziksel, Ruhsal, Sosyal Sorunlar ve Nedenleri. II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir.
- 76- Kuczmierczyk AR., Labrum AH., Johnson CC. (1992) Perception of Family Work in Women With Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Res* **36**, 787-95
- 77- Deuster PA., Adera T, South-Paul J., (1999) Biological, Social, and Behavioral Factors Associated With Premenstrual Syndrome. *Arch Fam Med* **8(2)**, 122-128

ANKET FORMU

Bu araştırmanın amacı kadınların yaşamlarının 30-35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan, halk arasında adet olarak isimlendirilen mensturasyonun hemen öncesinde görülen ve premenstruel sendrom olarak isimlendirilen bazı psikolojik şikayetleri incelemektir.

Araştırma tamamen bilimsel amaçlı olup araştırma verileri bilgisayarda değerlendirilecektir. Araştırma sonuçlarının doğruluğu vereceğiniz bilgilerin doğruluğu ile yakından ilişkilidir. Bu yüzden içten ve doğru cevap vermeniz çok önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkürler.

Yaş: Kilo: Boy:

Medeni Durum: ()Evli ()Bekar

Eğitim: ()İlköğretim ()Lise ()Ön lisans ()Lisans

Meslek: ()Hemşire ()Öğretmen ()Çalışmıyor

Gebelik sayısı: Doğum Sayısı:

Düşük Sayısı: İstemli küretaj:

Kaç günde bir adet görüyorsunuz? Adetleriniz kaç gün sürüyor:

Adetlerde düzensizlik: ()Yok ()Var

Adetleriniz ağrılı oluyor mu?()Yok ()Hafif ()Orta ()Şiddetli ()Çok şiddetli

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? ()Hayır ()Evet (belirtiniz):

Sistemik bir hastalığınız var mı? ()Hayır ()Evet (belirtiniz):

Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet (günde ne kadar):

Adet dönemindeki sorunları gidermek için ne yapıyorsunuz?

1-İlaç(Belirtiniz) 2-Egzersiz yapıyorum 3-Beslenmemi düzenliyorum

4-Rahatsızlığım olmadığından bir şey yapmıyorum 5-Diğer (açıklayınız):

Ne kadar süredir sorun yaşıyorsunuz?

Ailede adet öncesi gerginlik yaşayan birisi var mı? () Hayır ()Evet (kişi):

Adet öncesi gerginlik nedeniyle doktora gittiniz mi? ()Hayır ()Evet

Tedavi verildi mi? ()Hayır ()Evet

İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz? ()Korku ()Panik

() Heyecan () Üzüntü () Sevinç () Diğer(açıklayınız):

Adet öncesi dönemde aşağıdaki fiziksel sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz?(diğer zamanlara göre artıyor veya sadece o dönemde oluyorsa işaretleyin)

1-Kabızlık-Diare 2-Bulantı- Kusma 3-Kilo alma 4-Daha az idrara çıkma
5-Cilt problemleri 6-Göz problemlerinde artış 7-Ateş basmaları 8-Allerjik sorunlar

Gebelikten Korunma Yöntemi

() Hap () Takvim yöntemi () Geri çekme () Korunmuyorum

() Prezarvatif () Spiral () Enjeksiyon () Diğer

Sizce adet öncesi gerginliğin nedeni ne olabilir:

Bu konu ile ilgili bilginiz var mı? () Hayır () Evet

Adet öncesi dönemde yaşadığımız sorunlar iş yaşamınızı etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

Çevrenizdekiler bu dönemde sizde olan değişiklikleri fark ediyor mu?

() Evet () Hayır

Bu dönemde yaşadığımız sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu?

() Evet () Hayır

İŞ STRESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda iş hayatıyla ilgili bazı durumlar sıralanmıştır. Bu durumlarla ilgili olarak düşüncelerinizi verilmiş olan sayıları kullanarak belirtiniz.

- 1-Hiçbir zaman 2-Ender olarak 3-Bazen
4-Sık sık 5-Hemen hemen her zaman

1-Sorumluluklarınızı yerine getirmek için yeterli yetkinizin olmadığını hisseder misiniz?	
2-İşinizin amacı ve taşıdığınız sorumluluklar konusunda tereddüde düşer misiniz?	
3-İşinizde gelişme ve ilerleme konusunda sizin için varolan imkanlardan şüpheye düşer misiniz?	
4-Normal bir iş gününde bitirilemeyecek kadar ağır bir iş yükünüz olduğunu hisseder misiniz?	
5-Çevrenizdeki kimselerin birbirleriyle çatışan taleplerini karşılayamayacağınızı düşünür müsünüz?	
6-İşinizin gerektirdiği eğitime tam olarak sahip olmadığınızı hisseder misiniz?	
7-Amirlerinizin iş başarınız konusundaki değerlendirmelerini bilir misiniz?	
8-İşinizi yapmak için gerekli olan bilgileri elde etmek konusunda güçlüklerle karşılaşır mısınız?	
9-Tanıdığımız insanların hayatlarını etkileyecek kararlar konusunda endişe duyar mısınız?	
10-İşte, çevrenizdekiler tarafından hoşlanılmadığınızı ve kabul edilmediğinizi hisseder misiniz?	
11-Amirinizin sizi etkileyen karar ve davranışlarını yönlendiremediğinizi hisseder misiniz?	
12-Birlikte çalıştığınız kimselerin sizden tam olarak ne bekledikleri konusunda tereddüde düşer misiniz?	
13-Yapmak zorunda olduğunuz işin miktarının işinizin kalitesini olumsuz yönde etkilediğini düşünür müsünüz ?	
14-Daha iyisinin nasıl yapılacağını bildiğiniz halde, işinizi bunun dışında yapmak zorunda kalır mısınız?	
15-İşinizin aile hayatınıza engel olduğunu hisseder misiniz?	

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

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

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