



T.C.

KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PREMENSTRUAL SENDROM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ (KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)

Hazırlayan

Özlem DİNÇ

Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Özden TAŞGIN

KARAMAN – 2010

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PREMENSTRUAL SENDROM
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ (KARAMANOĞLU MEHMETBEY
ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ)

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: .02 /07 /2010

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan : Yrd. Doç. Dr. Hayri DEMİR

Üye : Yrd. Doç. Dr. Halil TAŞKIN

Üye : Yrd. Doç. Dr. Özden TAŞĞIN

Üye :

Üye :

İmzası



Bu tez, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 24/06/2010 tarih ve 2010/12-159 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: **Prof. Dr. H. Bahadır AKIN**
Müdür


Mühür
İmza



ÖNSÖZ

Premenstrual sendrom (PMS), kadınlarda menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp, menstrasyonun başlamasıyla hızla düzelen, üreme çağı boyunca oldukça yaygın görülen, somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur. Cinsel olgunluk çağındaki kadınların büyük çoğunluğunda görülmesi ve bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkması nedeni ile üzerinde durulmaya değer bulunmuştur.

Bu çalışmanın hazırlanmasında bana yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç.Dr. Özden TAŞGIN'a teşekkür ederim. Ayrıca çalışmam boyunca bana destek olan eşime şükranlarımı sunarım.

ÖZLEM DİNÇ

21.06.2010

ÖZET

Bu çalışmanın amacı Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesinde öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrual sendrom düzeylerini belirleyebilmek.

Araştırmanın örneklemi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesinde öğrenim gören 70 spor yapan ve 152 spor yapmayan kız öğrenciden oluşmuştur.

İlk olarak araştırmanın amacına yönelik literatür taraması sistematik olarak yapılmış daha sonra Halbreich ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilip, Türkçeye Dereboy ve arkadaşları (1994) tarafından çevrilmiş geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) tesadüfi örneklem yoluyla Karamanoğlu Mehmetbey üniversitesinde öğrenim gören 222 kız öğrenciye uygulanmıştır.

Verilerin çözümlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve hesaplanmış değerlerin bulunmasında SPSS (statistical package for social sciences) paket programı kullanılmıştır.

Sonuç olarak; premenstrual sendrom için spor etkili gibi görünmemekle beraber adet dönemi düzenli olan öğrencilerin daha az depresif duygulanıma, sinirlilik haline ve anksiyeteye sahip oldukları, yaşa bağlı olarak anksiyete ve depresif duygulanım düzeyinde azalma olduğu ve ilaç kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha az ağrı ve depresif duygulanım yaşadıkları tespit edilmiştir.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine female students' premenstrual syndrome level in Karamanoğlu Mehmetbey University.

The samples of the study include 70 exercise-doing and 150 non-doing female students in KMU.

First, literature scan appropriate to the aim of the study has been done systematically and later validity and reliability studies those were created by Halbreich et all (198?) and translated into Turkish by Derebey and et all (1994) have been done, Premenstrual Syndrome Scale (PSS) has been applied to 222 female students studying in KMU by random sampling.

In the analyzing of the data descriptive statistics have been used. In the evaluation of the data and in finding of the evaluated data SPSS (Statistical Package for Social Sciences) has been used and the reliability index of the scale (Cronbach Alpha) has been found as 0.97.

As a result, while exercise does not seem to be effective on premenstrual syndrome, it has been determined that students with regular menstrual period have less depressive feelings, aggressiveness and anxiety; there has been a decrease in the level of anxiety and depressiveness depending on the age and students using medicine experience less pain and depressiveness than non-users.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1

I.BÖLÜM**PREMENSTRUAL SENDROM**

I.1.Genel Bilgiler	3
I.1.1 Tanım	3
I.1.2. Premenstrual Sendromun Tarihçesi	7
I.1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi	9
I.1.4. PMS'nin Psikososyal Faktörleri ve Kültürel Yönü	9
I.1.5. PMS'nin Etkileri	11
I.2. Risk Faktörleri	14
I.2.1. Yaş Faktörü	14
I.2.2. Parite Faktörü	14
I.2.3. Medeni Durum Faktörü	14
I.2.4. Sosyo-ekonomik Durum Faktörü	15

I.3. PMS Belirtileri	15
I.3.1. PMS'nin Psikolojik Semptomları	16
I.3.2. PMS'nin Fiziksel Semptomları	17
I.3.3. Ağrıya Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar	18
I.3.4. Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar	18
I.3.5. İştaha Ait Semptomlar	19
I.3.6. Cilde Ait Semptomlar	19
I.3.7. Davranışsal Semptomlar	19
I.4. Ayırıcı Tanı	20
I.5. PMS Tedavisi	23
I.5.1. Farmakolojik Olmayan Tedavileri	23
I.5.1.1. Uyku ve Dinlenme	23
I.5.1.2. Egzersiz	23
I.5.1.3. Rahatlama Teknikleri	25
I.5.1.4. Stres Yönetimi	26
I.5.1.5. Homeopatikler	26
I.5.1.6. Işık Tedavisi	26
I.5.2. Hormonal Olmayan Tedaviler	27
I.5.2.1. Diüretikler	27
I.5.2.2. Vitamin B6	27
I.5.2.3. Anksiyolitikler ve Antidepresanlar	28
I.5.2.4. Kalsiyum ve Magnezyum	28
I.5.3. Hormonal Tedaviler	29
I.5.3.1. Progesteron	29

I.5.3.2. Oral Kontraseptifler	30
I.5.3.3. Danazol.....	30
I.5.3.4. Bromokriptin	31
I.5.4. Cerrahi Tedavi	31

II..BÖLÜM

MATERYAL ve METOT

II.1. Materyal	32
II.2. Metot	32
II.3. Verilerin Analizi	33
II.4.Bulgular.....	34
TARTIŞMA ve SONUÇ.....	52
KAYNAKÇA.....	56

KISALTMALAR

PDF	Premenstmal Değerlendirme Formu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
PMS	: Premenstrual Sendrom
PMDD	: Premenstrual Dysphoric Disorder
GNRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
SSRI	: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors
LLPDD	: Late Luteal Phase Dysphoric Disorder
PRL	: Prolaktin
EPO	: Evening Primrose Oil
FSH	: Folikül Stimüle Edici Hormon
LH	: Luteinize Edici Hormon
PMM	Premenstmal Magnifikans
AÖS	Adet Öncesi Sendrom
EOP	Endojen Opiat Peptid
PG	Prostaglandin
TRH	Tiroid Releasing Hormon
GH	Growth Hormon
BKI	Beden Kitle İndeksi
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1: Üniversite öğrencilerinin yaş, spor yapıp yapmadıkları ve uzun süre yaşadıkları yeri gösteren frekans dağılımı.....	34
Tablo 2: Üniversite öğrencilerinin çeşitli değişkenlere göre adet dönemlerinin değerlendirilmesi.....	35
Tablo 3: Üniversite Öğrencilerinin Menarş Yaşlarını Gösteren Frekans Dağılımı	36
Tablo 4: Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları.....	37
Tablo 5:Adet Dönemi Düzenli olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları	39
Tablo 6: Yaşadıkları Yerden Ayrılarak Adet Dönemlerinde Düzensizlik Yaratıp Yaratmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları.....	41
Tablo 7: Premenstrual Dönemlerinde İlaç Kullanan ve Kullanmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları	45
Tablo 8: Yaş Değişkenine Göre Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerine İlişkin One-Way Anova Testi Sonuçları.....	48

GİRİŞ

Premenstrual Sendrom (PMS), kadınlarda menstrual siklusun luteal fazı sırasında ortaya çıkıp, menstrasyonun başlamasıyla hızla düzelen, üreme çağı boyunca oldukça yaygın görülen, somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar topluluğudur (Stevinson ve Ernst, 2001:185(1):227-235, Korzekwa ve Steiner,1999:6(5):153-162, Quinn ve Dobak, 1993:1253-1255). Cinsel olgunluk çağındaki kadınların büyük çoğunluğunda görülmesi nedeni ile bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyılmaz ve diğ.,2003:18:106-109).

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80'nin, menstrual siklusun premenstrual fazına bağlı bazı değişiklikler yaşadığı bildirilmektedir (Steiner ve diğ.,2003:6:203-209). DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ise kadınların psikolojik fonksiyonlarında, hafif premenstrual değişikliklerin prevalansını yaklaşık %75, PMS belirtilerini ise %20-30 olarak belirtmiştir (Lane ve Francis,2003:6:127-138).

PMS, sadece kişiyi değil, ailesini ve içinde bulunduğu grupları da etkiler (Kıran,1998). 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 (Akyılmaz ve diğ.,2003:18:106-109). PMS' li kadınların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir (Lane ve Francis,2003:6:127-138). Bu dönemdeki kadınlarda fabrikalara hastalık nedeni ile işe gelmeme oranında, hastalık ya da psikolojik nedenlerle hastane acillerine başvuranlarda, davranış bozukluklarında, intihar girişimlerinde ve çocuklara uygulanan baskılarda artma olduğu görülmüştür (Bektaş,1995). Artan kaza/hata oranları,

kadınların erkeklerden %43 daha fazla görev başında bulunmaması ve kadınların %30-40'ının kişisel ve profesyonel yaşamında geçici, tekrarlayan bozulmalar PMS' ye atfedilmektedir (Kızılkaya,1994:8:84-90). Ancak kadınlar bu durumun kadın olmanın kaçınılmaz bir parçası olduğunu düşündükleri için PMS semptomlarını doğal bir durum olarak algılamaktadır (Wyatt ve diğ.,2002:4:88-89).

Bu çalışma da, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesinde öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrüel sendrom düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

I.BÖLÜM

PREMENSTRUAL SENDROM

I.1.Genel Bilgiler

I.1.1 Tanım

Menstrasyon olan kadınlarda, menstrual siklus boyunca dolaşımdaki hormonların miktarındaki değişimlere bağlı olarak bazı fiziksel, psikolojik yakınmalar görülmektedir. Bu yakınmalar içinde kadının günlük hayatını etkileyen en önemli sorunlar premenstrual dönemdeki şikâyetler ile dismenoredir. Ancak premenstrual dönemle, menstrasyon süreci boyunca saptanan şikâyetlerin birbirinden farklı olduğu bildirilmektedir (Akyılmaz ve diğ.,2003:18:106-109).

Menstrasyon kadın hayatında 30–35 yıl devam eden ve birçok kadında 25–35 gün aralıklarla meydana gelen fizyolojik bir olaydır. Hipotalamo-hipofizer, ovarial ve endometrial siklus değişiklikleri ile karakterizedir. Ovarian katılım foliküler ve luteal olmak üzere iki faza ayrılır. PMS'nin semptom ve işaretlerinin, menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıktığına dair fikir birliği vardır (Uganizza ve diğ.,1998:40-56,Erci ve diğ.,1999:2:14-26).

Luteal fazdaki "premenstrual tension" diye adlandırılan ve premenstrual gerginlik sendromu, premenstrual disfori, geç luteal faz disforik bozukluk gibi isimlerle tanınan PMS, genç ve orta yaş kadınların sağlığını yakından ilgilendiren bir durumdur. PMS, menstruasyonun luteal fazı boyunca ortaya çıkan, yeme bozukluğundan, intihara kadar çeşitli fiziksel ve psikolojik yakınmalarla seyreden ve kişiler arası ilişkileri etkileyen

yaygın, dönemsel bir bozukluktur (Güneş ve diğ.,1997:4:403-406,Dickerson ve diğ.,2003:67(8):1743). Kadınların premenstrual değişikliklerle ilgili psikolojik algılama ve deneyimleri uzun süredir önemli bir konu olmuştur. Kadınların bu dönemde yaşadığı değişikliklere yönelik müdahaleler geliştirmek için premenstrual semptomatolojiye eşlik eden değişiklikleri anlamak gerekir.

PMS ile eş anlamlı olarak kullanılan "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder - LLPDD) kriterleri 1987'de yayımlanan "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder s"ın üçüncü baskısının DSM-III-R ekinde yer almıştır. Ardından yeniden gözden geçirilip 1994'de yayımlanan dördüncü baskısında (DSM-IV) da yer almıştır. Ancak bazı otoriteler LLPDD'nin sadece luteal fazın geç dönemindeki semptomları göz önüne alıp tüm luteal faz boyunca yakınmaları olan kadınları göz ardı ettiği gerekçesiyle, PMS ile LLPDD'nin aynı anlamda kullanılmaması gerektiğini savunmaktadırlar (Akdeniz ve Gönül,2004:2:70-74).

DSM IV' de yer alan "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" tanı kriterleri şunlardır (Müderriş ve diğ.,1999:2:197-201,Karadağ,2001:5:11-14):

A- B'de yer alan semptomlar geçen yıl boyunca birçok menstrual siklusta, luteal fazın son haftası içinde görülüp, foliküler fazın başlamasıyla birkaç gün içinde düzelmelidir. Adet gören kadınlarda bu fazlar, âdetin başlamasından bir hafta öncesi ve birkaç gün sonrasına karşılık gelmektedir. Histerektomi ameliyatı geçirip adet görmeyen kadınlarda luteal ve foliküler fazların zamanlaması için üreme hormonlarının ölçümü gerekmektedir.

B- Aşağıdaki semptomlardan en az beşi, geç luteal fazların çoğunda

görülmektedir (1–2–3 veya 4'den en az birer semptom):

1- Belirgin duygusal labilite. Örneğin; kendini aniden hüzünlü hissetmek, her an ağlayacakmış gibi olmak, kolay uyarılabilir veya sinirli olmak.

2- Kalıcı ve belirgin öfke veya kolay uyarılabilirlik.

3- Belirgin anksiyete, gerginlik, heyecanlı ya da sinirli olmak.

4- Duygu-durumun belirgin ölçüde depresif olması, kendini umutsuz hissetmek veya kendi kendine inkâr edilen düşünceler.

5- Günlük aktivitelere (Örneğin; iş, arkadaşlar, hobiler) ilginin azalması.

6- Kolay yorulma veya belirgin enerji kaybı.

7- Konsantrasyon güçlüğü hissetmek.

8- Belirgin bir iştah artışı, aşırı yeme veya bazı yiyeceklere karşı aşırı istek duymak.

9- Çok uyumak ya da uykusuzluk.

10- 10- Diğer fiziksel semptomlar: Memede gerginlik veya şişme, baş ağrısı, eklem veya kas ağrısı, şişkinlik hissi, kilo artışı v.s.

C- İş, sosyal aktiviteler ve diğer kişilerle ilişkileri olumsuz yönde ciddi ölçüde etkileyen hastalıklar.

D- Bu rahatsızlıklar; majör depresyon, panik bozukluk, distimi (en az iki yıl süren

bir depresyon türü) gibi diğer bozukluk semptomlarının ya da kişilik bozukluklarının şiddetlenmesine bağlı olmamalıdır.

E- A,B,C,D kriterleri kadının kendi kendine uygulayacağı günlük çizelgelerle en az iki siklus boyunca prospektif olarak doğrulanmalıdır.

PMS, DSM IV' de, "Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk" başlığı altında "Premenstrual Disforik Bozukluk" adıyla yer almıştır. Bu tanıma göre; geçen yıl boyunca, menstrual siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak bir takım semptomlar (örneğin; belirgin depresif bir duygu-durum, belirgin anksiyete, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma) ortaya çıkması, bu semptomların menstrasyonların 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 ve menstrasyonlar dan sonra en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gerekmektedir (Anson,1999:49:67-80).

Kadınlarda premenstrual dönemde meydana gelen değişiklikler, hafif, rahatsızlık yaratmayan, birden fazla semptomun aynı anda yaşanması şeklinde olabilir. Göğüslerde hassasiyet ve ödem gibi semptomlar kadınların birçoğunda menstruasyona yakın dönemde meydana gelir ve genellikle kadınların tedavi olma gereksinimi duymayacakları derecede hafiftir. Buna "Premenstrual Molimina" denir (Acar,1996:810-819, Bosarge, 2003:5:13-17). Psikiyatrik sorunu olan bazı hastalarda, semptomların premenstrual dönemde artış göstermesine de "Premenstrual Magnifikans" (PMM) denir. Reprodüktif çağıdaki kadınların %80-90'ında Premenstrual Molimina görülürken, kadınların %3-5 kadarında ise semptomlardan biri veya daha fazlası hastayı ileri derecede

strese sokacak düzeydedir (Baysal,2004:41-48)

I.1.2. Premenstrual Sendromun Tarihçesi

Menstrual bozukluklara ilişkin en eski bilgilere MÖ. 460–377 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat'ın yazılarında rastlanabilmektedir. Bu yazılarda "Histeri" terimi, sıkluk Menstrual disfonksiyonu tanımlamak amacıyla kullanılmış ve bu soruna uterusun, vücut içinde dolaşp bir yere yerleşmesinin neden olduğu düşünülmüştür (Dilbaz,1992:3(1):42-47, Akdeniz ve Gönül,2004:2:70-74).

Menstrasyonla ilgili efsaneler, erkeklerin adet gören kadınlara ve adetli kadınların erkeklere karşı tavırlarından kaynaklanmaktadır. Anaerkil klan döneminde, hem adet gören hem de kanaması olması nedeniyle doğum yapmış kadından uzak durma geleneği bulunmaktaydı. Burada kadına duyulan saygı, kadının ve bebeğin korunması gereği ön plandadır. Ardından ataerkil dönemde kadının toplumdaki konumunun değişmesiyle, adet gören bir kadına kötü gözle bakıldığı görülmektedir. Hemen hemen dünyanın her yerinde, adetli bir kadına şeytan ruhunun hükmettiği düşüncesi bulunmaktaydı. Aristo, adetli bir kadının aynayı bakışıyla matlaştıtrabileceğini ve daha sonra bakan kişinin büyülenebileceğini söylemiştir.

Genelde tarihin erken dönemlerinden beri, yaygın bir şekilde kandan korkma söz konusudur. Bu içgüdüsel korku, kan ve onunla temas eden her şeyle ilgili tabulara neden olmuştur. Bu tür bir düşünce, kadınların kendi adet dönemlerine karşı tepkilerini belirlemiş, politik olarak eşit konumda olmamalarına, annelerin kızlarına âdeti utanç verici bir şey olarak öğretmelerine yol açmıştır (Kıran,1998).

Yıllarca premenstrual döneme ait birçok semptom tarif edilmişse de, klinisyenlerin çoğu yaşanan bu değişiklikleri, önemsiz psikosomatik bir durum olarak algılamışlardır(Acar,1996:810-819). Karadağ'ın belirttiğine göre, Hipokrat'tan beri yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuştur. Trotula De Salerno daha 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları, çocuk bakımı ve eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi sendrom (AÖS) ile ilgili açıklamalarda bulunmuştur. 16 yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir. İcard, piromani (yangın çıkarma hastalığı), dipsomani (aşırı miktarlarda alkollü içki içmek için duyulan bir zorlanma hissi), homisidal ve suisidalmani, erotomani (çılgınca bağlanma bozukluğu), morbid kıskançlık, melankoli ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840'da bazı kadınların adet döneminde "histerik, nöraljik ve kaprisli" olduklarını yazmıştır (Karadağ,2001:5:11-14).

Anson'un belirttiğine göre, PMS ile ilgili ilk tanımlayıcı araştırma, 1931 yılında Frank tarafından yapılmıştır. O dönemde premenstrual gerilimin hormonal nedenleri tanımlanmış ve PMS'nin nedeni luteal fazdaki aşırı östrojen artışına bağlanmıştır. PMS terimi ise ilk kez 1953 yılında Dalton ve Green tarafından kullanılmıştır (Anson,49:67-80). 1953'ten sonra premenstrual sendrom, premenstrual tension sendrom ve premenstrual tension gibi terimler benzer anlamlarda kullanılmıştır. 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da PMS, hastalık sınıflandırma sistemine dâhil edilmiştir. 1987'de ise PMS, DSM'nin üçüncü baskısında tanı kategorisine dâhil edilmiştir (Güneş ve diğ.,1997:4(4):403-406,Dickerson ve diğ.,2003:67(8):1743).

PMS yüzyıllardan beri bilinmesine rağmen ancak son 50 yılda bir sendrom olarak kabul edilip tedavisi için çalışılmaktadır. Bugün bile patogenezi, semptomatolojisi

ve tarifi değişkindir (Üner,1996:263-267).

I.1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalar üreme çağındaki kadınların yaklaşık %80'nin, menstrual siklusun premenstrual fazına bağlı bazı değişiklikler yaşadığını göstermektedir (Steiner ve diğ.,2003:6:203-209). DSM- IV ise kadınların psikolojik fonksiyonlarında, minör premenstrual değişikliklerin prevalansını yaklaşık %75, PMS belirtilerini ise %20-30 olarak belirtmiştir (Lane ve Francis, 2003:6:127-138).

PMS semptom ve işaretlerinin, yaş ve PMS arasındaki ilişkinin uyumsuzluğuna karşın, 25–35 yaş arası kadınlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. Ancak bu dönemdeki kadınlar tedavi için başvurduklarında yaklaşık 10 yıldır bu belirtilere sahip olduklarını bildirmektedir. PMS ergenlik döneminde başlamakta belirtiler giderek şiddetlenmekte ve daha sonra kadın menopoza yaklaştıkça belirtiler azalmaktadır. Çok net bulgular olmasa da pek çok kadın belirtilerin gebelik sayısı ve yaşla doğru orantılı olarak arttığını belirtmektedir (29). Kariyer ve ailevi nedenlere bağlı olarak yaşanan strese bağlı da PMS semptomlarında yaşla birlikte artış görölmektedir (Uganizza ve diğ., 1998:40-56). Bununla birlikte medeni durum, ırk, kültür ve eğitim seviyesi ile PMS arasında pozitif bir bağlantı görölmemiştir (Güneş ve diğ.,1997:4(4):403-406).

PMS' de kalıtımın sorumlu olup olmadığı tam olarak bilinmemesine karşın, bazı çalışmalar genetik faktörlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, dizigotik ikizlerden

ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca anneler ve adölesan yaştaki kızlarında PMS semptomlarının benzerlik gösterdiği bildirilmiştir. PMS' ye psikiyatrik hastalığı olan kadınlarda daha sık rastlanıp rastlanmadığı konusunda tartışmalar vardır. PMS'li hastalarda, kontrol grubuna göre, yalnızca luteal fazda daha sık depresyon görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca PMS ve endojen depresyon olguları, psikolojik profiller ve kortikal sekresyon dinamiği açısından karşılaştırıldığında, endojen depresyonda görülen, depresif ataklar PMS' de farklı bulunmuştur (Acar,1996:810-819, Bosarge,2003:5:13-17).

I.1.4. PMS'nin Psikososyal Faktörleri ve Kültürel Yönü

Multivaryans analizler premenstrual semptomların değişkenliği ile sosyal ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkiyi açığa çıkarmaktadır. PMS tanısı alan kadınların iç çatışmalardan doğan stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu belirtilmektedir. Adaptif davranışlar ve mevcut sosyal çevre, kişilerin durumlarını nasıl algılayacaklarını ve nasıl davranacaklarını etkilemektedir. Stres verici bir çevredeki birey semptomlarını muhtemelen daha olumsuz bir şekilde algılayacaktır.

Bektaş'ın belirttiğine göre yapılan bir çalışma sonucunda olumsuz yaşam olaylarının premenstrual ve menstrual negatif etki, menstrual su tutulumu ve menstrual performansta azalma gibi semptomların artışı ile bağlantılı olduğu görülmüştür. PMS ile ilgili diğer bir varsayıma göre premenstrual yakınmaları olan kadınların nörotisizm veya diğer benzeri kişilik uyumsuzluğu gibi belirgin kişilik özellikleri olduğudur. Bununla beraber bireyin menstrasyonu algılayışı ve kadınlık rolüne sosyalle olması (kadınlığı kabullenememe) sendromda bir etkidir (Bektaş,1995). Kadınlığın algılanması ve kadın

kimliğine ait güçlüklerden PMS'nin psikolojik boyutları ile ilgili tartışmalarda bahsedilmektedir. PMS semptomları kadın olmakla ilgili öfke duygusuyla bağdaştırılmış, gebelik ve cinsel tercih karmaşası ile teorize edilmiştir. Bazı çalışmalar bu problemlerin anne-kız ilişkisi ve menarşa hazırlıkta annenin kötü deneyimlerinin varlığı yoluyla kızında da PMS görülmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte kızların menstruasyonla ilgili edindikleri bilgiler ve menstruasyonla ilişkili değişikliklere ait davranışlar, kendisini kadın olarak kabul etme ve belirtilere yanıtlarını da etkileyebilir (Yücel ve Polat,2003:24(4):231-237).

Menstrual siklusun sosyal temeli bir fenomen olduğu düşünülmektedir. Kadınlık rolünün algılanması ve menstruasyon, menstrual distressin algılanmasında önemli rol oynamaktadır. Sosyokültürel konular menarş ve menstruasyona yönelik inanç ve tutumları büyük derecede etkilemektedir. Menstruasyona yönelik tutumlar ve menstruasyonla ilişkili deneyimlerin en önemli belirleyicilerinin din-kültür etkisi olduğu belirtilmektedir. Menstruasyon olan kadınlar eski dönemlerde kirli, Allaha saygısız olarak düşünülmekteydi.

I.1.5. PMS'nin Etkileri

PMS'nin etkilerini her kadın farklı boyutta yaşamaktadır. Kadınların çoğu bu semptomları hayatın sadece bir parçası ve "katlanmak zorunda" oldukları bir durum olarak algılamaktadırlar. PMS farklı bireylerde farklı belirtilerle ortaya çıkmakta ve bireylerin beklentilerine göre belirtiler çeşitlilik göstermektedir (Dickerson ve diğ.,2003:67(8):1743). Genel olarak premenstrual şikâyetleri için doktorlara ya da psikologlara müracaat edenlerin dışında, pek çok kadın bu tip yakınmalarına çözüm aramayı akıllarına bile getirmeden

hayatını sürdürmekte ve bunun sonucunda da sosyal, mesleki ve ailevi sorunlara maruz kalmaktadır (Bektaş,1995).

İnançlar ve menstruasyona yönelik tutumlar, çoğunlukla anneler ve diğer akrabalarından köklerini almaktadır. Bireyin baş etme mekanizmaları ise aileden öğrenilenler yoluyla bilinçaltını etkilemektedir. Bireyin yetiştirilme şekli, hayatla baş edebilme gücünü ve baş etme mekanizmalarını doğrudan etkilemektedir. Eğer PMS'ye yönelik tutumlar bireye negatif yollarla aktarılmışsa bireyin bakış açısı da aynı şekilde etkilenecektir (Suffling,2001:109-127).

Bazı kadınlar için PMS'de yaşanan semptomlar doğaldır. Böyle düşünen kadınlar genelde diyet, hayat tarzını değiştirme gibi kendi kendine yardım yollarını denemektedirler. Bazı semptomları oldukça basit tedavi yöntemleriyle çoğunlukla giderebilmekte ve bu yüzden de kadın başka kaynaklardan yardım aramamaktadır.

Bununla birlikte bazı kadınlar PMS semptomlarını kişisel, ailesel ve iş yaşantılarını olumsuz etkileyecek derecede şiddetli yaşarlar. Bu kadınlar genellikle profesyonel bir yardıma gereksinim duyarlar. Premenstrual belirtiler için tedaviye başvuran kadınların, başvurmayanlara göre depresif bozukluk, panik bozukluğu, özkıyım girişimleri ve madde bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında oldukları bilinmektedir. Majör depresif bozukluk tanısı alan kadın hastaların bir grubunda, uygun sağaltıma karışım, adet döngüsünün luteal döneminde depresif belirtilerde şiddetlenme, yineleme ya da başka belirtilerin yanı sıra sosyal geri çekilme, öfkenin kontrol edilememesi, özkıyım düşünce ve girişimleri de görülmektedir. Genç kızlarda premenstrual belirtiler ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye bakan çalışmalarda premenstrual sendrom skoru ile sürekli kaygı ve

depresyon düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ve premenstrual belirtileri olan kızların olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla emosyonel sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca premenstrual belirti gösteren kolej öğrencilerinin dört yıllık izlemi sonucunda %18'inin affektif bozukluk geliştirdikleri belirtilmiştir (Çetin ve diğ.,2005).

Kızlardaki döngüsel adet öncesi duygu-durum dalgalanmaları "mutlu bir öğrencinin akademik çalışma ve davranışı bozulan tembel, kötü huylu, bencil bir kişiye dönüşmesi" olarak tanımlanmıştır. Genç kızın yaşadığı adet öncesi belirtiler şiddetli olduğunda ve bu sorunlarla baş edemediğinde, benlik saygısında azalma, beden algısında değişiklik, akran ilişkilerinde sorunlar ve eğitimdeki hedeflerini gerçekleştirme konusunda yaşadığı zorluklar nedeniyle toplumsal ve mesleki işlevleri gerileyip bozulabilmektedir. Dismenore ve adet öncesi belirtilerin, okul başarısı ve okula devamı etkileyen, psikososyal boyutu olan önemli bir sorun olduğu, buna karşın genç kızların büyük bir çoğunluğunun (%57) bu yakınmaları için tedaviye yönelik hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (Çetin ve diğ.,2005).

PMS kadınlarda ilk olarak çocuk sahibi oldukları dönemde ortaya çıkar. Bu süreç kadınlar için stres dolu bir dönemdir. Oral kontraseptif kullanımının bırakılması ya da gebelikten sonraki dönemlerde PMS'nin başladığı görülür. Postnatal depresyon yaşayan kadınlar daha fazla PMS hedefi olurlar. PMS kadınların yaşantılarındaki sorunlu ve stresli dönemlerde diğer zamanlara göre daha fazla yaşanır. PMS kadınlarda otuzlu yaşların başlarında ve perimenopozal dönemde ortaya çıkar. Semptomlar genelde ilerleyici bir şekilde şiddetlenir. Perimenopozal dönemdeki kadınlar fiziksel ve psikolojik semptomların tümünü yaşayabilirler. Bu durum ağır yaşanan PMS ile menopoza başlangıcı arasında ayrım yapmayı güçleştirir (Suffling,2001:109-127).

Kadınların çoğu fiziksel semptomlarla baş edebilirken, psikolojik semptomları yönetmekte güçlük çekerler. Özellikle bu semptomlar evde, işte ve özel yaşantılarında yetersiz baş etmeleri olup problem yaşadıkları dönemlerde hayatlarını daha olumsuz etkiler. PMS, "nevrotik kadın" şikâyetidir denilmesine rağmen, PMS'nin kadınların kişilik yapılarıyla ilişkisi yoktur. Bununla birlikte genel psikolojik sağlıkla PMS arasında bir bağ olduğu görülmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan kadınlar PMS'yi daha sık yaşarlar ve semptomlar psikolojisi iyi olan kadınlara göre daha ciddidir (Suffling,2001:109-127).

I.2. Risk Faktörleri

I.2.1.Yaş Faktörü

PMS'de yaşın etkisi tam olarak açıklanamamıştır. Kadınlar çoğunlukla, 30 yaşından sonra premenstrual yakınmaların başladığını ya da arttığını belirtse de bu kanıtlanamamıştır. PMS'nin 20'li yaşlarda başlayıp, yaşla birlikte arttığı söylenmektedir. Anovulatuvar sikluslar, adölesanlarda yaşla birlikte azalırken, premenopozal kadınlarda giderek artmaktadır. Hormonal dalgalanmalar anovulatuvar sikluslar da azaldığı için, bu semptomların yaşla birlikte artmasını açıklayabilir. Ayrıca hem yaşın hem paritenin menstrual krampların daha az görülmesiyle ilişkili olduğu, multivaryans analizlerde, yaşın menstrual krampların az olmasıyla ilişkisinin pariteden daha fazla olduğu bulunmuştur (Kıran,1998).

I.2.2. Parite Faktörü

Yapılan çalışmalarda çok çocuğu olan kadınlarda menstrual semptomların daha az, premenstrual semptomların ise daha çok olduğu bildirilmektedir. Kadınları çok doğuran

ve emziren ülkelerde menstrual siklusların daha az yaşanmasına bağlı PMS daha az görülmektedir (Oğur,2004).

I.2.3. Medeni Durum Faktörü

Kadının yaşamında bir partnerinin olması doğrudan ya da dolaylı olarak PMS semptomlarını azaltabilmektedir. Evli kadınlarda; bekar, ayrı ya da boşanmış kadınlara göre daha az menstrual ağrı olduğu saptanmıştır (Kıran,1998). Eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş olan kadınlarda premenstrual gerginlik, evli olanlara göre daha şiddetlidir (Oğur,2004).

I.2.4. Sosyo-ekonomik Durum Faktörü

Yapılan araştırmaların bir kısmında, eğitilmiş ve yüksek gelirli kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite, duyguların değişikliği, menstrual kramp, kilo artışı, depresyon gibi premenstrual semptomların daha az görüldüğü bildirilmektedir. Oğur'un (2004) yapmış olduğu çalışmada PMS görülme oranının lisans mezunlarında ilkökul mezunlarına göre yüksek olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik durumla premenstrual semptomlar arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamıştır(Kıran,1998, Oğur,2004).

I.3. PMS Belirtileri

Tüm kadınlar PMS'yi aynı şekilde yaşamaz. PMS belirtileri hafif belirtilerden, kişiyi yetersiz bırakacak dereceye kadar değişiklikler gösterir (Bosarge,2003:5:13-17). Semptomların şiddeti kişiden kişiye değişiklik gösterdiği gibi, aynı kişinin farklı sikluslarında da farklı olabilir. Bütün sikluslarda PMS'ye ait tüm semptomlar görülmeyeceği gibi tüm premenstrual değişiklikler de PMS olarak adlandırılmaz

(Kıran,1998).

PMS'nin 150'den fazla semptomu olduğu belirtilmiştir. Pozitif değişikliklerin de varlığı bilinmesine karşın araştırmalar öncelikli olarak negatif değişikliklere odaklanmaktadır (Morse,1999:28(2):65-174). Kadınların %40-50'sinde birden fazla semptom görülebilmektedir. Genellikle 25–35 yaşları arasında görülmekte, 35 yaşından sonra yaşla beraber semptomların çeşitliliği ve şiddeti artmaktadır (Rosdahl,1999:1338-1339,Dereboy ve diğ.,1994:5(2):83-90). PMS menstrual siklusun ikinci yarısında, bir sonraki menstruasyonun başlangıcından yaklaşık 7 gün önce ortaya çıkmaktadır (Atasü ve Şaymay,2001:524-525, Levin,2004:62:130-132). Belirtilerin çoğu menstruasyonun başlaması ile kaybolmaktadır (Leather ve diğ.,1999:13(1):48-57).

Premenstrual yakınmaların disiplinler arası bir alan oluşturması, sebebine yönelik farklı bakış açılarından yaklaşımların söz konusu olmasına yol açmıştır. Konuya psikolojik ve psikiyatrik açıdan yaklaşan çalışmalar, PMS'nin duygusal ve davranışsal belirtilerin ön planda olduğu bir alt tipini tanımlamaya yönelmişlerdir (Dereboy ve diğ.,1994:5(2):83-90). Ancak PMS belirtileri çeşitlilik göstermektedir. PMS'nin belirtileri, psikolojik, fiziksel ve davranışsal belirtiler, ağrı, ödem, iştah ve cilde ait semptomlar olarak gruplandırılabilir (İsmail ve O'Brien,2005:15:25-30, McKinney ve diğ.,2005:778-780,Franckiewicz ve Shiovitz,1996:41(3):437-440).

I.3.1. PMS'nin Psikolojik Semptomları

PMS'nin Psikolojik Semptomları aşağıda sıralanmıştır;

- Depresyon

- Anksiyete
- Kızgınlık, öfke, hiddet
- Yorgunluk
- Kendini küçük görme
- Kararsızlık
- Unutkanlık
- Konsantrasyon bozukluğu
- Uyku değişiklikleri
- Ağlamaya meyil
- Huzursuzluk
- Suçluluk
- Toplumdan kaçma, yalnızlık
- İşten kaçma
- Negatif tutum
- İntihara eğilim
- Paranoya

I.3.2. PMS'nin Fiziksel Semptomları

PMS'nin Fiziksel Semptomları aşağıda sıralanmıştır;

- Sıcak basmaları
- Oligüri
- Kabızlık veya diyare
- Kas spazmı, kramplar
- Terleme
- Saçların kuruması
- Kalp çarpıntısı

I.3.3. Ağrıya Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar

Ağrıya Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar aşağıda sıralanmıştır;

- Baş ağrısı/migren
- Memelerde hassasiyet/ağrı
- Bel ağrısı
- Abdominal kramplar
- Genel vücut ağrısı

I.3.4. Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar

Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar aşağıda sıralanmıştır;

- Kiloda artma
- Karında şişkinlik
- Extremitelerde ödem (özellikle kol ve bacaklarda)
- Genel vücut ödemi
- Memelerde şişkinlik

I.3.5. İştaha Ait Semptomlar

İştaha Ait Semptomlar aşağıda sıralanmıştır;

- İştahta artma
- Yeme isteği
- Mide bulantısı

I.3.6. Cilde Ait Semptomlar

Cilde Ait Semptomlar aşağıda sıralanmıştır;

- Akne
- Uçuk

- Sivilcelenme
- Ciltte bozulma

I.3.7. Davranışsal Semptomlar

Davranışsal Semptomlar aşağıda sıralanmıştır;

- Yorgunluk, bitkinlik
- Uyku / uykusuzluk
- Enerjide azalma
- Umutsuzluk hissi
- Baş dönmesi
- Kazalara eğilim
- Etkinlikte azalma
- Normal günlük aktivitelere ilgide azalma

I.4. Ayırıcı Tanı

PMS ayırıcı tanısında, semptomları PMS'ye benzeyen diğer fiziksel ve psikolojik bozukluklar dikkate alınmalıdır. Aşağıda PMS ile karıştırılabilecek durumlar görülmektedir (Kıran,1998).

- Nörolojik bozukluklar

- Obesite
- Psikiyatrik bozukluklar
- Anemi
- Meme kanseri
- Över kisti
- İdrar söktürücü kullanımı
- Migren
- Menopoz
- Dismenore

PMS'de görülen birçok semptom fizyolojik, organik ya da psikolojik hastalıklarda da görülebilir. Fizyolojik ve organik bozuklukların nedenini ortaya çıkarmak için bazı laboratuvar tetkikleri yapmak gerekmektedir (Acar,1996:810-819, Baysal,2004:41-48). Bunun yanında bazı kadınlar, psikolojik sorunlarına gerekçe bulmak için PMS tanısının ardına gizlenmekte, başka bir deyişle PMS adını bir etiket gibi kullanmaktadırlar. Bipolar affektif bozukluk veya nevroz gibi hastalıklar PMS ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Migren, inkoordinasyon, baş ağrısı gibi semptomların nörolojik bozukluklara bağlı olmadığı kanıtlanmalıdır (Kıran,1998).

Troid hastalıklarında da halsizlik ve irritabilite olabilir; bunun için T3, T4 ve TSH bakılır. PMS'li hastalar, TRH stimülasyon testine bazen artmış, bazen de azalmış

yanıt verebilmektedir. PMS'de hafif troid bozuklukları olabilir, ancak nedensel bir ilişki yoktur (Acar,1996:810-819).

Halsizlik primer yakınma ise anemi olup olmadığını anlamak için tam kan sayımı yapılır. Kronik böbrek ve karaciğer hastalığı riskini ortadan kaldırmak için gerekli biyokimyasal testler istenir. Hasta perimenopozal devrede ise PMS olup olmadığını anlamak için, kan FSH düzeyine bakılır. Kadında galaktore mevcutsa kanda prolaktin tayini yapılır ve hiperprolaktinemi nedeni araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanır. Bu faktörler ortadan kaldırıldıktan sonra PMS tanısı koyabilmek için bazı özelliklerin aranması gerekir. Bu özellikler ise şunlardır (Kızılkaya,1994:8(31):84-90, Kızılkaya,1994,McKinney,2000:788-791, Uganizza ve diğ.,1998:40-56,Atasü ve Şahmay 2001:524-525);

- Organik bir neden olmamalıdır,
- Semptomlar sıklık olmalı ve siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır ancak; her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir,
- Siklusun ilk yarısında en az yedi gün semptomsuz dönem olmalıdır,
- Semptomlar birbirini izleyen en az üç siklusta mevcut olmalıdır,
- Menstruasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir,
- PMS sıklık ovarian aktivite ile ilgilidir. Prepubertal, postmenapozal ve gebelik dönemlerinde görülmez,
- Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş, Histerektomi olmuş kadınlarda

da görülebilir,

- Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeydedir ve tedavi gerektirir.

Bugün, PMS taraması için geçerli özgün bir laboratuvar testi yoktur. Hastanın semptomlarına göre, laboratuvar testi istenebilir. Premenstrual dönemde ortaya çıkan sıklık değişiklikleri belirleyebilmek için objektif bir tanımlama aracı kullanılmalıdır. PMS'yi tanımlamanın en iyi yolu her sıklusta belirtilerin bir menstrual takvime işlenmesidir (Kızılkaya,1994, Taşkın,2002). Ayrıca günlük kilo izlemi, bazal vücut ısısı da alınmalıdır. Böyle bir tanımlama aracını nasıl ve kaç sıklık periyot boyunca doldurması gerektiği konusunda kadına eğitim verilmelidir. Bu sırada semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendisini değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır Böylece hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha sık görüldüğü belirlenir.

I.5. PMS Tedavisi

PMS tedavisinde, nedeninin tam olarak aydınlatılamamış olması nedeniyle, tedavide uzun yıllar başarı elde edilememiştir. Bu durum bugüne kadar semptomatik ve nonspesifik değişik tedaviler uygulanmasına neden olmuştur (Atasü ve Şahmay,2001:524-525). Çok sayıda semptomla giden, karmaşık bir bozukluk olduğu için her hasta için farklı bir tedavi yaklaşımı belirlenmelidir. Tedavide önerilen terapatik yönetimler oldukça geniş bir yelpazede yer almaktadır. Bu tedaviler farmakolojik olmayan, cerrahi, hormonal olmayan ve hormonal tedavi olmak üzere dört şekilde sıralanmıştır (İsmail ve diğ.,2003:401-411).

I.5.1. Farmakolojik Olmayan Tedavileri

I.5.1.1. Uyku ve Dinlenme

PMS'de kısalmış REM ve delta uykusunda azalma olması sebebiyle hastalarda uyku kalitesinde bozulma söz konusudur (Sundström ve Backström,1998:44:755-764). Uyku düzenini yeniden sağlamak için düzenli program yapılır ve buna bağlı kalınması sağlanır. Yatmadan önce, uyuyabilmek için yüksek triptofan olduğu bilinen bir bardak süt içilmesi önerilir ve rahatlatıcı aktiviteler yaptırılır. Düzenli egzersiz programı (sabah, öğle ve akşam) uygulanır (McKinney,2000:788-791).

I.5.1.2. Egzersiz

Egzersizin hastalıklar üzerindeki yararlı etkisi, genel olarak immün sistemle ilişkili olan biyokimyasal değişikliklerde ya da strese karşı davranışsal semptomlarda psikolojik algılamalarda bir düzenleme ile oluşabileceği öngörülmektedir. Egzersizin stres azaltıcı ve duyguları olumlu yönde etkileme özelliği ile dismenorede yararlı olabileceği literatürde yer almaktadır (Girman ve diğ.,2003:188(5):56-64). Egzersiz alışkanlığının dismenore semptomlarının şiddetini hormonal fizyolojiyi değiştirerek azaltabileceği ileri sürülmektedir. Egzersizin glukoz toleransında düzenleme yaptığı ve katekolamin düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Azalan glukoz toleransı semptomları, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştah artması gibi PMS semptomlarına benzer semptomlardır (Kızılkaya,1994:8(31):84-90). Egzersizin beta-endorfin düzeyini artırarak duygu değişimleri ile depresyon belirtilerini dengelediği düşünülmektedir (Wong ve diğ.,2002:71-73). Egzersiz yapan kadınlarda kızgınlık ve depresyonda azalma olmaktadır. Tedavide egzersizin faydalı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Üner,1996:263-267,McKinney ve

diğ.,2005:778-780). 1800 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada egzersizin kadınların yarısından fazlasında PMS semptomlarını hafiflettiği açıklanmıştır. Genel olarak egzersizin PMS semptomlarını hafifletmeye %80 oranında yardımcı olduğu ve düzenli egzersiz yapanlarda PMS'nin ciddi semptomlarının daha az görüldüğü bildirilmektedir (Olds ve diğ.,2003:112-115). Düzenli egzersiz ile negatif etkiler, davranışsal değişiklikler, ağrı ve premenstrual depresyonda azalma olurken, konsantrasyonda artma olduğu belirtilmektedir. Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı retansiyonu ve stresin azaldığı gözlemlenmiştir. Dolayısıyla bu azalma, harcanan fiziksel enerji ile bağlantılı bulunmuştur (Bosarge,2003:5:13-17).

Yetersiz beslenme ise PMS nedeni değildir. PMS'li kadınların premenstrual dönemde tuzdan kısıtlı, karbonhidrattan zengin diyet yapılması yararlıdır (Rosdahl ve Kovvalski,2003:1515-1516). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda premenstrual devrede hücresele düzeyde glikoz seviyesi'nin bozulmuş olduğunun gösterilmesi ve karbonhidratların serotonini artırarak PMS semptomlarını düzelterek düşünülerek karbonhidrattan zengin, proteinden fakir bir diyet önerilmektedir (Atasü ve Şahmay,2001:524-525). PMS' de karbonhidrat alımı, hafızayı güçlendirerek, duygu durum değişikliklerini düzeltmekte etkilidir (Stevinson ve Ernst,2001:185(1):227-235). Şekerli ve yağlı yiyecekleri kısa aralıklarla, tüm öğünlere bölerek tüketmek PMS' de yardımcı olabilir. Günde en az 8 bardak su içilmesi idrar şikâyetlerini de azaltır. Tütün ve alkol bu dönemde kesinlikle kullanılmamalıdır. Premenstrual dönemde özellikle yeşil sebzeler tüketilmeli, kafein içeren çikolata gibi yiyeceklerle, çay, kahve gibi içeceklerden uzak durulmalıdır (Uganizza ve diğ.,1998:40-56). Buna ilaveten diyetle kalsiyum, magnezyum, vitamin E içeren yiyecekler bulunmalıdır (Korzekwa ve Steiner,1999:6(5):153-162).

I.5.1.3. Rahatlama Teknikleri

PMS' de rahatlama tekniklerinin etkileri ile ilgili kanıtlar yetersizdir. Relaksasyon teknikleri ile ilgili çalışmaların çoğunda, bu teknikler diğer tedavilere ek olarak kullanılmıştır (İsmail ve O'Brien,2005:15:25-30). Yapılan çalışmalarda kontrol grupları ile kıyaslandığında masaj yapılan PMS'li kadınlarda, ağrı, ruhsal depresyon ve anksiyete de azalma olduğu belirtilmiştir. Vücudun el, ayak ve kulak gibi organlarındaki refleks noktalarına elle basınç uygulandığı zaman semptomlarda rahatlama olmaktadır. Ayrıca yoga yapan kadınlarda da yapmayanlara göre PMS şikâyetleri daha az görülmektedir (Girman ve diğ.,2003:188(5):56-64).

I.5.1.4. Stres Yönetimi

Pozitif stres yönetimi PMS'nin tedavisinde yararlı olabilir. Özellikle aktif egzersiz programı ve kafein kısıtlılığı kombine edildiği zaman etkisi artmaktadır(Rosdahl,1999:1338-1339). PMS'nin semptomsuz dönemi boyunca, semptomların akut olduğu zamanlar için stresli durumlardan sakınma planları yapılabilir ve günlük yaşam üzerindeki PMS'nin etkileri konusunda bilgi verilebilir. Stresten sakınmak için masaj, sıcak banyo, bilişsel rahatlama teknikleri uygulanabilir (McKinney,2000:78-791).

I.5.1.5. Homeopatikler

Benzeri benzerle tedavi etmek anlamındadır. Kişide aynı semptomları oluşturan hayvansal, bitkisel ve mineral kaynaklı ilaçların verilmesi ile semptomların ortadan kaldırılması esasına dayalı bir tedavi yöntemidir. Homeopatikler dünyada 28 farklı

ülkede kullanılmakta olup 1997'de Amerika'da yoğun bakım doktorlarının %49'u bu alanda eğitilmiştir.

I.5.1.6. Işık Tedavisi

Kadın hayatı süresince üreme hormonlarındaki değişiklikler nörotransmitter, nöroendokrin ve sirkadiyen sistemlerin ters etkileri olarak görülmüştür. PMS' de görülen negatif ruhsal semptomların semptomatik luteal faz veya kişinin sirkadiyen saatinin kesintiye uğramasından kaynaklandığını ileri süren hipotezler vardır. Bu tespitlerin sonucu olarak PMS' de ışık tedavisinin etkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışmalar aktif parlak beyaz ışık uygulamasının premenstrual gerginlik ve depresyon şikâyetlerini anlamlı derecede azalttığını, kırmızı ışık uygulamasında ise aynı etkinin görülmediğini bildirmektedir (Girman ve diğ.,2003:188(5):56-64).

I.5.2. Hormonal Olmayan Tedaviler

I.5.2.1. Diüretikler

Etkisi tartışmalı olmakla beraber geniş kullanım alanı vardır. Tiazid grubu tercih edilmektedir. Genelde su retansiyonun ağırlıklı olduğu olgularda adet kanamasından önceki 10–14 günlük dönemde kullanılır. Diüretiklerin, batında şişlik ve ekstremitelerdeki ödem nedeniyle tedaviye girdiği, ancak batında şişlik dışında diğer semptomlarda değişme yaratmaması nedeniyle kullanımlarının terk edildiği belirtilmektedir. Potasyum kaybını önleyen spiranolakion önerilmişse de çalışmalarda başarılı sonuçlar alınamamıştır (Baysal,2004:41-48

I.5.2.2. Vitamin B6

Vitamin B6 nörotransmitter sentezinde, özellikle serotonin, dopamin ve triptofan sentezinin son aşamasında bir kofaktördür (Bosarge,2003:5:13-17). Günde 50 mg'dan 100 mg'a kadar Vitamin B6, semptomların başlaması ile birlikte kullanılmaya başlanır ve menstruasyona kadar devam edilir. Günlük dozun 100 mg'ı geçmemesine dikkat edilmelidir. B6 vitamininin yüksek dozda alındığı durumlarda en yaygın görülen etkisi nörotoksisitedir. Nörotoksisite de periferik nöropatiye neden olmaktadır (Head,1997:2(1):12-26). Yapılan çalışmalar, ek Vitamin B6 alımının PMS semptomlarını azalttığını göstermektedir(İsmail ve O'Brien,2005:15:25-30). Vitamin B6, özellikle yorgunluk, irritabilite ve depresyonu azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Uygulamada hastaların çoğu, doktorları reçete etmeden önce Vitamin B6'yı kendi kendilerine almaktadırlar. Son metaanalizler yayınlanmış çalışmaların yetersizliğine dikkat çekmektedir (İsmail ve diğ.,2003:401-411).

I.5.2.3. Anksiyolitikler ve Antidepresanlar

Alprozolam, anksiyolitik olup luteal fazda 0.25-4 mg kullanıldığında anksiyetede azalma ve depresyonda düzelmeye olduğu belirtilmiştir. Plasebo grubu ile karşılaştırıldığında iyi sonuçlar alınmıştır. Sedasyon yapması ve alışkanlığa yol açabilmesi nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Buspirone, serotonin agonistidir. PMS' de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (Acar,1996:810-819).

I.5.2.4. Kalsiyum ve Magnezyum

Ovadan hormonlar kalsiyum, magnezyum ve Vitamin D metabolizmasını

etkilemektedir. Östrojen kalsiyum metabolizmasını ve intestinal absorpsiyonunu düzenlemektedir. Birçok klinik çalışma, kalsiyum desteğinin PMS' de yeme isteği, ağrı, somatik ve ruhsal semptomları azalttığını belirtmektedir (Olds ve diğ.,2003:112-115). Günlük 1200 mg kalsiyum karbonat desteğinin semptomları rahatlatmada etkili olduğu bildirilmektedir. Kalsiyum desteğinin SSRI olarak bilinen Antidepresanlar kadar etkili olduğu saptanmıştır (Harder,2005:167(25):387-389). Derman ve arkadaşlarının (2004) adölesanlarla yaptıkları çalışmada kalsiyum tüketimi ile PMS semptomları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sütü daha fazla tüketen adölesanların iştah artması, bazı yiyeceklere karşı yeme isteğinde artma ve Abdominal şikâyetleri daha az yaşadıkları bildirilmiştir (Derman ve diğ.,2004:116:201-206). Magnezyum etkisini prostoglandin F2a'yı inhibe ederek, kaslarda gevşeme ve vazodüatasyona neden olarak gösterir. Yapılan plasebo kontrollü çalışmalarda magnezyumun PMS ile bitlikte olan ağrılarda plasebodan daha etkili olduğu bildirilmektedir (Girman ve diğ.,2003:188(5):56-64).

Magnezyum alımı duygu değişimleri, sıvı retansiyonu ve yeme isteği gibi şikâyetleri düzeltmektedir. En iyi formu aminoasit bağlayan formu olup, sadece semptomatik periyotlarda alınmalıdır (Kıran,1998). Walker ve arkadaşlarının (1998) magnezyum desteğinin premenstrual semptomlar üzerindeki etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, magnezyum verilen kadınlarda, plasebo verilenlere göre ikinci ayda semptomlarda azalma görüldüğü, günlük 200 mg magnezyum desteğinin premenstrual semptomları hafiflettiği bildirilmiştir(Walker,1998:7(9):1157). Literatürde plasebo kontrollü başka bir araştırmada da Mg desteğinin Premenstrual semptomlardan özellikle duygu değişimleri ile ilişkili semptomlarda etkili olduğu ve tedavi amaçlı kullanılabileceği

bildirilmiştir (Facchinetti ve diğ.,1991:78(2):177-180).

I.5.3. Hormonal Tedaviler

I.5.3.1. Progesteron

Baysal'ın belirttiğine göre, PMS' de ilk kez Dalton Progesteron tedavisini önermiş ve özellikle doğal progesteronun kullanılması gerektiğini vurgulamıştır. Sentetik progesteron aldosteron agonisti olup Mg kaybına yol açarken, doğal progesteron aldosteron antagonisti olup Mg atılımını önlemektedir. Spironolakton kullanımı ile PMS'de düzelme olması da bu yolla açıklanmaktadır (Baysal,2004:41-48). Menstrual siklusun son 10–14 gününde 400mg/gün progesteron ampul veya vajinal supozituarlar ile iyi sonuçlar alındığı ileri sürülmektedir. Benzer etki oral yolla 10 mg/gün medroksiprogesteron asetat ile de sağlanabilir (Atasü ve Şahmay,2001:524-525). Ancak progesteronun etkinliğini destekleyen kanıtlar yetersizdir.

Sistematik çalışmalar, progesteron verilen gruplarla plasebo verilenler karşılaştırıldığında premenstrual semptomlar üzerinde bir gelişme olmadığını göstermektedir (İsmail ve O'Brien,2005:15:25-30).

I.5.3.2. Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptiflerin PMS üzerindeki etkileri ile ilgili bilgiler tartışmalı ve sınırlıdır. Bazı kadınlar oral kontraseptif kullanmaya başladıkları ilk zamanlarda PMS' ye benzer semptomlar yaşamaktadırlar. Çünkü PMS yaşayan birçok kadın kontrasepsiyon da istemektedir (İsmail ve diğ.,2003:401-411). Oral kontraseptiflerin ovulasyonu baskılayarak PMS semptomlarını hafiflettiği düşünülmektedir (Stevinson ve Ernst,2001:185(1):227-

235). Psikiyatristlerin irifazik oral kontraseptif kullanarak yaptıkları çalışmada, plasebo grubu ile karşılaştırıldığında premenstrual dönemde emosyonel durumun iyileştiği ancak postmenstruel dönemde libidonun azaldığı ifade edilmiştir (Acar,1996:810-819). Leather ve arkadaşlarının (1999) PMS'de estrojen terapi ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, goserelin ve estrojen verilen kadınlarla plasebo verilenler arasında önemli farklılıklar olduğu, östrojen, siklik progesteron, depo GnRH analoglarının PMS'nin klinik belirtilerini azalttığı belirtilmiştir (Leather ve diğ.,1999:13(1):48-57).

I.5.3.3. Danazol

Bir androjen derivesi olan Danazol'ün östrojen ve progesteron düzeyini düşürüp, ovarian siklusu baskılayarak PMS' yi tedavi ettiği gösterilmiştir (Üner,1996:263-267). Bununla birlikte uzun süreli kullanım ile ilgili önemli yan etkileri vardır. Kilo alımı, ses değişiklikleri, hirsutismus gibi maskülinizasyon belirtileri yan etkilerinin en önemlileridir. Luteal fazda PMS'de inatibilite, anksiyete, laterji, abdominal şişkinlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği belirtilmektedir (Baysal,2004:41-48). Menstruasyonun 20 ile 28 günleri arasında günde 200 mg kullanılan Danazol'ün PMS semptomlarını azalttığı bildirilmektedir. Plasebo kontrollü, çift körlemeli 14 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada 14 hastanın 11'inde plasebo alanlara kıyasla Danazol alanlarda, semptomların ciddi derecede azaldığı bildirilmektedir (Morton ve diğ.,2001:1070-1076).

I.5.3.4. Bromokriptin

Bromokriptin, meme başta olmak üzere, PMS'nin diğer semptomlarının birçoğunda kullanılan bir ilaçtır. Luteal faz boyunca günde 5 mg semptomları hafifletmede yeterlidir. Özellikle mastaljinin majör semptom olduğu kadınlarda etkilidir. Kanda

prolaktin yüksekliği veya galaktore durumlarında da endikedir (Acar,1996:810-819).

I.5.4. Cerrahi Tedavi

Bilateral oferektomi ile birlikte Histerektomi tedavi edicidir ancak nadiren tercih edilir. Jinekolojik bir problem olduğu durumlarda tedavi amacıyla yapılabilir. Cerrahi tedavinin ardından östrojen replasmanı gereklidir. Yalnızca Histerektomi, semptomlarda kısa süreli azalma sağlar. Kontrolü sağlama açısından her ikisinin birlikte olduğu vakalar sınırlıdır. Majör cerrahinin potansiyel riskleri arasında infertilite ve cerrahi menopoz yer almaktadır (İsmail ve O'Brien,2005:15:25-30). Cronje ve arkadaşlarının (2004), yaşları ortalama 42 olan 47 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada ise cerrahi operasyon ile birlikte postoperatif Hormon Replasman tedavisinin PMS'de son derece etkili ve kabul edilebilir bir yöntem olduğu bulunmuştur (Cronje ve diğ.,2004:19(9):2152).

II..BÖLÜM

MATERYAL ve METOT

II.1. Materyal

Araştırmanın örneklemini, Karamanoğlu Mehmetbey üniversitesinde öğrenim gören 70 spor yapan ve 152 spor yapmayan kız öğrenciden oluşmuştur. Örneklemin yaş ortalaması 20.44 ± 2.55 'dir.

II.2. Metot

Premenstrual Değerlendirme Formu (PDF) Halbreich ve ark. (1982) tarafından geliştirilmiş olan PDF 95 sorudan oluşmuş olup “Değişim yok” ile “Aşırı Değişim” arasında altı dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçek Türkçe'ye Dereboy ve ark. (1994) tarafından çevrilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa İç tutarlılık Katsayısı 0.97 olup madde-toplam puan korelasyon değerleri ise 0.13 ile 0.76 arasında bulunmuştur. Aynı çalışmada ölçeğin küme analizi yapılmış ve belirtilerin ağırlık derecelerine göre üç ayrı küme saptanmıştır. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMSÖ'nin uygulanması çok kolay olup ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği gibi, madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin,

1. Depresif Duygulanım,
2. Anksiyete,
3. Yorgunluk,
4. Sinirlilik,
5. Depresif Düşünceler,
6. Ağrı,
7. İştah Değişimleri,
8. Uyku değişimleri,
9. Şişkinlik

olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

II.3. Verilerin Analizi

Verilerin çözüm ve yorumlanmasında; Frekans testi, *t* testi, One Way Anova (tek yönlü varyans analizi) testi kullanılmış ve gruplar arasındaki farkı belirleyebilmek için tukey testi kullanılarak anlamlılık $P < 0.05$ alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve

hesaplanmış değerlerin bulunmasında SPSS (Statistical package for social sciences) paket programı kullanılmıştır.

II.4.Bulgular

Üniversite öğrencilerinin yaş, spor yapıp yapmadıkları ve uzun süre yaşadıkları yeri gösteren frekans dağılımı aşağıdaki Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Üniversite Öğrencilerinin Yaş, Spor Yapıp Yapmadıkları ve Uzun Süre Yaşadıkları Yeri Gösteren Frekans Dağılımı

Değişkenler		N	Yüzdeler
Yaş	17-19 yaş	70	31,5
	20-22 yaş	116	52,3
	23 yaş ve üzeri	36	16,2
Spor	Spor yapan	70	31,5
	Spor yapmayan	152	68,5
Yaşadıkları Yer	Büyük şehir	80	36,0
	İl	78	35,1
	İlçe	45	20,3
	Köy	19	8,6

Tablo 1 incelendiğinde; %31,5’i 17-19 yaş arasında, %52,3’ü 20-22 yaş arasında, %16,2’si 23 yaş ve üzeri; %31,5’i spor yaptığı, %68,5’i spor yapmadığı;

% 36,0'ının büyük şehir, %35,1'inin il, %20,3'ünün ilçe ve %8,6'sının köyde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 2: Üniversite öğrencilerinin çeşitli değişkenlere göre adet dönemlerinin değerlendirilmesi

Değişkenler		N	Yüzdeler
Yaşadıkları Yerden Ayrılmaları Adet Periyotlarında Düzensizlik Yaratıp Yaratmadığı	Evet	84	37,8
	Hayır	138	62,2
Adet Periyotlarının Düzenli Olup Olmadığı	Evet	159	71,6
	Hayır	63	28,4
Premenstrual Dönemde Oluşan Sıkıntıları İçin İlaç Kullanıp Kullanmadıkları	Evet	70	31,5
	Hayır	152	68,5
Adet Dönemlerinde Oluşan Sıkıntılar için İlaç Kullanıp Kullanmadıkları	Evet	96	43,2
	Hayır	126	56,8

Tablo 2'de üniversite öğrencilerinin %37,8'i yaşadıkları yerden ayrıldıklarında düzensizlik yaşıyorken , %62,2'si düzensizlik yaşamadığı; % 71,6'sının adet periyotları düzenli iken %28,4'ünün düzenli olmadığı; Premenstrual dönemde %31,5'i ilaç kullanıyorken %68,5'inin ilaç kullanmadığı; %43,2'si adet döneminde ilaç kullanıyorken %56,8'inin kullanmadığı görülmektedir.

Tablo 3: Üniversite Öğrencilerinin Menarş Yaşlarını Gösteren Frekans Dağılımı

Yaş	N	Yüzdelerik
10	2	,9
11	9	4,1
12	32	14,4
13	80	36,0
14	51	23,0
15	33	14,9
16	12	5,4
17	2	,9
18	1	,5

Tablo 3 incelendiğinde; %0,9'u 10 yaşında, %4,1'i 11 yaşında, %14,4'ü 12 yaşında, %36,0'ı 13 yaşında, %23,0'ı 14 yaşında, %14,9'u 15 yaşında, %5,4'ü 16 yaşında, %0,9'u 17 yaşında, %0,5'i 18 yaşında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4: Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Depresif duygulanım	Spor yapan	70	16,5571	6,0688	0,764	0,446
	Spor yapmayan	152	15,9145	5,7115		
Anxiete	Spor yapan	70	16,2714	6,7950	2,457	0,015*
	Spor yapmayan	152	13,9934	6,2386		
Yorgunluk	Spor yapan	70	18,1286	5,7984	0,012	0,991
	Spor yapmayan	152	18,1184	6,1997		
Sinirlilik	Spor yapan	70	16,1429	5,7817	0,480	0,632
	Spor yapmayan	152	15,7039	6,5719		
Depresif düşünce	Spor yapan	70	18,1000	6,6901	2,642	0,009*
	Spor yapmayan	152	15,5789	6,5665		
Ağrı	Spor yapan	70	9,5857	3,6653	1,646	0,101
	Spor yapmayan	152	8,7895	3,1948		
İştah	Spor yapan	70	9,9429	3,3832	2,339	0,020*
	Spor yapmayan	152	8,7500	3,5959		
Uyku	Spor yapan	70	9,1857	3,3375	2,472	0,014*
	Spor yapmayan	152	7,9671	3,4457		
Şişkinlik	Spor yapan	70	9,8000	3,6697	1,235	0,218
	Spor yapmayan	152	9,1316	3,7798		

Tablo 4’de görüldüğü gibi; spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerini gösteren t testi sonuçları incelendiğinde; Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=0,764 p(0,446)>0,05].

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin anksiyete alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,457 p(0,015)<0,05]. Ortalama

değerlere baktığımızda; spor yapan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=16,2714$) spor yapmayan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=13,9934$)'dir.

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin depresif düşünceler alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,642 p(0,009)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; spor yapan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=18,1000$) spor yapmayan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=15,5789$)'dir.

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin iştah değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,339 p(0,020)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; spor yapan öğrencilerin iştah değişimleri alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=9,9429$) spor yapmayan öğrencilerin iştah değişimleri alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=8,7500$)'dir.

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin uyku değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,472 p(0,014)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; spor yapan öğrencilerin uyku değişimleri alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=9,1857$) spor yapmayan öğrencilerin iştah değişimleri alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=7,9671$)'dir.

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin yorgunluk, sinirlilik, ağrı ve şişkinlik alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(p>0,05).

Tablo 5:Adet Dönemi Düzenli olan ve Olmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	OOrtalama	SStd. Sapma	t	P
Depresif duygulanım	Düzenli olan	159	15,4906	5,9191	-2,580	0,011*
	Düzenli olmayan	63	17,6984	5,2843		
Anksiyete	Düzenli olan	159	14,1006	6,2513	-2,249	0,026*
	Düzenli olmayan	63	16,2540	6,8720		
Yorgunluk	Düzenli olan	159	17,9371	6,1918	-0,720	0,473
	Düzenli olmayan	63	18,5873	5,7463		
Sinirlilik	Düzenli olan	159	15,0377	5,6129	-3,069	0,002*
	Düzenli olmayan	63	17,8730	7,5102		
Depresif düşünce	Düzenli olan	159	15,6038	6,3426	-2,764	0,006*
	Düzenli olmayan	63	18,3175	7,2018		
Ağrı	Düzenli olan	159	8,8742	3,3635	-1,172	0,243
	Düzenli olmayan	63	9,4603	3,3497		
İştah	Düzenli olan	159	9,0629	3,5053	-,419	0,676
	Düzenli olmayan	63	9,2857	3,7392		
Uyku	Düzenli olan	159	8,3270	3,4577	-,166	0,868
	Düzenli olmayan	63	8,4127	3,4624		
Şişkinlik	Düzenli olan	159	9,1069	3,7427	-1,490	0,138
	Düzenli olmayan	63	9,9365	3,7325		

Tablo 5’de görüldüğü gibi; adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerini gösteren t testi sonuçları incelendiğinde; adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =-2,580 p(0,011)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzenli olan öğrencilerin anksiyete alt

boyutunun ortalaması ($\bar{X}=15,4906$) adet dönemi düzenli olmayan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=17,6984$)'dir.

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin anksiyete alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =-2,249 p(0,026)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzenli olan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=14,1006$) adet dönemi düzenli olmayan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=16,2540$)'dir.

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin yorgunluk alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=-0,720 p(0,473)>0,05].

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin sinirlilik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =-3,069 p(0,002)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzenli olan öğrencilerin sinirlilik alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=15,0377$) adet dönemi düzenli olmayan öğrencilerin sinirlilik alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=17,8730$)'dir.

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin depresif düşünceler alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =-2,764 p(0,006)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzenli olan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=15,6038$) adet dönemi düzenli olmayan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=18,3175$)'dir.

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=-1,172 p(0,243)>0,05].

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin iştah değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri =-0,419 p(0,676)>0,05].

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin uyku değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri =-0,166 p(0,868)>0,05].

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin şişkinlik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri =-1,490 p(0,138)>0,05].

Tablo 6: Yaşadıkları Yerden Ayrılarak Adet Dönemlerinde Düzensizlik Yaratıp Yaratmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Depresif duygulanım	Evet	84	17,2500	6,1954	2,284	0,023*
	Hayır	138	15,4275	5,4891		
Anxiete	Evet	84	15,7738	6,9288	1,91	0,06
	Hayır	138	14,0652	6,1457		

Yorgunluk	Evet	84	19,0000	5,6248	1,691	0,092
	Hayır	138	17,5870	6,2744		
Sinirlilik	Evet	84	17,2381	7,3396	2,599	0,010*
	Hayır	138	14,9928	5,4726		
Depresif düşünce	Evet	84	17,6429	7,3068	2,136	0,034*
	Hayır	138	15,6014	6,1934		
Ağrı	Evet	84	9,6310	3,1154	2,056	0,041*
	Hayır	138	8,6812	3,4662		
İştah	Evet	84	9,8095	3,4448	2,248	0,026*
	Hayır	138	8,7101	3,5867		
Uyku	Evet	84	9,1667	3,5528	2,788	0,006*
	Hayır	138	7,8551	3,3035		

Şişkinlik	Evet	84	9,8452	3,4762	1,564	0,119
	Hayır	138	9,0362	3,8879		

Tablo 6’da görüldüğü gibi; Yaşadıkları Yerden Ayrılarak Adet Dönemlerinde Düzensizlik Yaratıp Yaratmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,284 p(0,023)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması (\bar{X} =17,2500) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin anksiyete alt boyutunun ortalaması ise (\bar{X} =15,4275)’dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin anksiyete alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,913 p(0,057)>0,05].

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin yorgunluk alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,691 p(0,092)>0,05].

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin sinirlilik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,599 p(0,010)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin sinirlilik alt

boyutunun ortalaması ($\bar{X}=17,2381$) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin sinirlilik alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=14,9928$)'dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin depresif düşünceler alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,136 p(0,034)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=17,6429$) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin depresif düşünceler alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=15,6014$)'dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,056 p(0,041)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin ağrı alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=9,6310$) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin ağrı alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=8,6812$)'dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin iştah değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,248 p(0,026)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin iştah alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=9,8095$) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin iştah alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=8,7101$)'dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin uyku değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,788 p(0,006)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; adet dönemi düzensiz olan öğrencilerin

uyku alt boyutunun ortalaması ($\bar{X}=9,1667$) adet dönemi düzenli olan öğrencilerin uyku alt boyutunun ortalaması ise ($\bar{X}=7,8551$)’dir.

Adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin şişkinlik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,564 p(0,119)>0,05].

Tablo 7: Premenstrual Dönemlerinde İlaç Kullanan ve Kullanmayan Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerini Gösteren t Testi Sonuçları

Değişkenler		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Depresif duygulanım	İlaç kullanan	70	15,5132	5,5850	2,300	0,022 *
	İlaç kullanmayan	152	17,4286	6,1398		

Anxiyete	İlaç kullanan	70	14,9714	6,6876	0,404	0,687
	İlaç kullanmayan	152	14,5921	6,4174		
Yorgunluk	İlaç kullanan	70	18,5000	6,2525	0,630	0,529
	İlaç kullanmayan	152	17,9474	5,9865		
Sinirlilik	İlaç kullanan	70	16,2857	5,3083	,708	,480
	İlaç kullanmayan	152	15,6382	6,7466		
Depresif düşünce	İlaç kullanan	70	17,1857	7,0942	1,228	0,221
	İlaç kullanmayan	152	16,0000	6,4920		
Ağrı	İlaç kullanan	70	8,6184	3,2995	2,799	0,006*
	İlaç kullanmayan	152	9,9571	3,3381		

İştah	İlaç kullanan	70	9,6286	3,5921	1,428	0,155
	İlaç kullanmayan	152	8,8947	3,5419		
Uyku	İlaç kullanan	70	8,8714	3,4089	1,528	0,128
	İlaç kullanmayan	152	8,1118	3,4556		
Şişkinlik	İlaç kullanan	70	9,7429	3,9257	1,080	0,281
	İlaç kullanmayan	152	9,1579	3,6649		

Tablo 7’de görüldüğü gibi; premenstrual dönemlerinde ilaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerini gösteren t testi sonuçları incelendiğinde; İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,300 p(0,022)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; ilaç kullanan öğrencilerin depresif alt boyutunun ortalaması (\bar{X} =15,5132) ilaç kullanmayan öğrencilerin depresif alt boyutunun ortalaması ise (\bar{X} =17,4286)’dir.

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin anksiyete alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=0,404 p(0,687)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin yorgunluk alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=0,630 p(0,529)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin sinirlilik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=0,708 p(0,480)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin depresif düşünceler alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,228 p(0,221)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [t değeri =2,799 p(0,006)<0,05]. Ortalama değerlere baktığımızda; ilaç kullanan öğrencilerin ağrı alt boyutunun ortalaması (\bar{X} =8,6184) ilaç kullanmayan öğrencilerin ağrı alt boyutunun ortalaması ise (\bar{X} =9,9571)'dir.

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin iştah değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,428 p(0,155)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin uyku değişimleri alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,528 p(0,128)>0,05].

İlaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin şişkinlik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [t değeri=1,080 p(0,281)>0,05].

Tablo 8: Yaş Değişkenine Göre Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerine İlişkin One-Way Anova Testi Sonuçları

		N	\bar{X}	Ss	F	P	Fark
Depresif duygulanım	17-19 yaş	70	16,2143	5,3158	0,386	0,680	-
	20-22 yaş	116	15,8448	6,3185			
	23 yaş ve üzeri	36	16,8056	5,1260			
Anxiete	17-19 yaş	70	16,7857	6,7263	5,477	0,005	1-2
	20-22 yaş	116	13,8448	6,4168			
	23 yaş ve üzeri	36	13,4722	5,3745			
Yorgunluk	17-19 yaş	70	18,3286	6,0690	0,118	0,889	-
	20-22 yaş	116	18,1207	6,1717			
	23 yaş ve üzeri	36	17,7222	5,8388			
Sinirlilik	17-19 yaş	70	16,6571	7,5812	0,871	0,420	-

	20-22 yaş	116	15,4052	5,7210			
	23 yaş ve üzeri	36	15,6667	5,4458			
Depresif düşünce	17-19 yaş	70	17,9571	6,8851	4,032	0,019	1-3
	20-22 yaş	116	16,0862	6,7728			
	23 yaş ve üzeri	36	14,2222	5,3618			
Ağrı	17-19 yaş	70	9,4714	3,4755	2,248	0,108	-
	20-22 yaş	116	9,0948	3,3336			
	23 yaş ve üzeri	36	8,0278	3,1029			
İştah	17-19 yaş	70	8,7429	3,6621	1,345	0,263	-
	20-22 yaş	116	9,5000	3,6176			
	23 yaş ve üzeri	36	8,6667	3,1442			
Uyku	17-19 yaş	70	8,9000	3,3886	1,502	0,225	-

	20-22 yaş	116	8,1983	3,4797			
	23 yaş ve üzeri	36	7,7778	3,4319			
Şişkinlik	17-19 yaş	70	9,1857	3,6007	0,838	0,434	-
	20-22 yaş	116	9,2069	3,8482			
	23 yaş ve üzeri	36	10,0833	3,7292			

- 1. 17-19 yaş
- 2. 20-22 yaş
- 3. 23 yaş ve üzeri

Tablo 8'de görüldüğü gibi; yaş değişkenine göre üniversite öğrencilerinin premenstrüel sendrom düzeylerine ilişkin One-Way Anova Testi sonuçları incelendiğinde;

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=0,386 p(0,680)>0,05].

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin anksiyete alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri=5,477 p(0,005)<0,05]. Bu farklılık sonucunda; 17-19 yaş arasında olanların 20-22 yaş ve 23 yaş ve üzerinde olanlara göre anksiyete alt

boyutu yüksek çıkmıştır.

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin yorgunluk alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=0,118 p(0,889)>0,05].

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin sinirlilik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=0,871 p(0,420)>0,05].

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin depresif düşünce alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur [F değeri =4,032 p(0,019)<0,05]. Bu farklılık sonucunda; 17-19 yaş arasında olanların 23 yaş ve üzerinde olanlara göre depresif düşünce alt boyutu yüksek çıkmıştır.

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin ağrı alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=2,248 p(0,108)>0,05].

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin iştah alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=1,345 p(0,263)>0,05].

Yaş değişkenine göre; üniversite öğrencilerinin uyku alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri=1,502 p(0,225)>0,05].

Yaş değişkenine göre üniversite öğrencilerinin şişkinlik alt boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [F değeri =0,838 p(0,434)>0,05].

TARTIŞMA ve SONUÇ

PMS'nin kadınların yakın aile ilişkilerini, sosyal yaşantılarını, performanslarını, iş ilişkilerini, üretkenliklerini, adölesan genç kızların kendine olan güvenini, derse devamını ve başarısını ve yaşam kalitelerini etkilediği toplumda oldukça yaygın olarak bilinmektedir (Taşçı 2006, Kızılkaya 1994). Yapılan bu çalışmada Karamanoğlu Mehmetbey üniversitesinde öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrüel sendrom düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Üniversite Öğrencilerinin %31,5'i 17-19 yaş arasında, %52,3'ü 20-22 yaş arasında, %16,2'si 23 yaş ve üzeri; %31,5'i spor yaptığı, %68,5'i spor yapmadığı; % 36,0'ının büyük şehir, %35,1'inin il, %20,3'ünün ilçe ve %8,6'sının köyde yaşadığı bulunmuştur.

Öğrencilerin mensturasyon özellikleri incelendiğinde; menarş yaşları %0,9'u 10 yaşında, %4,1'i 11 yaşında, %14,4'ü 12 yaşında, %36,0'ı 13 yaşında, %23,0'ı 14 yaşında, %14,9'u 15 yaşında, %5,4'ü 16 yaşında, %0,9'u 17 yaşında, %0,5'i 18 yaşında olduğu tespit edilmiştir. Üniversite öğrencilerinin mensturasyon özellikleri arasında menarş yaşında farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Farklılığın öğrencilerin üniversite eğitimi için değişik bölgelerden gelmiş olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Dündar ve ark.(2008), Menarş yaşındaki farklılığın; menarş yaşının genetik etmenlerle olduğu kadar şehirleşmenin derecesi, sosyoekonomik durum, ailelerin çocuk sayısı, beslenme, mevsimler, fiziksel etkinlik ve denizden yükseklik gibi pek çok çevresel etmenlerden etkilendiğini belirtmektedirler.

Spor yapan ve yapmayan üniversite öğrencilerinin anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülürken ($p < 0.05$); sinirlilik, ağrı ve şişkinlik alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Aganoff ve Boyle (1994), çalışmasında sporcu bayanlarda PMS'yi değerlendirmiş ve düzenli egzersiz yapan grubun düzenli egzersiz yapmayan gruba göre zayıf konsantrasyon, negatif etki, davranışsal tepki, ağrı gibi Menstrual Distres Şikayet Listesi'ne ait puanların istatistiksel olarak daha düşük olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda Demir ve ark.2006 düzenli olarak yapılan egzersizin, belirtilerde azalma ve duygusal iyileşme sağladığını belirtmişlerdir. Bayram (2007) yaptığı çalışmada, sporcu bayanlar ile sedanter bayanlarda görülen PMS'yi karşılaştırmış ve sporcu bayanlarda bu hastalığın daha az görüldüğünü belirtmiştir. Çalışmaların yapılan bu araştırma ile paralellik göstermediği görülmektedir. Spor yapanların PMS'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puanların sedanter olan bayanlarınkinden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin sporcuların müsabaka dönemlerine yakın olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Adet dönemi düzenli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeyleri incelendiğinde; depressif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler alt boyutları arasında anlamlı farklılık gözlemlenmiş ($p < 0.05$) ve adet dönemi düzenli olan öğrencilerin ortalamalarının düzenli olmayanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca üniversite öğrencilerinin %71,6'sının adet periyotları düzenli iken, %28,4'ünün düzenli olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, adet dönemi düzenli olan öğrencilerin daha az depresif duygulanıma, sinirlilik haline ve anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir.

Yaşadıkları yerden ayrıldıklarında adet dönemi düzensiz olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri ve uyku değişimleri alt boyutları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülürken ($p<0.05$); anksiyete, yorgunluk ve şişkinlik alt boyutları arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur($p>0,05$). Üniversite öğrencilerinin %37,8'i yaşadıkları yerden ayrıldıklarında düzensizlik yaşadığını belirtirken; %62,2'si düzensizlik yaşamadığını belirtmiştir. Bölge değişiminden kaynaklanabilecek ekolojik faktörlerin bayanların adet düzenini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Premenstrual dönemde ilaç kullanan ve kullanmayan üniversite öğrencilerinin depresif duygulanım ve ağrı alt boyutları arasında anlamlı farklılık gözlemlenirken($p<0.05$), diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). İlaç kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha az ağrı ve depresif duygulanım yaşadıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra öğrencilerin %31,5'i premenstrüal dönemde ilaç kullanırken; %68,5'inin ilaç kullanmadığı ve adet döneminde %43,2'si ilaç kullanırken %56,8'inin kullanmadığı tespit edilmiştir. Hart ve Hill (1997) yapmış oldukları çalışmalarında premenstrual distres bulguları ile hem analjezik kullanım sıklığı, hem de miktarı ile su retansiyonu, çökkün duygu durumu, sosyal geri çekilme, kızgınlık, düşmanlık arasında pozitif ilişki olduğunu bulmuşlardır ve yapılan bu çalışmayı desteklemektedir.

Yaş değişkenine göre üniversite öğrencilerinin anksiyete ve depresif düşünce alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür($p<0.05$). Bu farklılık sonucunda; 17-19 yaş arasında olanların 20-22 yaş ve 23 yaş ve üzerinde olanlara göre anksiyete alt boyutu, 17-19 yaş arasında olanların 23 yaş ve üzerinde olanlara göre depresif

düşünce alt boyutu yüksek çıkmıştır. Demir ve ark. (2006) 19-49 yaş arası 277 kadınla gerçekleştirdiği çalışmada yaş ile PMS varlığı arasında ilişkiye rastlanmamıştır. Günümüzde PMS ile yaş arasındaki ilişki henüz saptanamamış olmasına rağmen, yapılan bu çalışmada yaşa bağlı olarak anksiyete ve depresif duygulanım düzeyinde azalma olduğu görülmektedir. PMS'nin Depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, ağrı, iştah, uyku ve şişkinlik alt boyutları arasında ise anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmemiştir (tablo 4).

Sonuç olarak, spor yapanların premenstrual sendrom alt boyutlarının bir kısmında problem yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu alt boyutlar; anksiyete, depresif düşünce, iştah ve uykudur. Adet dönemi düzenli olan öğrencilerin daha az depresif duygulanıma, sinirlilik haline ve anksiyeteye sahip oldukları, yaşa bağlı olarak anksiyete ve depresif duygulanım düzeyinde azalma olduğu ve ilaç kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre daha az ağrı ve depresif duygulanım yaşadıkları tespit edilmiştir.

Premenstrual sendrom; bayanların sağlığını tehdit etmekle beraber sağlık sorunlarına neden olmakta dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir. PMS ile baş etmek için ilaç tedavisinden çok davranış değişikliği geliştirilebilir. PMS, depresyon düzeyini yükselttiği için bu dönemde depresyonla baş etme yöntemleri konusunda öğrencilere gerekli eğitimin sağlanması, fizyolojik ve premenstrual şikâyetlerin nedenleri hakkında öğrencilere eğitim yapılması, eğitim-öğretimde görev alan bireylerin bu hususlarda dikkatli olması, stresle başa çıkabilme, gevşeme teknikleri, konusunda eğitim yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Acar, B, (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. *Güneş Kitabevi*, Ankara, 810-819,
2. Aganoff JA, Boyle GJ (1994). Aerobic exercise, mood states and menstrual cyclesymptoms, *Journal of Psychosomatic Research*, 38(3): 183-192.
3. Akdeniz, F,, Gönül, AS (2004). “Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi”, *Klinik Psikiyatri*, 2:70-74.
4. Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat, G. (2003). “Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 18: 106-109.
5. Anson, O (1999). Exploing the Bio-psycho-social Approach to Premenstrual Experiences, *Social Science & Medicine*, 49: 67-80.
6. Antai, AB., Udezi, A. W., Ekanem, EE, Okon, UJ, Umoiyoho A.U. (2004). Premenstrual Syndrome: Prevalance in Students of the University of Calabar, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*, 7: 45-50.
7. Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). *Nobel Tıp Kitabevleri*, 524-525.
8. Azak, A. (2006). Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler, *Toraks Delgisi*, 7(2): 120-124.
9. Balcioğlu, İ. (2001). Stres, Gençlik, Kentleşme, Şiddet, *Yeni Symposium*, 39(1): 49-56.

10. Baysal, B. (2004). Jinekoloji, I.T..F. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları Birinci Baskı, *İstanbul Nobel Kitabevleri*, , Editör: S.Berkmen, 41-48.
11. Bayram OG. (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması, *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3(3): 104-110.
12. Bekar, M,, Güçsavaş, N. (1994) Premenstrual Sendrom, *II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Ege Üniversitesi Basımevi Bornova/ İzmir*, 616-622.
13. Bektaş, M. (1995) Bir Gmp Çalışan Kadında Premenstrual Disfonik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-demografik Özelliklerle Olan İlişkisi, *KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Psikoloji Yüksek Lisans Tezi*.
14. Blake, P., Salkovskis, P, Gath, D. (1998). Cognitive Therapy for Premenstrual Sendrom: a controlled trial. *J. Psychosom Resaich*, 45:307-318.
15. Borenstein, I,E, Dean, B..B., Endicott, T, Wong, I,, Brown, C, Dickerson, V,, Yonkers, K.A. (2003). Health and Economic Impact of Premenstrual Syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*, 48(7): 515.
16. Bosarge, P. M, (2003), Understanding and Treating PMS/PMDD *Nursing Management*, 5:13-17.
17. Bölükbaş, N., Tiryaki, N. (2003). Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(3): 44-49.
18. Cameron, S, (2000) Manual of Nursing Practice, *7th Ed Philadelphia J.B. Lippincott Company*, 758-765.

19. Canbaz, S, Dündar, C, Sunter, T., Krhnçer, A, Peşken, Y. (1999) Ondokuzmayıs Üniversitesi Kız Öğlencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı. *Klinik Bilimler & Doktor*, 5(5): 680-684.
20. Carpenito, L...J. (1999), Hemşirelik Tanılan El Kitabı Çeviren: Doç Dr, Fıdevs Erdemir. (7, Basım) *Nobel Tıp Kitabevleri*.
21. Cihan, Ü..A,.. Dinç, G,, Özvuımaz, S, Ay, S , Oıal, A,, Özcan, C. (2001). Manisa Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Gıubu Kadınlar ve Eşleri Arasında Sigara İçme Boyutu ve Bunu Etkileyen Sosyoekonomik Faktöiler, *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 22(1):3-10.
22. Cohen, LS, Soares, G.N., Otto, M W, Svveeney, B.H., Liberman, RF, Harlow, B.L.., (2002). Pievalance and Predictors of PMDD in Older Premenopausal Women. *Journal of Affective Disorders*, 70: 125-132.
23. Coşkun, A., Kızrlkaya, N. (1995) İstanbul İlinde Yaşayan Doğurgan Çağı Kadınlarda Görülen Perimenstmal Şikayet Durumunun Yaş Gıuplarr Açısından Değerlendirilmesi *Hemşirelik Bülteni*, 9(35): 35-44.
24. Cox, H.G., Hinz, M D.(2002).. Clinical Applications of Nusing Diagnosis Adult, Child, Women's, Psychiatric, *Genetic and Home Health*, FA, Davis Company, Philadelphia, Fourth Edition, 130-136
25. Cronje, W.H., Vashist, A., Studd, T .W., (2004), Hysterectomy and Bilateral Oophorectomy for Severe Premenstual Syndiome, *Human Reprıouction*, 19(9): 2152,

26. Çetin, S.K, Akdeniz, F, Tamaı, M. (2005) Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,
27. Danacı, A.E, Taşkın, E.O., Kotlan, S.O., Uyar, Y (2001), Premenstrual Disfonik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 15-20.
28. Demir B, Algül LY, Güvendağ ESG (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4): 262–270.
29. Dereboy, Ç,, Dereboy, İ.F, Yiğitöl, F, Coşkun, A, (1994), Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2): 83-90.
30. Deiman, O., Kanbur, N.Ö., Tokur, T.E., Kutluk, T. (2004) Premenstrual Syndrome and Associated Symptoms in Adolescent Girls European, *Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116: 201-206..
31. De Melo, N.R., Giribela, AH.G, Giribela, C.RG, Ricci, M.D (2001), Premenstrual Syndrome *Revista Brasileira de Medicina*, 58: 185-190.
32. Deuster, P.A., Adera, T, South-Paul, J (1999), Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome, *Archives of Family Medicine*, 8(2): 122-134,
33. Devlet İstatistik Enstitüsü.. (2000) Nüfus, Konut ve Demografi. Erişim (Online). Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PielstatistikTablo>

34. Dickerson, L.M., Mazyck, P J., Hunter, M.H (2003). "Premenstrual syndrome *American Family Physician*", 67(8): 1743.
35. Dilbaz, N (1992). "Premenstrual Sendrom", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 42
36. Dünder B., Anıl H., Akyol P., Eren E., Dünder N. (2008). "İsparta'daki kız çocuklarında ortalama menarş yaşının ve menarşı etkileyen etmenlerin saptanması", *Türk Ped Arş.*43: 50-4
37. Erci, B, Okanlı, A, Kılıç, D. (1999). "Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 14-26,
38. Eridemli, F, (1998), Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1): 59-63.
39. Ekizler, H (1989). Premenstrüel Sendromun Özellikleri, Değerlendirilmesi ve Bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 3(4): 61-65.
40. Facchinetti, F., Borella, P, Sances, G, Fioroni, L, Nappi, RE., Genazzani, AR (1991) Oral Magnesium Successfully Relieves Premenstrual Mood Changes. *Obstetrics and Gynecology*, 78(2): 177-180.
41. Franckiewicz, E ,,J, Shiovitz, TM (1996),, Evaluation and Management of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of American Pharmaceutical Association*, 41(3): 437-440.

42. Freeman, E.,W,,, Stout, AL., Endicott, J, Spiers, P.. (2002). Treatment of Piemenstual Syndiome with a Caibonhydiate-ıich Beveiage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 77: 253-254.
43. Freeman, E.W.. (2003) Piemenstrual Syndiome and Premenstrmal Dysphoic Disoder: *Definitions and Diagnosis Psychoneuroendocrinology*, 28: 25-37.
44. Girman, A , Lee, R., Kligler, B.,(2003) An Integiative Medicine Appioach to Premenstrual Syndrome *Journal of Obstetic Gynecology*, 188(5): 56-64.
45. Güneş, G, Pehlivan, E., Genç, M., Eğri, M. (1997). ‘Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı’,, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4): 403-406.
46. Güneş, G, Pehlivan, E., Genç, M, Özer, F ,Karaoğlu, L., Özcan ,Y (2000). 30 Yaş ve Üzeiindeki Kadınlarda DSM-IV Tanı Kriterlerine Göre Premenstrmal Sendrom Prevalansı ve Bazı Risk Faktörleri. *Klinik Bilimler & Doktor*, 6(5): 660-663.
47. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü: Nüfus ve Sağhk Araştırması, (2003) Ankara, Erişim (Online). Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>
48. Halbreich, U,, Bolenstein, J, Pearlstein, T, Kahn, L..S (2003). The Prevalance, Impaiiment, Impact and Binden of Premenstrmal Dysphoric Disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28: 1-23.
49. Halbreich, U. (2005). Algoithm for Treatment of Premenstrmal Syndiomes (PMS): Expets' Recommendations and Limitations *Gynecological*

Endocrinology, 20(1): 48-56

50. Harder, B. (2005). Preventing PMS. *ScienceNews*, 167(25): 387-389.
51. Hart KE, Hill AL (1997) General use of over-the-counter analgesics: Relationship to premenstrual symptoms, *Journal of Clinical Psychology*. 53 (3): 197-200.
52. Head, KA (1997) Premenstrual Syndrome: Nutritional and Alternative Approaches *Alternative Medicine Review*, 2(1): 12-26.
53. İsmail, KM, O'Brien, S, (2005). Premenstrual Syndrome Current *Obstetrics&Gynaecology*, 15: 25-30.
54. İsmail, KM., O'Brien, S., Dimmock, P, (2003). Premenstrual Syndrome, *Gynaecology*, Third Edition, Churchill Livingstone Company, 401-411.
55. İnce, N, (2001). Adolesan Dönemde Premenstrüel Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 21:369-373.
56. Johnson, S.R. (1987). The Epidemiology and Social Impact of Premenstrual Symptoms. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 30(2): 367.
57. Kabalak, A., Urfaloğlu, A (2003) Kadın Sağlığına Alternatif Yaklaşımları, *Kadın Doğum Dergisi*, 1(4): 1-21.
58. Karadağ, T, (2001). Adet Öncesi Disfonik Bozukluk, *Psikiyatri Dünyası*, 5:11-14. Khella, AK. (1992).. Epidemiologic Study of Premenstrual Symptoms. *J.Egypt Public Health Association*, 67(1-2): 109.
59. Karavuş, M., Cebeci, D., Bakıcı, M., Hayran, O, (1994).

Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom, *IV., Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Didim*, 353-355.

60. Kıran, S, (1998). Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*.

61. Kızılkaya, N. (1994). Perimenstrial Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, *İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi*.

62. Kızılkaya, N, (1994), "Perimenstrial Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı", *Hemşirelik Bülteni*, 8(31): 84-90.

63. Korzekwa, M, Steiner, M, (1999). "Assessment and Treatment of Premenstrual Syndromes Prim Care Update" *Obstetrics and Gynaecology*, 6(5): 153-162.

64. Lane, T., Francis, A. (2003). "Premenstrual Symptomatology, Locus of Control, Anxiety and Depression in Women with Normal Menstrual Cycles", *Archives of Women's Mental Health*, 6: 127-138.

65. Leather, AT., Studd, J.W.W, Watson, N.R., Holland, EFN, (1999). The Treatment of Severe Premenstrual Syndrome with Goserelin with and without 'add-back' Estrogen Therapy: *A Placebo Controlled Study*, *Gynecological Endocrinology*, 13(1): 48-57.

66. Levin, A M., (2004). Premenstrual Syndrome: *A New Concept in its Pathogenesis and Treatment Medical Hypotheses*, 62:130-132.

67. Lowdermilk, D.L, Peny, S E (2004). *Maternity&Women's Health Care*, Mosby Company Eight Edition, 160-163.
68. Masho, S..W., Adera, T , South-Paul, J, (2005). Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(1): 33.
69. Mc Kinney, E, S, (2000). *Maternal- Child Nusing*, Philadelphia Soundeis Company. Fiist Edition, 788-791.
70. McKinney, E.S., Murray, S..S., James, S R, Ashwill, T .W. (2005). *Maternal-Child Nursing* Second Edition. W.B. Saunders Company, 778-780.
71. Moiton, AS, William, D , Aithur, H, Daniel, RM (2001). *Comprehensive Gynecology*, Fouth Edition Mosby Company, 1070-1076.
72. Morse, G. (1999). "Positively Reflaming Perceptions of the Menstual Cycle Among Women with Premenstrual Sydrome. *JOGNN" Clinical Studies*, 28(2): 65-174.
73. Müderris, ÎT, Gönül, AS,, Sofuoğlu, S,, Taşçı, S,, Bayatlı, M (1999). Genç Kadınlarda Premenstrual Disfbrik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, 2: 197-201,.
74. Oğur, P (2004). *Premenstrual Sendi onun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi* Afyon Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
75. Olds, S.B., London, M.L., Ladewig, P.W., Davidson, M.R. (2003).

Maternal-Newborn Nursing & Women's Health Care New Jersey. Seventh Edition, 112-115.

76. Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Ankara, 157-175.

77. Özdamar, K. (1997). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. *TC, Anadolu Üniversitesi Yayınları*. Eskişehir, 497-503.

78. Özlü, T., Bülbül, Y. (2005). Sigara ve Akciğer Kanseri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 53(2) : 200-209.

79. Oksal, A. (2000). *Ergenlik Dönemindeki Ruhsal Değişiklikleri Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul, 49-51.

80. Platin, N. (1989). "Premenstüal Sendrom", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(3):31 -40.

81. Potter, P.A., Perry, A.G. (2003). *Basic Nursing Essentials for Practice*. Mosby Company.

82. Quinn, E.B, Dobak, I (1993). "Premenstüal Syndrome", *Maternity & Gynecologic Care, The Nurse and The Family*, 5th Ed, 1253-1255.

83. Reeder, S.L., Martin, L.L. (1987). *Maternity Nursing Family Newborn and Women's Health Care*. Sixteenth Edition Lippincott Company, Philadelphia 222.

84. Rosdahl, C.B. (1999). *Textbook of Basic Nursing*, Seventh Edition.. J.B.

Lippincott Company Philadelphia, 1338-1339.

85. Rosdahl, C.N., Kovvalski, M T (2003). *Premenstual Syndiome*. Textboo of Basic Nusing. Eight Edition. I..B. Lippincott Company Philadelphîa, 1515-1516.

86. Saka, O. (2004). Araştırmalarda Deneklerin Seğimi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 4(2): 81-85.

87. Shaon, I., Leonide, L., Martin (1987). *Mateinity Nusing, Family Newboim and Women's Health Care* 16th Ed, Lippincott Company, Philadelphia, 1150-1156.

88. Shervven, L.N., Scoloveno, M.N, Weingaiten, G.T.. (1995). *Nusing Çare of the Childbearing Family. Appleton and Lange*, Second Edition, 86-88.

89. Sigurdson, K, (2002). *The Natural Choice for PMS*. Total Health, 24(1): 23-25.

90. Speroff, L., Glass, R, Kase, N.G (1983). *Clinical, Gynecologic Endocrinology & Infertility*. İst Ed , 112-124.

91. Steinei, M., Macdougall, M., Biown, E, (2003). "The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) for CHnicians", *Archieves of Women's Mental Health*, 6: 203-209.

92. Stevinson, C, Einst, E (2001). "Complementary/alternative Therapies for Piemenstual Syndrome: Asystematic Review of Randomized Controlled Trials American" *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(1): 227-235.

93. Suffling, K. (2001). Premenstrual Syndrome. *Gynaecological Nursing A Practical Guide* Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 109-127.
94. Sundström, I., Bäckström, T, (1998). Patients with Premenstrual Syndrome Have Decreased Saccadic Eye Velocity Compared to Control Subjects, *Society of Biological Psychiatry*, 44: 755-764.
95. Taşçı, K.D.(2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6): 434-442.
96. Taşkın, L (2002). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Beşinci Baskı Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık.
97. Tisher, P. (1994). *Age Erasers For Women*, First Edition Rodales Company, 292-293.
98. Tomruk, N.B. (1991). *Premenstrual Sendrom (PMS)*. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
99. Uganizza, D.N., Klingner, S., O'brien S. (1998). Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment, *The Nurse Practitioner*. September , 40-56.
100. Üner, M.. (1996). *Kadın Hastalıkları*, Palme Yayınevi Ankara, 263- 267
101. Vamey, H,, Kiebs, TM, Gego, C..L. (2004). Vamey Midwifery, Jones and Bartlett Publishers. 4th Ed Canada, 392-396,,
102. Walker, A., (1998). Magnesium Supplementation Alleviates

Premenstual Symptoms of Fluid Retention.. *Journal of Women's Health*, 7(9): 1157.

103. Wyatt K, Dimmock P Jones P, O'Brien S.. (2002) .“Progesteron and Progesterogens are not Effective for the Management of Premenstrual Syndrome”, *Obstetrics and Gynecology* 4: 88-89.

104. Wong, D.L., Peny, S E , Hockenbery, M..J. (2002). *Maternal-Child Nursing Care*, Second Edition Mosby Company, 71-73

105. Yazıcı, H, Şahin, M (2005). Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları ile Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki, *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 13(2): 455-466.

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

107. Yüksel, İ (2003). İşsizliğin Psikososyal Sonuçlarının İncelenmesi (Ankara Örneği) *C.Ü.. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2):21-38.