T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) SORUNU OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PMS SEMPTOMLARININ KONTROLÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

Ayten ARIÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

KONYA–2009

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) SORUNU OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PMS SEMPTOMLARININ KONTROLÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

Ayten ARIÖZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Emel EGE

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordanatörlüğü tarafından 08102009 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA–2009

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla beni destekleyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Emel EGE'ye, verilerin değerlendirilmesinde yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN'a ve Araş. Gör. Deniz KOÇOĞLU'na, araştırmam boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Öğr. Grv Rüveyde CAN'a ve Öğr. Grv. Selda ARSLAN'a, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **i**

ÖNSÖZ ..... **ii**

İÇİNDEKİLER ..... **iii**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **vi**

1. GİRİŞ **1**

1.1. Premenstrüel Sendromun Tanımı 2

1.2. Etiyoloji 3

1.2.1. Östrojen/Progesteron Dengesizliği 3

1.2.2.Luteal Fazda Progesteron Seviyesinin Azalması 4

1.2.3. Prolaktin Ve Renin- Anjiyotensin- Aldesteron Dengesizliği 4

1.2.3.1 Prolaktin 4

1.2.3.2. Aldesteron 5

1.2.4. Prostaglandin 6

1.2.5 Diyette Kalsiyum ve Magnezyum Eksikliği 6

1.2.6. Vitaminler 7

1.2.7. Psiko-Sosyal Faktörler 7

1.3. Tanı ve Değerlendirme 8

1.4. Tanı ve Tedavi 11

1.4.1. Nonfarmakolojik Yöntemler 11

1.4.1.1.Eğitim 11

1.4.1.2. Stres Düzeyini Azaltma 12

1.4.1.3. Diyet 12

1.4. 2.Farmakolojik Yöntemler 13

1.4.2.1. Anovülasyon Tedavisi 13

1.4.2.2.Psikotrop İlaçlar 14

1.4.2.3. Diüretikler 15

1.4.2.4. Progesteron 15

1.4.2.5. Cerrahi Kastrasyon 15

1.5.PMS ve Yaşam Kalitesi 15

1.6. PMS'da Hemşirelik Tanıları 17

1.6.1. PMS İle Başetmede Ebe Ve Hemşirenin Rolü 18

2. GEREÇ VE YÖNTEM 20

2.1. Araştırmanın Tipi 20

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 20

2.3. Araştırma Evreni 20

2.4. Araştırmanın Örneği 20

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları 21

2.5.1. Anket Formu 21

2.5.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 22

2.5.3. WHOOL-BRIEF (Kısa Form) 23

2.6.Ön Uygulama 28

2.7.Verilerin Toplanması 28

2.7.1 Deney Grubu Öğrencilere Uygulanan Premenstrüel Sendrom İle Başetme Eğitimi 28

2.7.1.1.Eğitim Programının İçerği 28

2.8.Değişkenler 29

2.8.1. Bağımlı Değişkenler 29

2.8.2. Bağımsız Değişkenler 29

2.9. Terminoloji Tanımlaması 30

2.10.Verilerin Değerlendirilmesi 30

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları 30

2.12. Araştırmanın Amacı Ve Hipotezleri 30

2.13. Araştırmanın Varsayımları 31

2.14.Araştırmanın Etiği 31

2.14.1. Onam Formu 31

3. BULGULAR 33

3.1. Araştırma Grubundaki ÖğrencilerinTanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 33

3.2. Deney ve Kontrol Grubunun Demografik, Mensturasyon Özellikleri, Premenstrüel Sendrom Açısından Risk Faktörleri, PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 37

3.3.Deney ve Kontrol Grubunun Demografik, Mensturasyon Özellikleri, PMS Açısından Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların Son Test PMSÖ Puanına Göre Dağılımı 41

3.4.PMS İle Başetme Konusunda Verilen Eğitimin PMSÖ Ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin İncelenmesi 45

4. TARTIŞMA 49

41. Araştırma Grubundaki ÖğrencilerinTanımlayıcı Özellikleri 49

4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Demografik Mensturasyon Özellikleri, Premenstrüel Sendrom Açısından Risk Faktörleri, PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması 52

4.3.Deney ve Kontrol Grubunun Demografik, Mensturasyon Özellikleri, PMS Açısından Risk Faktörlerine İlişkin BulgularınSon Test PMSÖ Puanına Göre Dağılımı 54

4.4.PMS İle Başetme Konusunda Verilen Eğitimin PMSÖ Ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları Üzerine Etkisinin İncelenmesi 56

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 60

5.1. Sonuçlar 60

5.2. Öneriler 61

6. ÖZET 63

7. SUMMARY 64

8. KAYNAKLAR 65

9. EKLER **71**

Ek A Anket Formu 71

Ek B Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 72

Ek C WHOOL-BRIEF (Kısa Form) 74

Ek D Uzman Listesi 77

Ek E Eğitim Kitapçığı .....

Ek F Etik Kuruldan Alınan İzin Belgesi 78

Ek G Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulundan Alınan İzin Belgesi 79

Ek H Selçuk Üniversitesi Akşehir Sağlık Yüksekokulundan Alınan İzin Belgesi 80

10. ÖZGEÇMİŞ **81**

SİMGELER VE KISALTMALAR

PMS Premenstrüel Sendrom

LLPDD (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder) Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk

PMSÖ Premenstrüel Sendrom Ölçeği

WHOOL-BRIEF (Kısa Form) World Health Organiztion Quality of Life

BKI Beden Kitle İndeksi

1.GİRİŞ

Mensturasyon kadın hayatının 30-35 yılını kapsayan fizyolojik bir olaydır (Kişnişci 1996, Taşkın 2007). Mensturasyon ve menstrual döneme ilişkin problemler, kadın yaşamının önemli bir bölümünü etkilemektedir (Taşcı 2006). Menstural problemler arasında en fazla dismenore, amenore, anormal uterus kanamaları ve premenstruel sendrom yer almaktadır (Nesitein 1990, Braverman 1997). PMS menstrüel döngünün 7- 10 gün öncesinde duygularda değişim, sinirlilik, kaygı, enerji azalması, depresif duygu durumu, değersizlik düşünceleri, dikkat toplama güçlüğü, iştahta değişmeler, göğüslerde şişkinlik, eklem ağrıları gibi tipik belirtilerle ortaya çıkan, mensturasyonun başlaması ile sonlanan ve bir sonraki menstrüel döngüye kadar ortaya çıkmayan fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Taylor 1999, Erci ve ark. 1999, Rızk ve ark. 2006, Başaran 2006).

Premenstrüel şikayetler, işteki verimliliği ve çalışma kalitesini azaltması, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde bir artışa neden olması, adölesan genç kızın kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve derslere devamını olumsuz etkilemesi nedeniyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur. Premenstruel sendrom, kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicilerinden biridir. Sadece kişiyi değil ailesini ve toplumu da etkilediği için premenstrüel sendrom yaşayan kadınların yaşam kalitesinin etkilenmesi de kaçınılmaz görünmektedir (Demir ve ark 2006). Bireyde kapasite kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmakta (Goldstein ve ark. 1986, Hallman and Georgiev 1987) dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir.

Premenstrüel şikayetlerin azaltılabilmesi için nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır PMS belirtileri ile baş edebilmek için ilk başvurulan yol olan farmakolojik tedaviden (Taşcı 2006) önce; menarş öncesi ve sonrası doğru ve yeterli bilgi birikimi sağlanarak kişilerin hayat tarzındaki gerekli düzenlemelerin yapılması daha önemlidir (Yücel ve ark 2009). Eğitim ile diyet alışkanlıklarının değiştirilmesi, stres yönetimi ve egzersiz alışkanlığının kazandırılması ve devamının sağlanması sorun üzerine pozitif etkilidir (Kızılkaya 1994). Hong Kong'ta, PMS yaşayan öğrencilere uygulanan eğitim programının etkisini incelemek için yapılan bir araştırmada, eğitim sonrası öğrencilerin PMS konusunda bilgilerinde artış, PMS belirtilerinin şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır (Chau ve Chang 1999).

PMS'un öğrencilerin yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini etkilediği düşünülmektedir. PMS'a ilişkin semptomların azaltılmasında ve yaşam kalitesinin

korunmasında PMS'lu öğrencilere özel hazırlanmış eğitimin etkinliğini ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile bu araştırma yapılmıştır.

1.1.Premenstrüel Sendrom (PMS)'un Tanımı

Menstrüel siklus ve affektif bozukluklar arasındaki ilişki Hipokrat tarafından gözlemlenmiş olmasına karşın (Gökçe 2006, Akdeniz ve Karadağ 2006), "Premenstrüel Sendrom" (PMS) kavramı ilk defa 1931 yılında Frank tarafından tanımlanmıştır (Erci ve ark. 1999, Karadağ 2001). PMS önceleri tümüyle psikolojik kabul edilirken, sonraları fizyolojik ve diğer yönleri ile de yeniden değerlendirilmiştir (Bekar ve Güçsavaş 1990). Karadağ'ın bildirdiğine göre; Dalton 1952 yılında PMS terimini kullanan ilk kişi olmuştur (Karadağ 2001). Coppen ve Kessel (1963) ve Moos (1968) premenstruel döneme özgü belirtileri tanımlarken, Taylor (1979), Casper ve Powel (1986), Reid ve Yen (1981) PMS'deki belirtilerin siklik özelliği üzerinde durmuşlardır. 1983'de Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH), PMS'nin tüm özelliklerini göz önüne alarak daha geniş bir tanımlama ortaya koymuştur. PMS, 1987 yılında 'Amerikan Psikiyatri Birliği' tarafından Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk (Late Luteal Phase Dysphoric Disorder-LLPDD) yada Premenstruel Disforik Bozukluk (Premenstrual Dysphoric Disorder-PMDD) olarak tanımlanmıştır. Genel tıp literatürü içinde bakıldığında PMS'un sınırlarının daha geniş olduğu dikkat çekmektedir (Gökçe 2006). PMS ve LLPDD gibi iki farklı tanımın bulunması yada sendromun tanımlanmasında fikir birliğinin olmaması bu tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır (Adıgüzel ve ark. 2007).

PMS'un semptomlarını içeren fakat PMS'dan farklı olan iki durum ayrıca tanımlanmıştır. "Premenstruel Tension" (PMT) ve "Premenstruel Molimia" . PMT; sinirlilik, depresyon, huzursuzluk, anksiyete gibi emosyonel durumların ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu, semptomların hafif, günlük hayatı etkilemeyen ve menstruasyonun yaklaştığını gösteren kısa süreli bir durum olarak tanımlanır. Ayrıca PMS'de somatik, davranışsal ve emosyonel yakınmaların hepsinin birlikte olduğunu, PMT'de ise yanlızca emosyonel problemlerin olduğu öne sürülmektedir (Gökçe 2006).

Premenstrüel Molimia ise; kadınların yaklaşık %80-90'ında premenstruel dönemde günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şekilde ve şiddeti az olan bir veya birden fazla PMS'a benzer semptomların olduğu bir durum olarak tanımlanmaktadır. Premenstruel Molimia ile PMS'nun etyolojileri arasında farklılıklar olabileceği öne sürülmektedir. Örneğin PMS etiyolojisinde hipotalamik-pituiter aksın beyin

nörotransmitterleri ile karşılıklı etkileşimleri gibi biyolojik faktörlerin, Premenstruel Molimia'da ise psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı düşünülmektedir (Gökçe 2006).

1.2.Etiyoloji

PMS'un etyolojisi tam olarak tanımlanamamıştır, semptomlar genellikle subjektiftir ve birden fazla faktör rol oynadığı için tek bir faktöre bağlamak olanaksızdır (Üner 1996). PMS'un etyolojisini açıklayan teoriler, psikolojik, sosyal ve biyolojik esaslara dayanır. Bunlar (Andrzej ve Diana 2006);

- Östrojen- progesteron dengesizliği,
- Luteal fazda progesteron seviyesinin azalması,
- Prolaktin ve renin- anjiyotensin- aldesteron dengesizliği,
- Diyette kalsiyum ve magnezyum eksikliği,
- Vitaminler,
- Psikososyal faktörler

1.2.1. Östrojen/Progesteron Dengesizliği

Menstrual siklus, overlerden salgılanan hormonlara bağlı olduğundan PMS nedeni olarak over hormonları düşünülmektedir (Kızılkaya 1995, Farage 2008). Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için bütün organizmada özellikle üreme organlarında menarştan menopoza kadar devam eden siklus adı verilen bazı değişikliklerin olması beklenir. Üreme sistemindeki bu siklusun gerçekleşmesi, over foliküllerinin olgunlaşmasına ve over hormonları olan östrojen ve progesteronun salgılanmasına bağlıdır (Taşkın 2007). Aşırı östrojen salınımı progesteron düzeyinde düşme yada östrojen/progesteron oranında bir dengesizliğin sendrom nedeni olabileceği düşünülmektedir (Kızılkaya 1995).

1.2.2.Luteal Fazda Progesteron Seviyesinin Azalması

Luteal Faz; ovulasyondan sonra ilk 3 günde (14-17. günler) geride kalan folikül içine kolesterol yığılır ve sarı renk alır. Bu oluşuma sarı cisim veya korpus luteum denir (Guyton 1996).

Menstrual siklus, östrojen progesteron oranında bir dengesizliğe neden olduğu için PMS nedeni olarak over hormonları düşünülmüştür. Düşük progesteron düzeyi hipotezi şu nedenlere bağlanmaktadır (Kızılkaya 1995);

- Pogesteron santral sinir sistemi depresanıdır, direkt sedatif etkisi vardır. Progesteron eksikliği huzursuzluk, anksiyete ve saldırganlık duygularının artmasına neden olabilir.
- Progesteron antialdesteron etkisinden dolayı natriüretiktir. Sodyumun böbreklerden kullanımı üzerine etki ederek, ekstrasellüler sıvı volümünü azaltır, reninin serbest bırakılmasını sağlar. Progesteron eksikliği sonucu sodyum ve su retansiyonuna neden olur .

1.2.3 Prolaktin Ve Renin- Anjiyotensin- Aldesteron Dengesizliği

1.2.3.1.Prolaktin

Prolaktin hormonunun primer olarak meme dokusu üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir. Laktasyon ve gebelik hariç, insan pitutiterinde çok az prolaktin hormonu bulunmaktadır (Guyton 1996).

Prolaktin ile PMS arasındaki ilişkinin olduğu düşünülen nedenler (Kızılkaya 1995, Andrzej ve Diana 2006)**;**

- Prolaktin göğüsler üzerine direkt etki etmesi nedeni ile göğüs ile ilgili semptomlardan sorumlu tutulabilir,
- Stres ile ilişkili bir hormondur,
- Böbrekler üzerine direkt etkisi ile; potasyum, sodyum ve su retansiyonu yapar,
- Vazokontstriktör etki ile de baş ağrılarına neden olabilir.

PMS'lu olgular üzerinde prolaktin düzeyi ile yapılan çalışmaların bir çoğunda, kontrol ve deney grupları arasında anlamlı farklılıklar gösterilmemesine rağmen, birkaç çalışmada PMS'lu kadınların plazma prolaktin düzeyinin yükselmesinin davranışsal etkilere neden olabileceği ileri sürülmektedir (Dennerstein ve ark 1993, Kızılkaya 1995, Usman ve ark 2007).

1.2.3.2.Aldesteron

Birçok kadın premenstrüel dönemde kilo alma ve ödem şikayetinden yakınmaktadır. Literatürde aldesteronun PMS üzerine etki mekanizması şöyle açıklanmaktadır; normal menstrual siklusta serum aldesteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar. Midluteal fazdaki düzeyler foliküler fazdaki düzeylerin yaklaşık olarak 2 katıdır (Üner 1996, Gökçe 2006). Renin- angiotensin-aldesteron; normal menstrual siklusta progesteronun natriüretik etkisinden dolayı renin angiotensin aldesteron düzeylerinde yükselme görülür (Kızılkaya 1995). Bu sistemin etkisinde de su retansiyonu, ödem, meme angorjmanı, abdominal şişkinlik oluştuğu belirtilmektedir (Aksu 1998). Bunu açıklayan mekanizma ise şöyle (Kişnişci ve ark 1996) ;

- Renin-Angotensin-Aldesteron Aksı: Normal menstrual siklusta serum aldesteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar. Midluteal fazdaki düzeyler foliküler fazdaki düzeylerin yaklaşık olaak 2 katıdır. Östrojen, aldesteron sentezini artırarak su ve tuz tutulumunu artırır. Progesteron ise başlangıçta natriüretiktir. Ama bu etkisi sekonder olarak renin-angiotensin- aldesteron sistemini aktive eder. Aldesteron düzeyleri mensturasyon öncesi düşer.

1.2.3.3.Prostaglandin

Fonksiyonları açısından hormonlara benzeyen prostoglandinler, organizmanın tüm dokularında bulunur ve çoğunlukla sentez edildikleri hücre veya organ üzerinde etkili olurlar (Kızılkaya 1995, Vural 1999). Uterustaki protoglandin sentezi, endometriumda daha fazladır ve menstrüel siklus fazlarına bağımlıdır. Sentezlenen prostoglandin miktarı luteal fazın sonuna doğru artmaktadır. Menstrüel siklusun luteal döneminde progesteronun etkisi altında endometriumda PG F2 (prostoglandin F2) üretiminin arttığı bulunmuş ve bu maddenin vazokonstriktör ve oksitosik etkileriyle endometriumun atılmasına yol açarak, menstrüel kanamayı sağladığı ileri sürülmüştür.

Menstrüel kanda PGF2 düzeyinin fazla yükselmiş olmasına bağlı, uterus krampı, ağrı, başağrısı ve ishal gibi belirtilerde bu prostoglandin türünün üretimindeki artmanın rol oynadığı düşünülmektedir (Vural 1999, Koshikawa ve ark 1992).

1.2.4.Diyette Kalsiyum (Ca)Ve Magnezyum (Mg) Eksikliği

Mg birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, generalize adale spazmları ve tremor yapmaktadır. Mg'da yetersizlik olduğu zaman ruhsal durumda negatif etkiler meydana gelebilmekte ve davranış bozukluğu ortaya çıkabilmektedir (Cerin ve ark 1993, Shamberger 2003).

Over hormonları Ca++, Mg ve vitamin D üzerinde etkilidir. Östrojenin, kalsiyum metabolizması, ince barsaklardan kalsiyumun emilimi ve paratroid hormonun salgılanması üzerinde etkinliği vardır. Hipokalsemide var olan depresyon, anksiyete ve disforik bozukluk belirtilerinin PMS'da da olması, PMS'un etyolojisinde kalsiyumun rol oynayabileceğini düşündürebilir (Gökçe 2006).

1.2.5. Vitaminler

PMS etyolojisinde B, A, E, D3 vitaminlerinin rol oynadığı kabul edilmektedir ancak etki mekanizmaları henüz net olarak açıklanmamıştır (Chuong ve ark 1994 Kızılkaya 1995, Andrzej ve Diana 2006).

Literatürde A vitaminin PMS ile ilişkisini destekleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Chuong ve arkadaşları (1990) vitamin A düzeyleri düşük olan PMS'lu hastalara dışardan A vitamini preperatı vermişler ve daha sonra premenstruel dönemdeki semptomları gözlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda A vitaminin semptomlar üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir .

B6 vitamini (piridoksin) bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktör olarak rol oynar. Ayrıca vücutta Mg düzeyini ayarlar. Prostaglandin biosentezinin son basamağında dopamin ve seratonin düzeyindeki azalma PMS'un bazı semptomlarını ortaya çıkarabilir (Doll ve ark 1989, Bendich 2000). Literatürde PMS'lu kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar da B_6 vitamini eklenen grupta premenstural semptomların azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bendich 2000, De Souza 2000)

Vitamin E'nin PMS'u düzeltme mekanizması hakkında yeterli bilgiye ulaşılamamıştır. Günlük 600 IU vitamin E alınması özellikle göğüs ağrısı ve gerginlik olmak üzere PMS'un fiziksel semptomlarını azalttığını öne süren bazı çalışmalara rastlanmıştır. Ayrıca vitamin E'nin santral nörotransmitterleri veya prostaglandin sentezini düzenlediği de ortaya atılan fikirler arasındadır (Chuong ve ark 1990, Fraciewicz ve Shiovitz 2001).

1.2.6. Psiko-Sosyal Faktörler

Menstrual ve premenstruel durum ve davranışlar; kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algıları, hayat stresörleri gibi birçok psiko-sosyal faktörden etkilenir (Gökçe 2006). Marvann ve arkadaşları (1999) premenstruel sendrom belirtilerinin etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu, ev içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyo-kültürel faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir. Kadınların, kadınlığın reddi, erkeğe yönelik düşmanlık ve kendini cezalandırma gibi psikolojik faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir (Gökçe 2006).

York ve arkadaşları (1989) kadınların yaşam biçimleri ve meslek seçimlerinin PMS'a olan etkilerini değerlendirdikleri çalışmada PMS'nin evlilikte doyumsuzluk derecesiyle parelellik göstererek arttığı ve işi olan, ancak bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınların yakınmalarının en fazla olduğu, ev kadınlığını kendi seçmiş ve çocuklu kadınlarda ise şikayetlerin en alt düzeyde bulunduğu görülmüştür. Ayrı yaşama, boşanma, işinden memnuniyetsizlik gibi emosyonel problemi olanlarda PMS'un daha sık görüldüğü ileri sürülmektedir. PMS'lu kadınlarda, iç çatışmalardan doğan stres ve çevresel stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Goldstein 1996, Kızılkaya 1995).

Toplumun kadın ve adet görme ile ilgili değerleri bir diğer faktör olarak belirtilmektedir. İlk menstruasyon hakkındaki bilgiler ve premenstruel faz sürecindeki tecrübeler, menstruasyona karşı tutumu belirlemektedir. Menstruasyon ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise, PMS daha şiddetli olabilir (Gökçe 2006).

Kadının kadınlığını algılayışındaki tutum, geleneksel ve baskıcı yaklaşımdan liberal tutuma doğru geliştikçe, PMS şiddetinin azaldığı bildirilmiştir (Gökçe 2006). Araştırmacılar PMS olarak tanı alan kadınların iç çatışmalarından dolayı doğan stres veya çevresel stres ile başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğunu belirtmişler, stres olmazsa bu belirtilerin daha iyi tolere edilebileceğini ileri sürmüşlerdir. Psikolojik zorlanma ve stres sinir sistemi yoluyla hormonları ve over faaliyetlerini etkiler. Evlilik

ve cinsellikteki doyumsuzluklar, boşanma, alkolizm PMS'un şiddettini arttırabilir. Ayrıca kadının bir birey olarak kendi kişisel gereksinimlerini reddetmesinin premenstrüel semptomların şiddetini arttırabileceği düşünülmektedir (Hsia ve Long 1990, Gökçe 2006)

1.3.Tanı ve Değerlendirme

PMS biyolojik kökenli bir hastalık olmasına rağmen, yaşam stresi, cinselliği kötüye kullanma, kültürel sosyalizasyon gibi psikososyal faktörlerden de önemli derecede etkilenmektedir (Ross ve Steiner 2003). Henüz fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için tanımlamak için biopsikososyal yaklaşım gerekmektedir (Ross ve Steiner 2003, Kızılkaya 1995)

Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşmaktadır:

1.PMS'yi tanılama
2.Yaşam stilini düzenleme
- Diyet alışkanlıklarını gözden geçirme ve yanlışlıkları düzeltme,
- Egzersiz alışkanlığını kazandırma,
- Hayat stresörlerini ve bu stresörlerle başa çıkma yollarını değerlendirme ve düzenlenme,
- Uyku alışkanlıklarını değerlendirme ve düzenleme.

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

4.Gerekirse tıbbi tedavi uygulama.

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

Tanılama süreci, kadın ve ailesinin premenstrüel sendrom hakkındaki bilgileri, yanlış inanç ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için fırsat verir (Kızılkaya 1994b). Hafif vakalar cesaret verici konuşmalara bile cevap verebilir (Taşkın 2007).

Premenstruel şikayetlerin azaltılabilmesi için ilk başvurulan yol olan analjezik kullanımdan önce (Taşcı 2006); bu dönemde stres yaratan durumlar ve kadının stresle başa çıkma yollarının belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Kadının siklusu düzenli ise ve kendi çalışma programını belirleyebiliyorsa, stres yaratabilecek belirli iş programları, toplantılar gibi olayların bu dönemde yapılmaması sağlanabilir (Kızılkaya 1994).

Premenstruel dönemde ortaya çıkan siklik değişiklikleri belirlemek için objektif tanılama aracı kullanılmalıdır. Ebe ve hemşire bu amaçla geliştirilen formlardan klinik alanda uygulanması kolay olan ve prospektif olarak doldurulan bir tanesini seçmelidir. Bunun için çeşitli değerlendirme çizelgeleri oluşturulmuştur. Bu çizelgelerde semptomlar ve semptomların şiddeti belirlenmiştir. En az 2 ay prospektif bir değerlendirme yapılmalı, bu esnada vücut ısısı ve ağırlık ölçümleri kaydedilmelidir. Semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendinin değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Bazal vucut ısısının yataktan kalkmadan, kahvaltı yapmadan ve sigara içmeden önce alınması gerektiği, günlük kilo izleminin ise mesane ve bağırsaklar boşaltıldıktan sonra yapılması gerektiği konusunda kadına bilgi verilmelidir (Kızılkaya 2005)

Yaygın olarak premenstrüel semptomları şöyle sıralanır (Ugarrizza ve ark. 1998, Franckiewicz ve ark. 2001, Bosarge 2003, Ismail 2005, Öncel ve Pınar 2006);

- Davranışsal belirtiler
  - Yorgunluk
  - Uykusuzluk
  - Aşırı uyuma
  - Baş dönmesi
  - Cinsel istekte değişiklik
  - İştahta artma veya fazla yeme (belli yiyeceklere aşırı istek)
- Psikolojik belirtiler
  - İrritabilite
  - Kızgınlık
  - Depresif ruh hali
  - Ağlama

- Anksiyete
- Gerginlik
- Konsantrasyonda azalma
- Konfüzyon
- Unutkanlık
- Huzursuzluk
- Yalnızlık
- Öz saygıda azalma

❖ Fiziksel belirtiler

- Baş ağrısı
- Göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk
- Sivilcelenme
- Sırt ağrısı
- Abdominal ağrı ve şişkinlik
- Kilo alma
- Ekstremitelerde şişlik
- Ödem
- Mide bulantısı
- Kas ve eklem ağrıları

1.4.Tedavi

1.4.1.Nonfarmoklojik Yöntemler

Başarılı tedavi, doğru tanı ve altında yatan patolojinin açığa çıkmasına bağlıdır. PMS'un fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için bu amaçla bio-psiko-sosyal yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşmaktadır (Kızılkaya 1995)

- Eğitim
- Stresi azaltma
- Diyet
- Gerekirse tıbbi tedavi

1.4.1.1.Eğitim

Adet öncesi belirtilere karşı bilgilendirmenin adölesan dönemden itibaren ele alınması, üreme çağı boyunca ortaya çıkabilecek sorunlarda düzelme sağlayabilir. Çoğu kişilerde anamnez alınırken dahi belirtilerde rahatlama olduğu tespit edilmiştir (Kızılkaya 1995, Karadağ 2001). Diyet, yaşam biçimi ve davranışsal düzenlemelerle premenstruel şikayetleri olan kadınların %36-75' inde önemli bir düzelme sağlandığı literatürde belirtilmektedir. Kızılkaya ve Tuncel' in öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada; hemşirelerin verdiği eğitim sonrası; premenstruel şikayetlerin düzeyinde bir azalma olduğunu tespit etmişlerdir (Kızılkaya ve Tuncel 1994). Warren ve Baker 1992 yılında yaptıkları bir çalışma sonucunda; PMS şikayetlerini çözümleyebilmek için destek sistemleri geliştirmenin ve stres ile baş etme yöntemlerini öğrenmenin ilaç tedavisinden daha etkin olacağını belirtmişlerdir (Warren ve Baker 1992)

1.4.1.2.Stres Düzeyini Azaltma

Yapılan çalışmalar stresin PMS semptomlarını şiddetlendirdiğini göstermektedir. Özellikle negatif yaşam değişikliklerinin premenstruel davranış değişikliği, ağrı ve su retansiyonunda önemli miktarda değişim ortaya çıkarmaktadır. Stres düzeyini azaltmak için birçok yöntem önerilmektedir. Bunlar günlük düzenli egzersiz, relaksasyon yöntemleri, meditasyon ve yogo gibi yöntemlerdir. Egzersiz yapan kadınlarda kızgınlık ve depresyonda azalma olduğu, glukoz toleransının düzeldiği ve katekolamin düzeyinin düştüğü belirtilmiştir. Azalan glukoz toleransı semptomları; yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştah artması gibi PMS semptomlarına benzer semptomlar içermektedir. Düşük katekolamin düzeyi; anksiyete huzursuzluk ve gerginliği azaltmaya yardım eder (Kızılkaya 1995).

Egzersizin bir diğer yararlı etkisi; endorfin salınımını teşvik edip, luteal fazda endorfin salınımının azalmasını önleyerek strese karşı davranışsal reaksiyonlarda, psikolojik algılamalarda bir düzelme oluşabileceği öngörülmektedir (Kızılkaya 1995, Braverman 2007). Egzersizin tüm bu etkilerinin yanı sıra kan dolaşımını hızlandırması, esnekliği artırması ve karın kaslarını kuvvetlendirmesi amacıyla da premenstruel şikayetleri olan kadınlara önerilmektedir (Kızılkaya 1994)

1.4.1.3.Diyet

Belirli yiyecekler ve içeceklerin alınımının düzenlenmesi PMS semptomlarının azalmasına yardımcı olabilir. Premenstruel şikayetleri olan kadınların düzenli, sık aralıklarla yemek yemesi, yeterli protein, lif alması, tuz, kafein çikolata, alkol ve yağ alımı azaltması önerilmektedir. (Andrzej ve Diana 2006). Kafein iyi bir uyarıcıdır ve

huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk gibi şikayetleri artırır. Alkol, depresyon ve umutsuzluk duygularına neden olarak duygusal değişikliklere neden olabilir. Tuz ise su retansiyonuna , kilo alma ve fiziksel rahatsızlıklara neden olmaktadır (Kızılkaya 1995).

Pyridoxine (Vitamin B6); premenstruel dönemde özellikle emosyonel semptomların tedavisinde kullanılmıştır (Beal ve ark 1998, Korzewa 1999). Ancak günümüzde yapılan çalışmalar; yararının sınırlı olduğunu göstermektedir. Vitamin E (400 ünite / gün): somatik ve affektif semptomların tedavisinde yararlıdır. Birçok çalışma kalsiyumun (1.200 mg/gün); kalsiyum karbonat formunun premenstruel dönemde fiziksel ve emosyonel semptomların giderilmesinde yararlı olduğunu göstermektedir. Ayrıca magnezyumun (200-400 mg/gün); negatif duygudurumunu ve su retansiyonunu önlediği yönünde sonuçlar vardır. Fakat etki mekanizması henüz net değildir (Kızılkaya 1994b, Braverman 2007). Bunun yanı sıra premenstrüel dönemde süt ve sütlü ürünlerin, bağırsaklardan magnezyum emilimini azaltacağı için sınırlandırılması önerilmektedir (Kızılkaya 1994).

1.4.2. Farmokolojik Yöntemler

Tanı konulduktan sonra 2- 3 ay nonfarmokolojik (tıbbi tedavi olmaksızın) yöntemlerin kullanımı önerilmekte ancak semptomlarda bir azalma olmadığında ilaç tedavisi tercih edilmektedir (Braverman 2007).

1.4.2.1.Anovülasyon Tedavisi

Genellikle ovulasyonlu siklusların luteal fazında semptomlar oluştuğu için ovulasyonun baskılanması bir tedavi yöntemi olarak düşünülmektedir (Kızılkaya 1995, Braverman 2007). Bu amaçla ilk tercih oral kontraseptifler olmaktadır (Çepni 2005). Oral kontraseptifler ovulasyonu baskılar ve bu sayede prostaglandin sentezini azaltır ve ağrıyı önler. Ancak birçok çalışma oral kontraseptiflerin progesteron ve östrojen içerdiğinden dolayı somatik semptomları ve göğüslerdeki hassasiyeti artırdığını göstermektedir. Yinede birçok hekim tarafından eğer primer semptomlar fizyolojik ve psikolojik değil ise kullanımı önerilmektedir (Braverman 2007, Rapkin AJ and Winer SA 2008.). 3-4 siklus sonra oral kontraseptifler tek başlarına yetmiyorsa nonsteroid antiinflamatuarlar (NSAI) ilave edilebilir. NSAİ'lar siklooksigenaz enzimini inhibe ederek, prostoglandin sentezini azaltmaktadır (Çepni 2005). Oral kontraseptiflerin PMS üzerine etki mekanizması şöyle açıklanabilir (Kızılkaya 1995);

- Semptomları düzeltebilir
- Semptomlar azaltabilir
- Hiçbir değişiklik olmayabilir
- Özellikle genç yaştaki kadınlarda semptomları daha da şiddetlendirebilir.

Sentetik bir androjen olan danazol da hipotalamik-hipofizer-ovarian ekseni etkileyerek anovulasyon yaparak tedavi edici etki göstermektedir. Danazol'un PMS'da irritabilite, anksiyete, laterji, abdominal şişkinlik ve özellikle memedeki hassasiyeti geçirdiği belirtilmektedir. Gonadotropin salgılatan hormon agonistleri de (leuprolid gibi) danazole benzer etkiyle ovulasyonu durdurarak belirtilerde rahatlama sağlarlar. Ancak bu iki grubun uzun süreli kullanımdaki etkileri ve yan etkileri konusu açıklığa kavuşmamıştır (Karadağ 2001).

1.4.2.2.Psikotrop İlaçlar

PMS'un PMS tedavisinin ilk adımında özellikle SSRIs'ler (Serotonin Reuptakr İnhibitörü) kullanılır.SSRSs , PMS'un fiziksel ve psikolojik tedavisinde etkilidir. Yalnızca luteal fazda kullanılabildiği gibi sürekli de kullanılabilir (Brechin ve Owen 2003, Steiner ve ark. 2006)

Alprazolam, belladon alkoidleri, lityum tedavisi yapılmaktadır. Alprazolam sinir gerginliği, duygusal değişiklikleri, huzursuzluk, yorgunluk, unutkanlık ve baş ağrılarını azalttığı düşünülmektedir. Aynı şekilde yapılan çalışmalar; belladon alkoloidlerinin sinirlilik, yorgunluk ve göğüs semptomların hafiflettiğini göstermiştir. Lityumun ise özellikle depresyon ve sosyal aktivitelerin ciddi şekilde sınırlandığı vakalarda kullanımı önerilmektedir (Kızılkaya 1995). Çoğu olguda adet döngüsünde adetten 7-10 gün öncesi ve adetten 1-2 gün sonrası kesintili uygulama yeterli olmaktadır (Karadağ 2001).

1.4.2.3.Diüretikler

Adet öncesi sıvı tutulumunu önlemede spironolakton tiazid grubu diüretikler yararlı olabilir. Duygudurum belirtileri olan ödemli kadınlarda duygudurum

belirtilerini de düzeltirken, duygu durum belirtileri olup ödemi olmayan kadınlarda ise bu belirtileri etkilemedikleri gösterilmiştir (Karadağ 2001). Doğal diüretikleri içeren dengeli diyet, belirtileri hafifletebileceği için önerilebilir (Taşkın 2007).

1.4.2.4.Progesteron

Çok az kanıt olmasına rağmen PMS tedavisinde progesteron desteği kullanılabilmektedir (Brechin 2003). Progesteron preperatlarının negatif mental semptomları gidermede etkili olduğu bilinmektedir. PMS'da da benzer amaçla kullanılmaktadır. Genellikle siklusun 14-28. günler arasında 400 mg vaginal yada rektal supozutuvar veya 50 mg IM enjeksiyon şekli uygulanmaktadır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda tedaviler içerisinde ilk sırayı alan progesteronun sınırlı etkisinin olduğu hatta hiç etkili olmadığı bildirilmektedir (Kızılkaya 1995, Çepni 2005, Ismail 2005).

1.4.2.5. Cerrahi Kastrasyon

Histerektomiyle birlikte bilateral salfingo-oferektomi (TAH-BSO), genel duygulanım ve ruhsal değişimleri düzeltmektedir. Kadınların semptomları tamamen yok olduğu için yaşam kalitesi artmaktadır. PMS'da cerrahi tedaviye, diğer tedavilerden yanıt alınmadığında veya tedaviler tolere edilemediğinde başvurulabilmektedir (Brechin ve Owen 2003, Umsan ve ark 2008).

1.5. PMS ve Yaşam Kalitesi

Günümüzde sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergelerin (hastalık, ölüm, beklenen yaşam umudu vb.) bireylerin sağlıklılık düzeylerini tanımlamadaki yetersizliği nedeniyle konuya yaşam kalitesi ile açıklık getirilmeye çalışılmaktadır (Altıparmak ve Eser 2007). Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır. Farklı hayat tecrübelerine sahip grupları karşılaştırmaya imkan verir. Bu nedenle hemen hemen her bilimsel disiplinin, her yaşam pratiğinin toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir (Alsaker ve ark 2006, Arpacı ve Ersoy 2007).

Yaşam kalitesi, kişinin hayatta tüm anlamıyla iyi olması ve doyum sağlamasıdır (Alsaker ve ark 2006). Yaşam kalitesi kavramı bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyumu ifade eder. Yaşam kalitesi

günlük yaşamda kullanıldığında hayatın günlük ihtiyaçlarının ekonomik yaklaşımların yanı sıra sosyal, psikolojik ve fiziksel boyutlara kadar uzanır (Özyılgan 2004).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif ölçülmesi zordur (Avcı ve Pala 2004)

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram gibi görülmelidir. Yalnızca yeterli fiziksel iyilik haliyle birlikte, kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi de içerir (Eser 2006).

Premenstruel şikayetler, işteki verimliliği ve çalışma kalitesini azaltmakta, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde artışa neden olmakta, öğrencilerin kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve derslere devamını olumsuz etkilemektedir. Premenstruel sendrom, kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicilerinden biridir. Sadece kişiyi değil ailesini ve toplumu da etkilediği için premenstruel sendrom yaşayan kadınların yaşam kalitesinin etkilenmesi de kaçınılmaz görünmektedir (Demir ve ark 2006).

Premenstruel sendrom özelde bireyin sağlığını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, parasal kayıpların ötesinde toplumun üretken bireyinin kapasitesinin kaybına, anksiyete, depresyon ve intihar gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına neden olmakta (Goldstein ve ark. 1986, Hallman and Georgiev 1987) dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, PMS'ye karşı alınan tedbirlerin etkililiğinin ölçülmesi için son derece yararlıdır.

1.6.PMS'da Hemşirelik Tanıları

PMS etyolojisi genel olarak açıklanamadığından dolayı, PMS tanısı koymak güçtür. Hemşirenin doğru tanılamayı yapılabilmesi için anamnezi uygun alması oldukça önemlidir. Anamnez kişinin;

- Yaşını,

- Medeni durumunu,
- Eğitim durumunu
- Çalışma durumunu
- Aile tipini,
- Aile ortamında veya sosyal yaşantısındaki stres düzeyi ve baş etme yollarını,
- Kişilik özelliklerini,
- Menarş yaşını,
- Menarş öncesi mensturasyon hakkında bilgi alıp almadığını,
- Mensturasyona ilişkin tutumunu,
- Menstural siklik özelliklerini,
- Premenstural ve menstural dönemde yaşadığı sıkıntılarını,
- Genel tıbbi öyküsü,
- Obstetrik öyküsü,
- Beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin tüketimi.. vs)
- Sağlık alışkanlıkları (egzersiz alışkanlığı, sigara, alkol, ilaç kullanımı… vs) değerlendirilmelidir.

Hemşire kişinin anamnezini değerlendirirken gerekirse patolojik durumları ekarde edebilmek için jinekolog, nörolog, ve psikiyatrist tarafından değerlendirilmesi için ekip işbirliği yapmalıdır.

PMS'deki hemşirelik tanılarına ilişkin bazı örnekler aşağıda verilmiştir (Erdemir 1999);

- Semptomlarla baş edememeye bağlı anksiyete
- Sıvı retansiyonu
- Ağrı
- Uyku düzeninde bozukluk
- Beslenmede değişiklik
- Sosyal ilişkilerde bozulma
- Bireysel baş etmede yetersizlik

2.6.1.PMS İle Başetmede Ebe Ve Hemşirenin Rolü

Premenstrüel sendrom adölesan dönemde başlayıp, üreme siklusu boyunca devam edebilen yaşamsal bir kriz dönemi olması nedeniyle kadın sağlığı açısından önemli bir problemdir (Çıtak ve Terzioğlu 2002). Premensturel şikayetler, işteki verimliliği ve çalışma kalitesini azaltması, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde bir artışa neden olması, eşlerin ve tüm aile üyelerinin ilişkilerini etkilemesi, adölesanların ise kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve derslere devamını olumsuz etkilemesi nedeniyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur. Adölesan dönemden itibaren ele alınması üreme çağı boyunca ortaya çıkacak psikolojik ve ekonomik kayıpları azaltacaktır (Taşçı 2006, Bekar ve Güçsavaş 1990). Genç kızların menarş karşısındaki tepkilerini, adet dönemindeki sorunlarını ve bunlarla baş etme yöntemlerini, konuyla ilgili bilgilerini ve bilgi kaynaklarını bilmek, premensturel sorunların giderilmesine yönelik müdahaleler ya da aktiviteler için temel bir veri sağlayacaktır (Taşçı 2006). Adölesan kızlarda premenstrüel sendrom; kendi fizyolojik yapılarını tanımaları, stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmeleri, uygun beslenme, egzersiz ve benzeri sağlık alışkanlıklarını kazanmaları ile baş edebilmeleri mümkün görülmektedir (Çıtak ve Terzioğlu 2002).

Ebe ve hemşire; premenstruel şikayetlerin tanılanması, önlenmesi, azaltılması ya da başarılı tedavisi için kilit kişilerdir. Premenstruel şikayetleri deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve sorunlara danışmanlık yaparak çözüm getirebilecek konumdadır (Kızılkaya 1994). Danışmanlık, destek grupları ile ya da bireysel danışmanlık şeklinde planlanabilir. Taylor'un (1999) yaptığı çalışmada profesyonel grup tedavisi ile kadınların premenstruel şikayetlerinin %75 oranında, premenstruel depresyon ve diğer rahatsızlıkların ise %30-54 oranında azaldığını ve bunun yanı sıra özgüvenlerinin arttığını bulmuştur (Taylor 1999). Kişiye durumu açıklanmalı, kronik, ilerlemeyen ve hayatını tehdit etmeyen hastalık olmadığı ancak kronik bir durum olduğu anlatılmalıdır (Taylor 1999, Taşkın 2007).

Mensturasyon ve bu dönemdeki şikayetlerle baş etme konularında genç kızların adölesan dönemden itibaren bilgilendirilmesinin sağlanması, bu konuda orta öğretimde kız öğrencilere eğitim verilerek, sağlık dersinde bu konular üzerinde de durulmalıdır. Sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim gören öğrencilerin, öncelikle kendi sorunlarıyla baş edebilmeleri için, gereksinim duydukları konuların eğitim programlarında daha önceki yıllardan başlanarak verilmesi konusunda düzenlemelere gidilmelidir. Sağlık eğitimi alan genç kızların bu konuda bilgilendirilmesi ve baş etme yöntemlerini kullanmaları açısından desteklenmesi aynı zamanda akran eğitimi ile daha geniş toplulukların eğitilmesine de olanak sağlayacaktır. Ayrıca, bu konuda bilgi

sahibi olan ve doğru uygulamalarda bulunan ebe ve hemşire öğrenciler, uygulama alanlarındaki bireylere premensturel şikayetlerle baş etmede destek olacaktır (Taşçı 2006)

Görüldüğü gibi premensturel şikayetlerin azaltılması ya da önlenmesinde bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi bakımına katılımı çok önemli bir yer tutmaktadır. Premenstruel distres destek grupları ve eğitim sınıfları oluşturarak bu olguların daha kolay bakımlarına katılımları, eğitilmeleri sağlanabilir. Başarılı bir tedavi için iyi aile ilişkileri ve yaşam biçimi değişiklikleri gerektiğinden aile odaklı hemşirelik yaklaşımında bulunulmalıdır (Kızılkaya 1994b, Taylor 1999).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Premenstruel sendrom (PMS) ile baş etmeye yönelik eğitimin PMS semptomları yaşama ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen çalışma ön test son test kontrol gruplu deneysel türdedir.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Konya İli Selçuk Üniversitesi'nde 2007- 2008 eğitim öğretim yılı 25 Şubat- 6 Mayıs 2008 tarihleri arasında Konya Sağlık Yüksekokulu ve Akşehir Sağlık Yüksekokulunda yapılmıştır.

Araştırma yerinin seçiminde, deney ve kontrol grubu öğrencileri arasında etkileşimi önlemek amacıyla; deney grubu Konya Sağlık Yüksekokulundan, kontrol grubu ise aynı üniversiteye bağlı Akşehir Sağlık yüksekokulundan seçilmiştir.

2.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2007-2008 eğitim öğretim yılında Konya Sağlık Yüksekokulu ebelik ve hemşirelik bölümü birinci sınıfında ve Akşehir Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü birinci ve ikincini sınıfında öğrenim gören kız öğrencilerin tamamı oluşturmuştur.

Konya Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümü birinci sınıfta 85 öğrenci, hemşirelik bölümü birinci sınıfta 66 kız öğrenci kayıtlı bulunmaktadır. Akşehir Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü birinci sınıfta 50, ikinci sınıfta 48 öğrenci kayıtlı bulunmaktadır. Konya Sağlık Yüksekokulundan 151 ve Akşehir Sağlık Yüksekokulundan 98 olmak üzere 249 öğrenci araştırmanın evreninde yer almıştır.

2.4.Araştırmanın Örneği

Araştırmada deney grubunda 50 ve kontrol grubunda 50 olmak üzere 100 öğrenci seçilmesine karar verilmiştir. Araştırmada verilerin eğitimin PMS üzerine etkisi inceleneceğinden, PMS sorunu olan öğrencilerin çalışmaya alınması ve PMS yi etkileyeceği düşüncesi ile mensturasyonu düzenli olmayan ve oral kontraseptif kullananlar çalışma dışında tutulmuştur.

Araştırmada örnek seçimi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenine alınan 243 öğrenciden; Konya Sağlık Yüksekokulundan 12, Akşehir Sağlık Yüksekokulundan 8 öğrenci araştırma seçim kriterlerine uymadığı için örneklem dışında tutulmuştur.

PMS semptomlarını değerlendirmek amacıyla Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılmıştır. Konya Sağlık Yüksekokulundan 139, Akşehir Sağlık Yüksekokulundan da 90 öğrenciye PMSÖ uygulanmış olup, Konya Sağlık Yüksekokulundan 58, Akşehir Sağlık Yüksekokulundan 52 öğrenci olmak üzere 110 öğrencide PMS semptomlarının varlığı tespit edilmiştir. Konya Sağlık Yüksekokulundan 8, Akşehir Sağlık Yüksekokulundan 2 öğrenci yedek örneklem grubu olarak değerlendirilmiştir.

2.5.Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen bir veri toplama formu (EK A), premenstrüel sendromu değerlendirmek için; Premenstüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK B) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için World Health Organiztion Quality of Life (WHOQOL-BRIEF-TR) (EK C) kullanılmıştır.

Veriler sınıf ortamında araştırmacı denetiminde öğrencilerin kendileri tarafından doldurularak toplanmıştır.

2.5.1.Anket Formu (EK-A)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri (Kızılkaya 1995,Yonkers 1997, Çıtak ve Terzioğlu 2002, Taşçı 2006, Kişnişci 1996), doğrultusunda oluşturulan anket formu öğrencilerin demografik özelliklerini değerlendiren on soru, mensturasyon özelliklerini değerlendiren dört soru, premenstural sedrom açısından risk faktörlerini değerlendiren altı soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

Anket formunda demografik özellikler olarak; öğrencinin yaşı, en uzun yaşadığı yer, şuan kaldığı yer, annesinin ve babasının mesleği, annesinin ve babasının öğrenim durumu, aylık gelir, aylık gelir algısı, mensturasyon özellikleri olarak; menarş yaşı, siklus süresi, ve mensturasyon süresi değerlendirilmiştir. Premenstural sendrom açısından risk faktörleri olarak anne ve kız kardeşte PMS şikayetleri, dismenore öyküsü, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, tuz kullanımı, egzersiz yapma durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

2.5.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-B)

Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ); Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçen, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında, "Hiç" seçeneği 1 puan, "Çok az" seçeneği 2 puan, "Bazen" seçeneği 3 puan, "Sık sık" seçeneği 4 puan ve "Sürekli" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve ölçek toplamından oluşan "PMSÖ Toplam Puanı" elde edilmektedir. PMSÖ'nün uygulanması kişinin geriye dönük olarak "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumu dikkate alınarak değerlendirmesi ile yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Gençdoğan (2006) PMS Ölçeği sonuçlarını toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın % 50'sini geçme durumuna göre PMS'un varlığı olup olmadığı yönünde değerlendirilmesini önermektedir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

Ölçeğin Geçerliliği:

1.Kapsam (İçerik) Geçerliliği: Geçerlilik için yapı geçerliliğinde benzer ölçek geçerliliğinden yararlanılmıştır. Çalışmada PMSÖ ve "Geriye dönük Premenstrüel değerlendirme Formu" (PDF) birlikte kullanılmış ve korelasyon değeri 0,72 olarak bulunmuştur.

2.Yapı-Kavram Geçerliliği:

PMSÖ'nin yapı geçerliliğini saptamak için faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi sonucunda 9 alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Tüm faktörlerin varyansın % 70,51'ini açıkladığı bulunmuştur (Gençdoğan 2006).

2.5 2.Ölçeğin Güvenirliliği

Güvenirliliğe yönelik olarak madde toplam puan korelasyonu incelenmiş ve PMSÖ toplam puan korelasyonu 0,40-0,87 arasında değiştiği bulunmuştur. Ayrıca alt boyutlara ilişkin Cronbach Alfa analizleri yapılmış; her bir alt boyutun Cronbach Alfa değerinin sırasıyla; 0,76-0,91 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanda Cronbach Alfa Katsayısı 0,75 olarak saptanmıştır. Çalışma toplam puan Cronbach Alfa Katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur.

2.5.3. WHOQOL-BRIEF (WHOQOL-Kısa Form) (EK -C)

Dünya Saglık Örgütü (DSÖ) 1980 yılında yaşam kalitesini tanımlamaya başlamış ve çeşitli ülkelerden 15 merkezin katkısıyla kültürler arası karşılaştırmalara imkan veren WHOQOL-100 ölçeğini geliştirmiştir. WHOQOL-100 içinden seçilen ve genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı olmak üzere dört alandan oluşan 27 soru ile WHOQOL-BRIEF (WHOQOL-Kısa Form) oluşturulmuştur. WHOQOL-BRIEF Eser ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-BRIEF- TR'de 27 soru için 1'den 5'e kadar puanlanan 4 seçenek mevcuttur. Testin DSÖ tarafından belirlenmiş bir hesaplama şekli vardır. Puanlar 0-100 arasında değişmektedir. Sorular son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanmaktadır. Yüksek puanlar yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Geçerliliği:

1.Kapsam (İçerik) Geçerliliği: WHOOL-BRİEF'in yapı geçerliğini için faktör analizi kullanılmıştır. Ölçek genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanını içeren 5 alt boyuttan oluşmuştur (Eser 1999).

2.Eş-Zaman Geçerliliği: WHOOL-BRIEF içinde yer alan genel sağlık ve yaşam kalitesi puan ortalamaları pearson korelasyon katsayısı ile karşılaştırılmıştır. Bedensel alan için; 0,62, ruhsal alan için 0,40, sosyal alan için 0,30, çevre alanı için 0,25 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Güvenirliliği:

1. İç Tutarlılık: WHOOL-BRIEF'in iç tutarlılık analizinde Cronbach Alfa iç tutarlılığına bakılmış. Orginal güvenirlilik çalışmasında ve çalışma grubunda Cronbach Alfa katsayıları çizelge 1'de verilmiştir.

Çizelge 1:WHOOL-BRIEF (TR) Bölüm ve Alanlarının İç Tutarlılığı (Cronbach alfa)

ALAN	***İç Tutarlılık (Cronbach alfa)***	
	Toplam	Çalışma Grubu
Bedensel	0,83	0,78
Ruhsal	0,66	0,76
Sosyal	0,53	0,68
Çevre	0,73	0,71

2. Test- Tekrar Test: Üniversite öğrencilerine ortalama üç hafta ara ile yapılan test tekrar test korelasyon katsayıları 0,57-0,81 arasında değiştiği bulunmuştur.

Ölçeğin puan hesaplamasına ilişkin bilgiler çizelge 2 ve çizelge 3'de verilmiştir.

Çizelge 2. WHOQOL BREF (TR) Skor hesabının gösterimi (elle hesaplama için)

Soru no	Genel sağlık ve yaşam kalitesi soruları	Fiziksel Sağlık Alanı	Psikolojik Sağlık Alanı	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı
1	**3**				
2	**3**				
3		6 - **4** = **2**[a]			
4		6 - **1** = **5**[a]			
5			**4**		
6			**4**		
7			**4**		
8					**2**
9					**4**
10		**4**			
11			**5**		
12					**3**
13					**4**
14					**2**
15		**4**			
16		**4**			
17		**3**			
18		**5**			
19			**4**		
20				**3**	
21				**4**	
22				**2**	
23					**3**
24					**1**
25					**Boş = 3****
26			6 - **5** = **1**[a]		
27					6-**2**= **4**[*]
Ham Alan Skorları		**27**	**22**	**9**	**22**	**23**

Dönüştürülmüş Alan Skorları* **								
	4 - 20	0 - 100	4 - 20	0 - 100	4 - 20	0 - 100	4 - 20	0 - 100
Global skor	**15**	**69**	**15**	**69**	**12**	**50**	**11**	**44**
Kültüer standardize skor							**12**	**50**

[a] 3, 4 , 26 ve 27 soruların yanıtlanmış puanları sırasıyla 4, 1 ve 5 'dir. Bu sorular olumsuz sorular olduğundan, olumlu sorularla (diğer tüm sorularla) aynı yönde skor hesaplamak için bu sorular "6" dan çıkarılıp ham puan hesaplanır. Yani bu sorular için ham puan hesabında kullanılan değerler, 3, 4 ve 26 ıncı sorular için sırasıyla 2, 5 ve 1'dir.

** Boş olan sorulara ait olduğu alandaki soruların ortalama değeri verilir. Global skor için "çevre" alanındaki dolu 7 sorunun toplam puanı 19'dur. Ortalama ise 19 / 7 = 3 'dür. Ulusal soru (soru 27) da eklenerek hesaplanacak kültüre standardize skor hesabı için ise , dolu soru sayısı bu kez "8" olacağından, boş soru için ortalama yine "3" olacaktır (23 / 8 = 3).

*** Dönüştürme işlemi "**rehber tablo"**ya göre yapılmaktadır.

Çizelge 3.WHOQOL BREF için Ham Skorları Dönüştürülmüş skorlara çevirmek için rehber tablo

Fiziksel Sağlık Alanı		
Ham skor	Dönüştü. skor	
	4-20	**0-100**
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

Psikolojik Alan		
Ham skor	Dönüştü. skor	
	4-20	**0-100**
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

Sosyal İlişkiler Alanı		
Ham skor	Dönüştü. skor	
	4-20	**0-100**
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

Çevre Alanı					
Global			**Kültüre standardize (TR)**		
Ham skor	Dönüştü. skor		Ham skor	Dönüştü. skor	
	4-20	**0-100**		**4-20**	**0-100**
8	4	0	9	4	0
9	5	6	10	4	0
10	5	6	11	5	6
11	6	13	12	5	6
12	6	13	13	6	13
13	7	19	14	6	13
14	7	19	15	7	19
15	8	25	16	7	19
16	8	25	17	8	25
17	9	31	18	8	25
18	9	31	19	8	25
19	10	38	20	9	31
20	10	38	21	9	31
21	11	44	22	10	38
22	11	44	23	10	38
23	12	50	24	11	44
24	12	50	25	11	44
25	13	56	26	12	50
26	13	56	27	12	50
27	14	63	28	13	56
28	14	63	29	13	56
29	15	69	30	13	56
30	15	69	31	14	63
31	16	75	32	14	63
32	16	75	33	15	69
33	17	81	34	15	69
34	17	81	35	16	75
35	18	88	36	16	75
36	18	88	37	16	75
37	19	94	38	17	81
38	19	94	39	17	81
39	20	100	40	18	88
40	20	100	41	18	88

42	19	94
43	19	94
44	20	100
45	20	100

2.6. Ön Uygulama

Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla araştırma öncesi Konya Sağlık Yüksekokulunda ikinci sınıfta olan 10 öğrenciye uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda veri toplama formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüş ve formun doldurulmasının en fazla 15 – 20 dk sürdüğü gözlenmiştir.

2.7. Verilerin Toplanması

Veriler iki aşamada toplanmıştır. İlk aşama da araştırma örneğini belirlemeye yönelik olan Premenstrüel Sendrom yaşayan öğrencilerin saptanması için PMSÖ tüm evrene uygulanmıştır. Diğer aşamada PMSÖ sonuçları değerlendirilerek PMS'lu öğrenciler saptanmış ve veriler eğitim verilmeden önce (ön test) ve eğitim sonrası (son test) olmak üzere iki aşamada toplanmıştır..

2.7.1.Deney Grubu Öğrencilere Uygulanan Premenstrüel Sendrom İle Baş Etme Eğitimi

2.7.1.1.Eğitim Programının İçeriği

Eğitim programı; premenstrüel sendromun tanımını, belirtilerini tanımlayarak öğrencilerin premenstrüel şikayetlerle baş etme konusundaki gereksinimlerini gidermek amacıyla oluşturulmuştur.

Eğitim programı literatür doğrultusunda premenstrüel sendromla baş edebilmek için; semptomları hafifletme ve riskli davranışları önlemek amacıyla bilişsel bilginin geliştirilmesine yönelik olarak hazırlanmıştır.

Araştırmaya alınan öğrencilerden deney grubuna, uygun bir ders saati ayarlanarak eğitim verilmiştir. Eğitim toplam 2 kez olmak üzere bir ay ara ile yapılmış olup ilk eğitim ortalama 40 dak, ikinci eğitim ise hatırlatma eğitimi olarak 20 dak

sürmüştür. Sınıf ortamı "U" oturma düzeninde hazırlamıştır. Eğitim sırasında; görsel araç gereçlerden slayt kullanılarak düz anlatım, soru cevaptan oluşan karma eğitim yönteminden yararlanılmıştır.

Eğitim Kitapçığı (EK E)

Sözel bilgilendirmeyi güçlendirmek ve öğrencilerin istedikleri zaman ulaşabilecekleri kaynak oluşturmak amacıyla uzman görüşü alınarak (EK-D) araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı öğrencilere verilmiştir (Ek-E). Hazırlanan eğitim kitapçığının içinde;

- Premenstrüel Sedromun Tanımı,
- Premenstrüel Sendromun Belirtileri,
- Premenstrüel Şikayetlerin Hafifletilebilmesi için

. Diyet
.Egzersiz
.Stres yönetiminin kazandırılmasını içeren sağlığı koruyucu ve geliştirici bilgiler yer almaktadır.

Araştırmanın son verileri toplandıktan sonra, kontrol grubuna da eğitim kitapçığı dağıtılarak premenstrüel şikayetlerle baş etme eğitimi yapılmıştır.

2.8. Değişkenler

2.8.1 Bağımlı Değişkenler

- PMSÖ Puanı
- Yaşam kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF) puanı

2.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Öğrencinin ve ailesinin sosyo-demografik özellikler (öğrencinin yaşı ve en uzun yaşadığı yer, annesinin ve babasının mesleği ve öğrenim durumu, aylık gelir, aylık toplam gelir algısı)
- Mensturasyon özellikleri (menarş yaşı, siklus ve mensturasyon süresi)

- Premenstrüel sendrom açısından risk faktörleri (sigara kullanımı, egzersiz yapmama, anne veya kız kardeşte PMS şikayetleri, dismenore öyküsü)
- Baş etme ile ilgili eğitim alma durumu

2.9 Terminoloji Tanımlaması

Premenstrüel Sendrom: Kadınlarda adet öncesi 7- 10 gün önce ortaya çıkan ve adetin başlaması ile birkaç günde kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan duygusal, fiziksel ve davranışsal bir takım şikayetlerle kendini belli eden duruma premenstruel sendrom (PMS) denir (Kişnişci 1996, Korzekwa ve Steiner 1999, Stevinson ve ark 2001).

Yaşam Kalitesi: yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki faklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını içermektedir (Beşer ve Öz 2003).

2.10.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri kontrolü yapılmış ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10,0 paket programında yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş, veriler bu doğrultuda analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yüzde ve ortalama değer ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla; Student t testi, Kikare, One Way Anova, Pearson korelasyon analizi ve PMS'de risk faktörlerini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

2.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yapıldığı grup için geçerlidir topluma genellenemez. Araştırmanın özelliği nedeniyle; oral kontraseptif kullanan, mensturasyonu düzenli olmayan öğrencilerin dahil edilmemesi PMS'un değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

2.12. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Öğrencilerin yaşam kalitesini dolayısı ile okul başarılarını etkilediği düşünülen PMS'ye ilişkin semptomlara kontrol etme ve yaşam kalitesini korumada PMS'li

öğrencilere özel hazırlanmış eğitimin etkinliğini incelemek amacı ile bu araştırma planlanmıştır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır;

1-PMS ile baş etmek için eğitim alanlar, almayanlara göre PMS semptomlarını daha az yaşarlar.

2-PMS konusunda eğitim alanların almayanlara göre yaşam kalitesi puanları olumlu yönde daha yüksektir.

2.13.Araştırmanın varsayımları

Örnek grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2.14. Araştırmanın Etiği

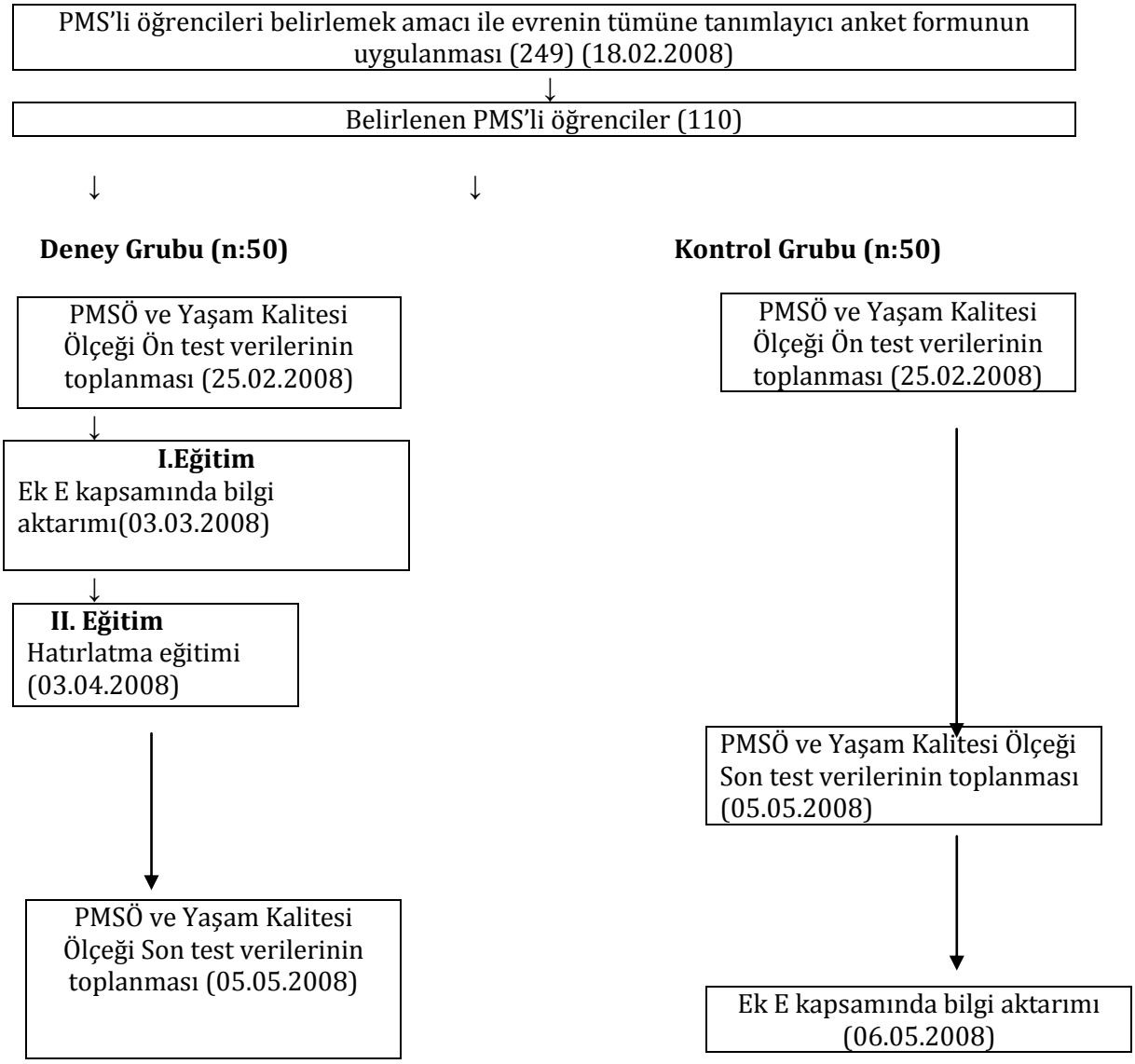
Araştırma öncesi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan onay alınmıştır (EK-F). Çalışmanın yürütüldüğü yer olan Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulundan (EK-G) ve Akşehir Sağlık Yüksekokulundan (EK-H) yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce öğrencilerin sözel onamları alınmıştır. Araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler anlayacakları bir dille kısaca açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, öğrencilerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin korunması "ilkesi yerine getirilmiştir.

2.14.1 Onam Formu

Bu araştırmada premenstrüel sendrom yaşama durumu ile yaşam kalitesi değerlendirilecek ve sosyodemografik durum ile premenstrüel sendrom ilişkisi incelenecektir. Bu amaçla iki ölçek ve bir anket formu uygulanacaktır. Sorular premenstrual sendrom yaşamanızla ilgili bazı bilgileri içermektedir. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecek ve bu sorunun çözülmesine katkı sağlayacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Gönüllünün Adı – Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

ARAŞTIRMA PLANI



3. BULGULAR

Premenstrüel sendrom ile baş etmek için verilen eğitimin PMS semptomları ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular beş ayrı başlıkta sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1. Araştırma grubundaki öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,

2. Deney ve kontrol grubunun demografik ve mensturasyon özellikleri, PMS açısından risk faktörleri, PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği ön test puan ortalamalarına ilişkin bulguların karşılaştırılması,

3. Deney ve kontrol grubunun demografik ve mensturasyon özellikleri, PMS açısından risk faktörlerine ilişkin bulgularının son test PMSÖ puanına göre dağılımı,

4. PMS ile baş etme konusunda verilen eğitimin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçek puanları üzerine etkisinin incelenmesi

3.1. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki öğrencilerin demografik ve mensturasyon özellikleri ile premensturel sendrom açısından risk faktörlerine ilişkin tanıtıcı bulguları ile PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.1.1 Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:100)

	Ortalama	**SS**
Yaş	19.53	1.15
Aylık Gelir	856.56	475.91

	Sayı	%
Yaşanılan Yer		
Köy	16	16,0
İlçe	39	39,0
İl	45	45,0
Kalınan Yer		
Yurt	54	54,0
Aile Yanı	16	16,0
Evde	30	30,0
Anne Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	14	14,0
İlköğretim	71	71,0
Lise ve Üzeri	15	15,0
Anne Çalışma Durumu		
Çalışıyor	95	95,0
Çalışmıyor	5	5,0
Baba Öğrenim Durumu		
İlköğretim	59	59,0
Lise	18	18,0
Üniversite	23	23,0
Baba Çalışma Durumu		
Memur	37	37,0
İşçi	22	22,0
Serbest	41	41,0
Ekonomik Durum Algısı		
İyi	9	9,0
Orta	81	81,0
Kötü	10	10,0

Çizelge 3.1.1'de öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının 19,53±1,15 olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %45'inin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yerin il merkezi olduğu, %54'ünün yurtta, %16'sının aile yanında, %30'unun öğrenci evinde kaldığı tespit edilmiştir. Annelerinin %14'ünün okur-yazar olmadığı, %71'inin ilköğretim, %15'inin lise ve üzeri eğitimli olduğu, %95'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin babalarının %59'unun ilköğretim mezunu, %18'inin lise, %23'ünün üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Babaların büyük çoğunluğunun (%41) serbest meslek sahibi olduğu, geriye kalanlarının ise %37'sinin memur, %22'sinin işçi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin ailelerinin aylık gelir ortalamasının 856,56±475,91 olduğu ve %81'nin ekonomik durumunu orta düzeyde algıladığı görülmüştür.

Çizelge 3.1.2. Öğrencilerin Menstürasyon Özellikleri (n:100)

Menstürasyon Özellikleri	Ortalama	SS
Menarş Yaşı	13,46	1,18

Siklus Süresi	28,16	2,03
Mensturasyon Süresi	5,95	1,33

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin menarş yaş ortalamasının 13,46±1,18, siklus süresinin 28,16±2,03 ve mensturasyon süresinin 5,95±1,33 gün olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.1.3. PMS'yi Etkileyen Faktörlerin Dağılımı(n:100)

PMS Risk Faktörleri	**Sayı**	**%**
Sigara kullanımı		
Evet	7	7,0
Haftada En Az Üç Kez 20 Dakika Egzersiz Yapma		
Hayır	63	63,0
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Kullanımı		
Evet	30	30,0
Anne Veya Kız Kardeşte PMS Şikâyetleri		
Evet	67	67,0
Dismenore Öyküsü		
Evet	83	83,0
BKI		
Yüksek (BKI **>** 26)	6	6,0

Öğrencilerin risk faktörleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %7'sinin sigara kullandığı, %37'sinin egzersiz yapmadığı, %30'unun yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı, %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikayetlerinin olduğu, %83'ünün dismenore yaşadığı ve %6'sının BKI'nin yüksek olduğu görülüştür.

Çizelge 3.1.4. Öğrencilerin PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamaları (n:100)

Ölçekler	X	SS
PMSÖ	145,120	22,963
Yaşam Kalitesi Ölçeği		
Fiziksel sağlık	57,970	15,501
Psikolojik sağlık	46,990	18,840
Sosyal İlişkiler	53,440	19,751
Çevre	53,050	16,063

Öğrencilerin PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde, PMSÖ ön test puan ortalamasının 145,12±22,963 olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ön test puan ortalaması ise sırasıyla; fiziksel sağlık 57,970±15,501, psikolojik sağlık 46,990± 18,840, sosyal ilişkiler 53,440±19,751, çevre alanı puanının ise 53,050±16,063 olduğu saptanmıştır.

3.2. Deney ve Kontrol Grubunun Demografik ve Mensturasyon Özellikleri, Premenstrüel Sendrom Açısından Risk Faktörleri, PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubunun demografik, mensturasyon özellikleri ve risk faktörleri PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların karşılaştırmaları yer almaktadır.

.

Çizelge 3.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı(n:100)

	Deney Ort±SS	**Kontrol Ort±SS**	**Önemlilik Testi**
Yaş	19,26±1,16	19,80±1,09	t=2,404 **p=0,015**
Aylık Gelir	837,9±535,1	875,4±412,92	t=0,390 p=0,697
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	
Ailenin yaşadığı yer			
Köy	9 (56,3)	7 (43,8)	X^2=0,298 p=0,862
İlçe	19 (48,7)	20 (51,3)	
İl	22 (48,9)	23 (51,1)	
Kalınan Yer			
Yurt	30 (55,6)	24 (44,4)	X^2=0,5 p=0,082
Aile İle	10 (62,5)	6 (37,5)	
Evde	10 (33,3)	20 (66,7)	
Anne öğrenim durumu			
Okur-yazar değil	7 (50,0)	7 (50,0)	X^2=0,081 p=0,960
İlköğretim	35 (49,3)	36 (50,7)	
Lise ve Üzeri	8 (53,3)	7 (46,7)	
Anne çalışma durumu			
Çalışıyor	2 (40,0)	3 (60,0)	X^2=0,211 p=61,60
Çalışmıyor	48 (50,5)	47 (49,5)	
Baba öğrenim durumu			
İlköğretim	32 (54,2)	27 (45,8)	X^2=4,371 p=0,112
Lise	5 (27,8)	3 (72,2)	
Üniversite	8 (53,3)	7 (46,7)	
Baba çalışma durumu			
Memur	17 (45,9)	20 (54,1)	X^2=0,614 **p=0,047**
İşçi	7 (31,8)	15 (68,2)	
Serbest	26 (63,4)	15 (36,6)	
Ekonomik durum			
İyi	5 (55,6)	4 (44,4)	X^2=0,523 p=0,770
Orta	41 (50,6)	40 (49,4)	
Kötü	4 (40,0)	6 (60)	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki öğrencilerin yaş ortalamasının 19,26±1,16, kontrol grubunun 19,80±1,09 olduğu görülmektedir. Öğrencilerin yaşamlarının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer incelendiğinde; deney grubundakilerin %48,9'unun, kontrol grubundakilerin %51,1'inin il merkezi olduğu; deney grubundakilerin %55,6 sının, kontrol grubundakilerin ise %44,4'ünün yurtta kaldığı tespit edilmiştir.

Deney grubundaki öğrencilerin annelerinin %50'sinin okur-yazar olmadığı, %49,3'ünün ilköğretim, %53,3'ünün lise ve üzeri eğitimli olduğu, %50,5'inin çalışmadığı bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin annelerinin %50'sinin okur yazar olmadığı, %50,7'sinin ilköğretim mezunu, %46,7'sinin ise lise ve üzeri eğitimli olduğu saptanmıştır.

Deney grubundaki öğrencilerin babalarının öğrenim ve çalışma durumu incelendiğinde; %54,2'sinin ilköğretim mezunu, %27,8'inin lise, %53,3'ünün üniversite mezunu olduğu; %45,9'unun memur, %31,8'inin işçi ve %63,4'ünün serbest meslek sahibi olduğu görülmektedir.

Deney grubundaki öğrencilerin ailelerinin aylık gelir ortalamasının 837,9±535,1, ekonomik durumlarını %55,6 sı iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Kontrol grubundaki öğrencilerin ailelerinin aylık gelir ortalaması 875,4±412,92 dir, Ekonomik durumlarını %44,4'ü iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir.

Deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik değişkenler açısından yapılan karşılaştırmasında; yaş ve babanın çalışma durumu arasında anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$), aylık gelir, ailenin yaşadığı yer, kalınan yer, anne ve babanın öğrenim durumu, annenin çalışma durumu ve ekonomik durum algısı arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.2.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Mensturasyon Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Deney Grubu	**Kontrol Grubu**	**Önemlilik Testi**
Mensturasyon Özellikleri	**Ort±SS**	**Ort±SS**	
Menarş Yaşı	13,68±1,12	13,24±1,12	t:1,896 p:0,061
Siklus Süresi	28,04±2,42	28,28±1,57	t:-0,590 p:0,557
Mensturayon Süresi	5,94±1,32	5,96±1,35	t:-0,075 p:0,940

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin mensturasyon özellikleri karşılaştırldığında, deney grubunun menarş yaş ortalamasının 13,68±1,2, kontrol grubunun 13,24±1,12 olduğu görülmektedir. Siklus süreleri incelendiğinde deney grubunun ortalama siklus süresi 28,04±2,42, kontrol grubunun 28,28±1,57 tespit edilmiştir. Mensturasyon süreleri incelendiğinde deney grubunun 5,94±1,32, kontrol grubunun 5,96±1,35 olduğu görülmektedir.

Her iki grubun mensturasyon özellikleri arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (p>0.05).

Çizelge 3.2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Risk Faktörlerinin Karşılaştırılması (n:100)

	Deney Grubu	**Kontrol Grubu**	**Önemlilik Testi**
PMS Risk Faktörleri	**Sayı (%)**	**Sayı(%)**	
Sigara Kullanımı			
Evet	4 (57,1)	3(42,9)	X^2=0,154 p:0,695
Hayır	46(49,5)	47(50,5)	
Haftada En Az Üç Kez 20 Dakika Egzersiz Yapma			
Evet	17(45,9)	20(54,1)	X^2=0,386 p:0,534
Hayır	33 (52,4)	30(47,6)	
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz Kullanımı			
Evet	14(46,7)	16(53,3)	X^2=0,190 p:0,663
Hayır	36(51,4)	34(48,6)	
Günlük Bir Fincandan Fazla Kahve Tüketimi			
Evet	4(36,4)	7(63,6)	X^2=0,919 p:0,338
Hayır	46(51,7)	43(48,3)	
Anne Veya Kızkardeşte PMS Şikayetleri			
Evet	39(58,2)	28(41,8)	X^2=5,473 **p:0,019**
Hayır	11(33,3)	22(66,7)	
Dismenore Öyküsü			
Evet	42(50,6)	41(49,4)	X^2=0,071 p:0,790
Hayır	8(47,1)	9(52,9)	

*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin taşıdıkları risk faktörleri incelendiğinde; sigara kullanımının deney grubunda %57,1, kontrol grubunda %42,9 olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapma durumlarına bakıldığında deney grubunun %52,4'ünün, kontrol grubunun %47,6'sının düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma alışkanlıkları değerlendirildiğinde deney grubunun %46,7'si, kontrol grubunun %53,3'ünün tuz kullanma alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin kahve

tüketimleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki öğrencilerin %36,4'ü, kontrol grubunun ise %63,4'ünün günlük bir fincandan fazla kahve tükettiği saptanmıştır. Deney grubunda anne veya kız kardeşte PMS'un yaşanma durumu %58,2 iken, kontrol grubunda %41,8 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki öğrencilerin %50,6'sının kontrol grubunun ise %49,4'ünün dismenore yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasında anne ve kızkardeşte PMS yaşama durumunda anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), diğer değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.2.4. Deney ve Kontrol Grubunun PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Önemlilik Testi
	X±SS	X±SS	
PMSÖ	146,120±18,391	144,12±26,928	t:0,434 p:0,665
Yaşam Kalitesi			
Fiziksel Sağlık	57,520±13,791	58,420±17,176	t: 0,289 p:0,773
Psikolojik Sağlık	54,610±19,823	39,340±14,310	t:4,425 **p:0,000**
Sosyal İlişkiler	54,610±19,823	52,240±19,806	t: 0,606 p:0,546
Çevre	53,860±11,299	52,240±19,806	t: 0,502 p:0,617

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde; PMSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

3.3. Deney ve Kontrol Grubunun Demografik ve Mensturasyon Özellikleri, PMS Açısından Risk Faktörlerine İlişkin Bulgularının Son Test PMSÖ Puanına Göre Dağılımı

Bu bölümde araştırma gruplarının demografik ve mensturasyon özellikleri ile risk faktörlerine ilişkin bulgularının son test PMSÖ puanına etkisi incelenmiştir.

Çizelge 3.3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Yaş ve Gelir Durumu ile PMSÖ Son Test Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Deney Grubu Son Test		Kontrol Grubu Son Test	
Değişkenler	**r**	**p**	**r**	**p**
Yaş	0,042	0,771	0,003	0,984
Aylık Gelir	0,113	0,435	0,246	0,086

Çizelge 3.3.1'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaş ve aylık gelir durumları ile PMSÖ son test puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Son Test PMSÖ Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Deney Grubu Son Test	Test ve P değeri	Kontrol Grubu Son Test	Test ve P değeri
	Ort±SS		Ort±SS	
Anne Öğrenim				
Okur Yazar değil	106,14±13,48		157,14±19,00	
İlköğretim	11,857±22,16	F:0,337	154,72±15,35	F:0,628
Lise ve Üzeri	114,75±18,56	p:0,716	147,42±26,43	p:0,538
Baba Öğrenim				
İlköğretim	111,09±22,72		153,48±15,78	
Lise	121,60±18,86	F:0,730	156,46±18,58	F:0,176
Üniversite	108,69±16,60	p:0,487	152,40±21,75	p:0,839
Baba Çalışma				
Memur	111,11±16,90		153,60±18,89	
İşçi	126,42±24,07	F:2,436	158,53±19,61	F:0,871
Serbest	107,76±20,51	p:0,099	150,13±12,79	p:0,425
Ailenin Yaşadığı				
Köy	94,11±17,14		146,85±9,58	
İlçe	115,42±17,06	F:4,554	159,00±18,48	F:0,160
İl	115,27±21,35	p:0,425	151,91±17,83	p:0,212
Öğrencinin Yaşadığı Yer				
Yurt	110,80±19,59		153,83±21,14	
Aile Yanında	109,60±29,24	F:0,254	163,00±18,74	F:0,982
Öğrenci Evi	115,60±12,66	p:0,777	151,60±11,12	p:0,382
Ekonomik Durum				
İyi	120,60±15,07		148,75±36,61	
Orta	109,36±20,76	F:1,286	154,75±15,65	F:0,220
Kötü	122,25±20,54	p:0,286	152,83±15,95	p:0,801

Deney grubundaki öğrencilerin demografik özelliklerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile anne ve baba öğrenim durumu, baba çalışma durumu, ailenin ve öğrencinin yaşadığı yer ile ekonomik durum algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki öğrencilerin demografik özelliklerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); Kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile anne ve baba öğrenim durumu, baba çalışma durumu, ailenin ve öğrencinin yaşadığı yer ile ekonomik durum algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Menstürasyon Özelliklerine Göre PMSÖ'den Aldıkları Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Menstursayon Özellikleri	PMSÖ			
	Deney Grubu Son Test		Kontrol Grubu Son Test	
	r	p	r	p
Menarş yaşı	0,075	0,604	0,060	0,679
Siklus Süresi	0,069	0,632	0,187	0,194
Mensturasyon Süresi	0,142	0,048	0,249	0,081

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin mensturasyon özelliklerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Çizelge 3.3.4 Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin PMS Risk Faktörlerine Göre PMSÖ'den Aldıkları Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PMS Risk Faktörleri	PMSÖ			
	Deney Grubu Son Test (x±SS)	Test/p değeri	Kontrol Grubu Son Test (x±SS)	Test/p
Sigara Kullanımı				
Evet	126,00±9,05	t:1,495	165,33±20,03	t:1,157
Hayır	110,26±20,70	p:0,088	153,31±17,31	p:0,770
Haftada En Az Üç Kez 20 Dakika Egzersiz Yapma				
Evet	115,41±18,89	t:0,965	156,00±14,30	t:0,643
Hayır	109,51±20,07	p:0,864	152,73±19,41	p:0,262
Yemeğin Tadına Bakmadan Tuz kullanımı				

Evet	121,50±20,29	t:2,238	156,88±16,94	t:0,783
Hayır	107,63±19,42	p:0,404	152,70±17,83	p:0,912
Günlük Bir Fincandan Fazla Kahve Tüketimi				
Evet	125,25±36,84	t:1,414	165,85±13,33	t:0,580
Hayır	110,32±18,61	p:0,067	152,11±17,45	p:0,597
Anne veya Kız Kardeşte Pms Şikayetleri				
Evet	113,87±20,28	t:0,396	155,32±15,71	t:0,580
Hayır	103,18±19,70	p:0,683	152,40±19,79	p:0,570
Dismenore Öyküsü				
Evet	112,02±21,29	t:0,396	154,63±18,51	t:0,509
Hayır	108,87±16,21	p:0,457	151,33±12,27	p:0,159

Deney grubundaki öğrencilerin risk faktörlerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile sigara kullanımının, egzersiz yapmanın, tuz kullanımının, kahve tüketiminin (günlük bir fincandan fazla), anne ve kız kardeşte PMS şikayetlerinin varlığı ve dismenore yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki öğrencilerin risk faktörlerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile sigara kullanımının, egzersiz yapmanın, tuz kullanımının, kahve tüketiminin (günlük bir fincandan fazla), anne ve kız kardeşte PMS şikayetlerinin varlığı ve dismenore yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

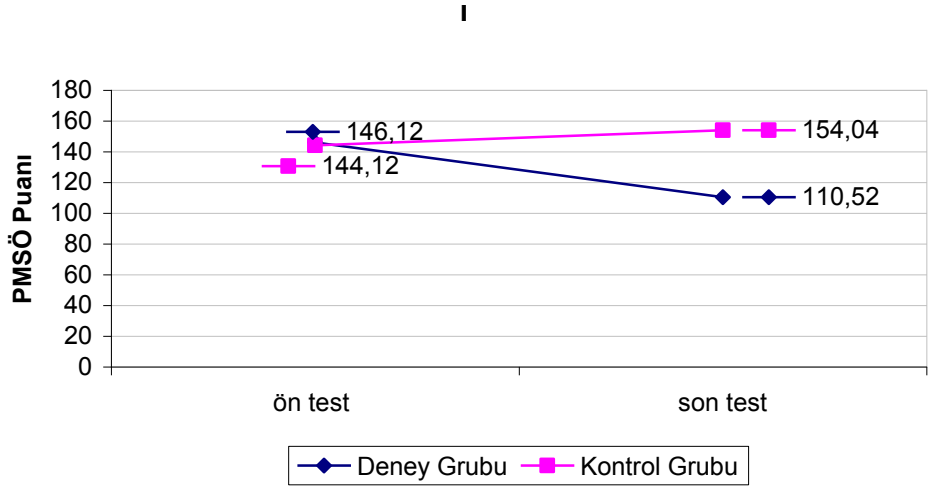
3.4. PMS ile Baş Etme Konusunda Verilen Eğitimin PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı Üzerine Etkisinin İncelenmesi

PMS ile baş etme konusunda verilen eğitimin PMSÖ ve Yaşam kalitesi ölçek puanı üzerine etkisinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin PMSÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Ön test X±SS	Son Test X±SS	Test ve p değeri
Deney Grubu	146,12±18,39	111,52±20,45	t:9,340 **p:0.000**
Kontrol grubu	144,12±26,92	154.,04±17,49	t:-2,670 **p:0,010**

Deney grubunun ön test PMSÖ puan ortalaması 146,12±18,39, son test puan ortalaması 111,52±20.45 olarak bulunmuştur. Deney grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunun ön test PMSÖ puan ortalaması 144,12±26,92, son test puan ortalaması 154,04±17,49 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$).

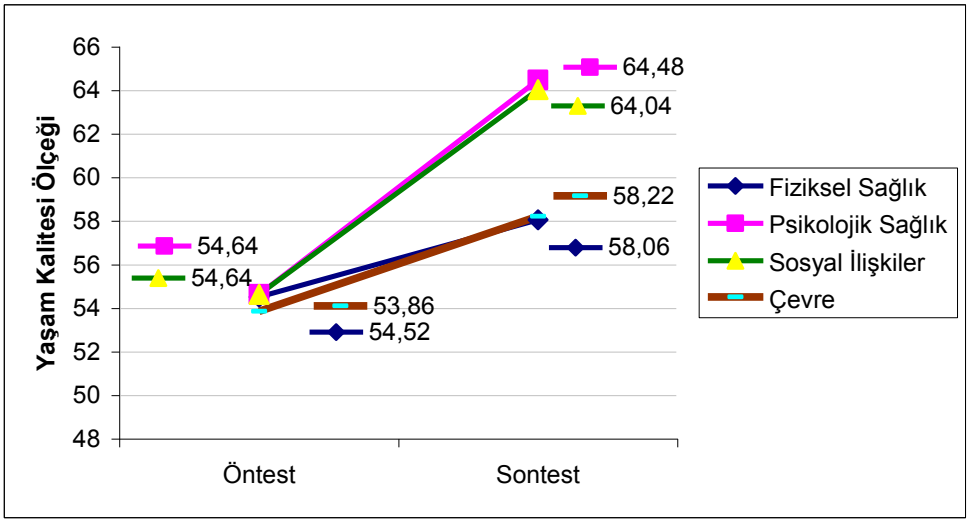


Şekil 3.4.1 Deney Ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin PMSÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çizelge 3.4.2. Deney Grubunun Ön Test ve Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Whool Brief Alt Boyutları	Ön test	Son Test	Önemlilik Testi
Fiziksel Sağlık	57,52±13,79	58,06±10,02	t:0,244 p:0,823
Psikolojik Sağlık	54,64±19,82	64,48±11,37	t:3,044 **p:0,003**
Sosyal İlişkiler	54,64±19,82	66,04±11,89	t:3,847 **p:0,001**
Çevre	53,86±11,29	58,22±10,78	t:1,973 p:0,051

Deney grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde; psikolojik sağlık ile sosyal ilişkiler alt boyutlarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Fiziksel sağlık ve çevre alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonra anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 3.4.2. Deney Grubunun Ön Test ve Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

Çizelge 3.4.3. Kontrol Grubunun Ön Test ve Son Test Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

Whool Brief Alt Boyutları	Ön test	Son Test	Önemlilik Testi
Fiziksel Sağlık	57,81±16,80	61,12±16,98	t:-1,701 p:0,096
Psikolojik Sağlık	39,34±14,31	56,76±14,68	t:-10,447 **p:0,000**
Sosyal İlişkiler	52,24±19,80	56,54±16,68	t:-1,991 p:0,052
Çevre	52,24±19,80	57,56±14,46	t:-1,857 p:0,069

Kontrol grubundaki öğrencilerin ön test ve son test yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde; psikolojik sağlık alt boyutunda eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.4.4. Deney ve Kontrol Grubunun PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Önemlilik Testi
	X±SS	X±SS	

PMSÖ	11,520±20,450	154,040±17,494	t:11,172 **p:0,000**
Yaşam Kalitesi			
Fiziksel Sağlık	58,061±10,025	61,125±16,985	t: 1,095 p:0,276
Psikolojik Sağlık	64,480±11,373	56,760±14,686	t:2,939 **p:0,040**
Sosyal İlişkiler	66,040±11,899	56,540±16,652	t: 0,606 **p:0,001**
Çevre	58,220±10,787	57,560±14,464	t: 0,259 p:0,796

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği son test puan ortalamaları incelendiğinde; PMSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p0<0,05). Yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanında da puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05).

4.TARTIŞMA

Toplumda oldukça yaygın olan 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 bilinmektedir (Taşçı 2006, Bekar ve Güçsavaş 1990, Kızılkaya 1994). PMS adölesan dönemde başlayıp üreme siklusu boyunca devam edebilmesi ve kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığına verdiği zararları düşünülerek PMS ile baş etmek için verilen eğitimin semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

4.1.Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin demografik özellikleri incelendiğinde; öğrencilerin yaş ortalamasının 19,53±1,15 olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). PMS ve özellikleri üzerine yapılan çalışmalarda; Kızılkaya (1994) öğrencilerin yaş ortalamasını 18,84±0,77, Güneş ve arkadaşları (1997); 16.37±0.04, Taşcı (2006); 21,89±1.75, Tortumluoğlu ve arkadaşları (2007); 20,60±1,68 olarak saptamıştır. Çalışma gruplarının yaş ortalamalarının benzer olmasının grupların karşılaştırılması ve yorumlanmasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Öğrencilerin %45'inin yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yerin il merkezi olduğu, %54'ünün yurtta kaldığı görülmektedir (Çizelge 3.1.1). Öğrencilerin annelerinin %14'ünün okur-yazar olmadığı ve %95'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Babalarının %59'u ilköğretim mezunu olduğu ve büyük çoğunluğunun (%41) serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır

(Çizelge 3.1.1). Güneş ve arkadaşları'nın (1997) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin annelerinin; %49,1'nin ilkokul mezunu % 23,1'nin okur yazar olmadığı Tortumluoğlu ve arkadaşları (2007); %55,9'unun annesi ve %40,6'sının babasının ilkokul mezunu olduğunu saptamıştır. Çalışma grubundaki öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ile bu çalışmalardaki öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin benzerlik göstermesi çalışma bulgularının karşılaştırılabilmesi yönünden olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Öğrencilerin anne ve babalarının çoğunlukla ilkokul mezunu oldukları görülmektedir. Bu bulgu menstrüel sürecin başlangıcından itibaren genç kızların aile içinde menstrüel döneme yönelik yeterli eğitim alma şanslarının olmadığını düşündürmüştür.

Öğrencilerin mensturasyon özellikleri incelediğinde; menarş yaş ortalamasının 13,46±1,18, siklus süresinin 28,16±2,03 ve mensturasyon süresinin 5,95±1,33 gün olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.2). Çalışma grubundaki öğrencilerin mensturasyon özellikleri arasında menarş yaşında benzerliklerle beraber farklılıklarda bulunmaktadır. (Kızılkaya 1994, Güneş ve ark 1997, İnce 2001, Çıtak ve Terzioğlu 2002, Derman ve ark 2004, Demir ve ark 2006, Michelle ve ark 2006, Erenel ve Şentürk 2007, Lorah ve ark 2008). Menarş yaşındaki faklılığın; menarş yaşının ırk/ genetik etmenlerle olduğu kadar şehirleşmenin derecesi, sosyoekonomik durum, ailelerin çocuk sayısı, beslenme, mevsimler, fiziksel etkinlik ve denizden yükseklik gibi pek çok çevresel etmenlerden etkilendiği belirtilmektedir (Dündar ve ark 2008). Farklılığın üniversite eğitimi için çok farklı bölgelerden gelen öğrenci profili ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Öğrencilerin risk faktörleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %7'sinin sigara kullandığı görülmektedir. Lorah ve arkadaşları (2008) öğrencilerin %60'ının, Choung ve arkadaşları (1995) %35,3'ünün sigara kullandığını belirtmektedir. Pıçakcıefe ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise; üniversite birinci sınıf öğrencilerinin %19,4'ünün, ikinci sınıf öğrencilerinin %19,7'sinin, üçüncü sınıf öğrencilerinin %28,1'inin ve dördüncü sınıf öğrencilerinin %37,2'sinin sigara içtiği saptanmıştır. Literatüre göre çalışma grubundaki öğrencilerin sigara içme oranının düşük olması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ancak bu durum çalışma grubunun üniversite birinci sınıf öğrencisi olması nedeniyle literatürde sigara içme nedeni olarak gösterilen sosyalleşme ve etkileşiminin (Mayda ve ark 2007) az olması ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Öğrencilerin egzersiz yapma alışkanlıkları incelendiğinde; %37'sinin düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir. Özmen ve arkadaşları (2007) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada % 39,4'ünün düzenli spor yapma alışkanlığının olmadığını saptamıştır. Spor yapma sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde yaşam aktiviteleri için de rutin olması gereken bir davranıştır. Ancak yapılan diğer çalışmalarda da düzenli spor yapma oranı yetersiz bulunmuştur (Rodriquez ve ark.

2001, Özmen ve ark 2007). Bu nedenle öğrencilerin, sağlıklı yaşam davranışları geliştirebilmeleri için, düzenli spor yapmaya teşvik edilmeleri ve spor yapabilmeleri için üniversitelerde yeterli olanakların sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmüştür. Öğrencilerin %30'unun yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı görülmektedir (Çizelge 3.1.3). Sağlıksız beslenme alışkanlığının bu dönemde görülen riskli davranışlardan olduğu düşünülmüşyüt.

Öğrencilerin %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikayetlerinin olduğu saptanmıştır(Çizelge 3.1.3). Güneş ve arkadaşlarının (1997) öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada %25,1 inde, Michelle ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise %57'sinde ailede PMS öyküsünün olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularından anne yada kız kardeşinde PMS bulunanların PMS yaşama olasılığını arttığını düşündürmüştür.

Öğrencilerin % 83'ünün dismenore yaşadığı bulunmuştur (Çizelge 3.1.3). Ağrılı mensturasyon olarak tanımlanan dismenorede ağrı kramp ve kolik tarzında olup en fazla karın ve bel ağrısı şeklinde görülür(Kızılkaya 1994, Çıtak ve Terzioğlu 2002,Taşkın 2005). Yapılan çalışmalarda dismenore prevelansı adölesan kızlarda yüksek oranda saptanmıştır (İnce 2004, Avril ve ark 2006, Çakır ve ark 2007 Tortumluoğlu ve ark. 2007, Chenchıt C ve ark 2008). Çalışma bulguları ile benzer şekilde; Erenel Şentürk (2007) öğrencilerin %86,9'unun, Kamacı ve arkadaşları (1997) %69'unun dismenore yaşadığını saptamıştır. Bu durum öğrencilerin yaşadığı üreme sağlığı sorunları içinde dismenorenin özellikle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Öğrencilerin %67'sinin BKI'nin normal sınırlarda olduğu, %6'sının ise yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 3.1.3). Benzer şekilde; Çıtak ve Terzioğlunun (2002) çalışmasında öğrencilerin BKI'inin %77,4'ünün, Pınar'ın (2007) çalışmasında %60,3'ünün normal sınırlar içinde olduğu, % 7,4'ünün ise yüksek olduğu saptanmıştır. İnce'nin çalışmasında (2001) öğrencilerin BKI nin %3.9'unun yüksek olduğu saptanmıştır**.** Bu durum, sosyo-kültürel özelliklerin, beslenme ve yaşam şeklinin benzer olması ile açıklanabilir.

Öğrencilerin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde (Çizelge 3.1.4) ; PMSÖ ön test puan ortalamasının 145,12±22,963 olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ön test puan ortalaması ise sırasıyla; fiziksel sağlık 57,970±15,501, psikolojik sağlık 46,990± 18,840, sosyal ilişkiler 53,440±19,751, çevre alanı puanı ise 53,050±16,063 olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunun PMSÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıklarını puan ortalamaları verilmiştir.

4.2.Deney Ve Kontrol Grubunun Demografik Ve Menstürasyon Özellikleri, Premenstrüel Sendrom Açısından Risk Faktörleri, Pmsö Ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ön Test Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Deney grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 19,26±1,16, kontrol grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması ise 19,80±1,09'dur (Çizelge 3.2.1). Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaşları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$). Bu farklılığın nedeni; deney grubundaki öğrencilerin birinci sınıfta olması, kontrol grubunu oluşturan öğrenci grubunun ise birinci ve ikinci sınıftan oluşmasıdır. Deney grubu ile paralelliği sağlamak için birinci sınıftan seçilen kontrol grubunun yeterli sayıda olmaması nedeniyle; araştırma özelliğini etkilemeyeceği düşünülen henüz kadın doğum dersini almamış ikinci sınıftan da öğrencinin araştırmaya dahil edilmesi farklılık oluşmasına neden olmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinden; baba çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ailenin yaşadığı yer, öğrencinin kaldığı yer, anne öğrenim durumu, anne çalışma durumu baba öğrenim durumu, ailenin ortalama aylık geliri ve öğrencinin ekonomik durum algısı açısından grupların benzer olduğu ve istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Sosyo demografik özellikler açısından deney ve kontrol grubunun benzer olması, bulguların karşılaştırılması açısından önemlidir.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin menstürasyon özellikleri karşılaştırıldığında, deney grubunun menarş yaş ortalamasının 13,68±1,2, kontrol grubunun 13,24±1,12 olduğu görülmektedir. Siklus süreleri incelendiğinde deney grubunun ortalama siklus süresi 28,04±2,42, kontrol grubunun 28,28±1,57 tespit edilmiştir. Menstürasyon süreleri incelendiğinde deney grubunun 5,94±1,32, kontrol grubunun 5,96±1,35 olduğu görülmektedir (Çizelge 3.2.2). Her iki grubun menstürasyon özellikleri arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun menstürsayon özellikleri açısından benzer olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin taşıdıkları risk faktörleri incelendiğinde; sigara kullanımının deney grubunda %57,1, kontrol grubunda %42,9 olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapma durumlarına bakıldığında deney grubunun %52,4'ünün, kontrol grubunun %47,6'sının düzenli egzersiz yapmadığı görülmektedir. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanma alışkanlıkları değerlendirildiğinde deney grubunun %46,7'si, kontrol grubunun %53,3'ünün tuz kullanma alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin kahve tüketimleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki öğrencilerin %36,4'ü, kontrol grubunun ise % 63,4'ünün günlük bir fincandan fazla kahve tükettiği saptanmıştır.

Deney grubundaki öğrencilerin %50,6'sının kontrol grubunun ise % 49,4'ünün dismenore yaşadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.2.3). Gruplar arası incelenen bu özellikler arasında

fark bulunmamıştır (p>0,05). Deney grubunda anne veya kız kardeşte PMS'un yaşanma durumu %58,2 iken, kontrol grubunda %41,8 olarak saptanmıştır ve farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Anne yada kız kardeşte PMS'nin bulunması değişkeni dışındaki risk faktörleri olarak değerlendirilen değişkenlerin benzer olduğu görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği ön test puan ortalamaları incelendiğinde; PMSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık puan ortalamaları arasında deney grubunun lehine anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Bu farklılığın ilçe de yaşayan kontrol grubu öğrencilerinin sosyo-kültürel faaliyetlere aktif katılımlarının sınırlı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Büküşoğlu ve Bayturan (2005) yaptığı çalışmada öğrenim yaşamlarını il merkezinde sürdüren gençlerin daha fazla serbest zaman etkinlikleri yapılan kurumlara katıldıklarını saptamıştır. Serbest zaman etkinliğinin ruhsal sorunların tedavisinde etkin bir tedavi yöntemi olduğu ve psikososyal gelişimdeki olumlu katkıları bildirilmektedir (Patel ve ark 1998, Keats ve ark 1999). İlçelerdeki öğrenciler için psikolojik danışma ve rehberlik merkezlerinin verimliliğinin ve işlevselliğinin artırılması, gençlerin ruh sağlığını korumada ve sosyal becerilerini arttırmada serbest zaman hizmeti veren kuruluşların yaygınlaştırılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Deney ve kontrol türü çalışmalarda grupların benzerliğini sağlamak açısından en az iki yada üç değişkende benzerlik sağlanması yeterli kabul edilmektedir (Emiroğlu 2004). Bu açıdan değerlendirildiğinde deney ve kontrol grubunun babanın çalışma durumu, anne yada kız kardeşte PMS şikayetleri ve yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık boyutu dışında benzerlik olduğu görülmüştür.

4.3 Deney Ve Kontrol Grubunun Demografik Ve Menstürasyon Özellikleri, PMS Açısından Risk Faktörlerine İlişkin Bulgularının Son Test PMSÖ Puanına Göre Dağılımı

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaş ve aylık gelir durumlarına göre PMSÖ son test puan ortalamaları (Çizelge3.3.1) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0.05). PMS' de yaşın etkisinin incelendiği araştırmalarda; (Moos (1968), Woods ve arkadaşları (1982), Warner ve Bancroft (1990), Gökçe (2006)) premenstrüel şikayetlerin 25-35 yaş aralığında daha çok yaşandığı saptanmıştır. Benzer şekilde Silva ve arkadaşları (2006) nın yaptığı çalışmada da 30 yaş altı kadınların PMS açısından risk oluşturduğu bulunmuştur. Çalışmada deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaş ortalamasınıngenç olması ve daha ileri yaşlardaki çalışma grubunda yer almaması yaşa göre karşılaştırma yapmayı sınırlandıran bir durumdur ancak ile PMS semptomlarını yaşama açısından riskli grup içinde olduğu söylenebilir.

Woods ve arkadaşları (1982)'nın yaptığı çalışmada sosyo ekonomik durumu iyi olan kadınların, sosyo ekonomik durumu düşük olanlara göre premenstrüel şikayetleri daha az

şiddette yaşadığı bulunmuştur. Gökçe (2006)'nin yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yükseldikçe premenstrüel şikayetlerin daha az yaşandığı saptanmıştır. Bu durum sosyoekonomik düzeyin kötü olması yaşam koşullarını olumsuz etkilemesi ile açıklanabilir. Çalışmada sosyoekonomik durumun PMS üzerine etkisinin olmaması; çalışma grubunun öğrenci olması ve ortalama bir gelire sahip olmaları ile açıklanabilir.

Deney grubundaki öğrencilerin demografik özelliklerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile anne ve baba eğitim durumu, baba çalışma durumu, ailenin ve öğrencinin yaşadığı yer ile ekonomik durum algısı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubundaki öğrencilerin demografik özelliklerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise (Çizelge 3.3.2); kontrol grubundakine benzer şekilde öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile anne ve baba eğitim durumu, baba çalışma durumu, ailenin ve öğrencinin yaşadığı yer ile ekonomik durum algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun PMS puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasında farklılık olmadığı görülmüştür. Bu sonuç sosyo demografik değişkenlerin PMS semptomları üzerine etkisinin olmadığını düşündürmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin mensturasyon siklus özelliklerine göre PMSÖ den aldıkları son test puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Cohen ve arkadaşları (2002)'nın yaptığı çalışmada menarş yaşı 10-15 yaş grubu arasında olanların premenstrüel semptomları daha az yaşadığı bulunmuştur. Lohue ve arkadaşları (1986)'nın yaptığı çalışmada, uzun ve yoğun menstural kanaması olan kadınların premenstrüel şikayetleri daha çok yaşadığı bulunmuştur. Moos (1968)'un yaptığı çalışmada da mensturasyon süresi 8 gün ve daha fazla olan kadınların, 3,5 gün ve daha az süren kadınlara göre daha çok premenstürel şikayetleri yaşadıkları saptanmıştır. Woods ve arkadaşları (1982)'nın yaptığı çalışmada menstrual kanaması yoğun olan kadınların premenstrüel dönemde okul ve iş yaşamındaki verim düşüklüğünü ve premenstrüel şikayetleri daha fazla yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmada mensturasyon özellikleriile PMSÖ puanı arasında araştırma bulgularından farklı olarak anlamlı ilişki olmaması grubun tamamının PMS semptomları yaşayanlardan oluşması ile açıklanabilir. Bu farklılığı ortaya çıkarabilmek açısından PMS olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırma yapılmasının gerçek ilişkiyi ortaya çıkarması açısından önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Deney grubundaki öğrencilerin risk faktörlerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile sigara kullanımının, egzersiz yapmanın, tuz kullanımının, kahve tüketiminin (günlük bir fincandan fazla), anne ve kız kardeşte PMS şikayetlerinin varlığı

ve dismenore yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Benzer şekilde kontrol grubundaki öğrencilerin risk faktörlerine göre PMSÖ'den aldıkları son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.3.2); deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile sigara kullanımının, egzersiz yapmanın, tuz kullanımının, kahve tüketiminin (günlük bir fincandan fazla), anne ve kız kardeşte PMS şikayetlerinin varlığı ve dismenore yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Bu durum çalışma yapılan grubun tamamının PMS semptomlarını yaşamaları ile açıklanabilir.

4.4 PMS ile Baş Etme Konusunda Verilen Eğitimin PMSÖ ve Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ön test ve son testten aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.4.1); deney grubundaki öğrencilerin (146,12±18.39) ve kontrol grubundaki öğrencilerin ön testten aldıkları puan ortalaması (144,12±26,92) benzer olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (p>0,05). Bu bulgu deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi benzer düzeyde PMS yaşadığını göstermektedir. Deney grubundaki öğrencilerin son testten aldıkları puan ortalaması (110,52±20,45), kontrol grubundaki öğrencilerin son testten aldıkları puan ortalamasından düşüktür (154,04±17,49) ve fark istatistiksel olarak önemlidir (p<0,05). Deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubundaki öğrencilere göre son testten aldıkları puan ortalamalarının düşük olması verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir.

PMS ile baş etme konusunda verilen planlı eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla eğitim öncesi ve sonrası ölçülen PMSÖ puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde (Çizelge 3.4.1); deney grubundaki öğrencilerin ön test PMSÖ puan ortalaması 146.12**±**18.39, son testte ise 111.52**±**20.45 olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Deney grubunun eğitim sonrası eğitim öncesine göre PMSÖ puanlarındaki anlamlı düşüşün olması öğrencilere PMS ile baş etme konusunda verilen planlı eğitimin etkin ve başarılı olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç **"PMS ile baş etmek için eğitim alanlar, almayanlara göre PMS semptomlarını daha az yaşarlar"** hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir.

Warren ve Baker (1992) yaptıkları çalışmada PMS şikayetlerini çözümleyebilmek için destek sistemleri geliştirmenin, öfke ile baş etmeyi öğrenmenin, stres azaltma yöntemlerinin, egzersiz programlarının, düzenli-uygun beslenmenin, ilaç tedavisinden daha etkin olabileceğini belirtmiştir. Ronkainen ve arkadaşlarının (1984) yaptıkları çalışmada fiziksel egzersizin PMS şikayetlerini azalttığını bulmuşlardır. Kızılkaya'nın (1994) yaptığı çalışmada da premenstrüel dönemde görülen şikayetlerin hafifletilmesinde uygulanan hemşirelik yaklaşımının etkin olduğu

belirlenmiştir. Sonuç olarak yapılan çalışmada premenstrüel şikayetleri hafifletilmek için verilen eğitimin oldukça etkili olduğu ve eğitim sonrası PMS semptomlarıyla baş etmenin arttığı sonucuna varılmıştır. Kadınların bu şikayetlerle baş etmede sıkça analjezik ve diüretik ilaçları kullandıkları bilinmektedir (Kızılkaya 1994).

Kontrol grubundaki öğrencilerin ön test PMSÖ puan ortalaması 144.12**±**26.92, son testte ise 154.04**±**17.49'dir. Kontrol grubunda ön test ve son test PMSÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). PMSÖ'nin ön test ve son test uygulamaları arasında geçen süre içerisinde, zamana bağlı olarak değiştiğini düşündürmektedir. Kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ön test uygulaması sonucu PMS hakkında bilgilenmiş olması ve semptomların farkına varması, ancak baş etmeye yönelik yeterli bilgiye sahip olmamasına bağlı PMSÖ puanını olumsuz yönde değişim olduğu söylenebilir.

Deney grubundaki öğrencilerin yaşam kalitesi ölçeği (WHOOL-BRIEF) alt boyutlarından aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.4.3); psikolojik sağlık alt boyutunda eğitim öncesi (54,64±19,82) ve eğitim sonrası (64,48±11,37) puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). PMS'un psikolojik sağlığı olumsuz etkilediği bilinmektedir. Danacı ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada adet öncesi dönemde kadınların daha çok depresif ve anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bulmuş ve PMS'un ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Freeman ve arkadaşları (1993) PMS yaşayan kızların yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde emosyonel sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Sosyal ilişkiler alt boyutunda da eğitim öncesi (54,64±19,82) ve eğitim sonrası (66,04±11,89) puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Robinson ve Swindle (2000) çalışmalarında çalışma grubunu destekler nitelikte PMS yaşayan kadınların PMS yaşamayan kadınlara göre sosyal fonksiyonlarında bozulma yaşadıklarını saptarken, Goldstein ve arkadaşları (1986) ise 505 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada farklı olarak PMS yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasındaki sosyal fonksiyon bozulmalarında anlamlı bir farklılık saptamamıştır.

Deney grubuna yapılan eğitim öğrencilerin diyetteki yanlış uygulamalarını düzeltmeye, egzersiz alışkanlığı geliştirmeye ve stres yönetimi kazandırmaya yönelik olarak yapılmıştır. Yapılan eğitimle birlikte öğrencilerin PMS şikayetlerinin azalmasına paralel olarak yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık ve soysal ilişkiler alt boyutlarındaki puan artışının olması eğitimin etkinliğinin göstermesi açısından olumlu sonuçtur. Bu sonuç "**PMS konusunda eğitim alanların almayanlara göre yaşam kalitesi puanları olumlu yönde daha yüksektir"** hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir. Benzer olarak Lustyk ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada PMS şikayetlerini yoğun yaşayan kadınların, hafif yaşayan kadınlara göre

yaşam kalitelerinin anlamlı derecede düşük olduğunu bulmuştur. Bu bulgu çalışma grubundaki öğrencilerin PMS semptomlarıile baş etmesini olumlu yönde artırdığını ve bu durum yaşam kalitesine olumlu olarak etkilediği görülmüştür.

Fiziksel sağlık; kişinin yaşadığı hoş olmayan bedensel duyumları ve bu duyumların onun yaşamını ne derecede rahatsız edip, engellediğini ortaya çıkarır (Fidaner ve ark 1999). Fiziksel sağlık ve çevre alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası puan artışı olmakla birlikte anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu dönem yaş grubunda fiziksel sağlık sorunlarının fazla görülmediği bu nedenle PMS üzerine etkisinin sınırlı olduğu düşünülmüştür. Çevre alanı kişinin yaşadığı mekanın genişliği, temizliği, mahremiyete izin vermesi mevcut olanakları (elektrik, tuvalet vb) ve binanın yapısal özellikleri ile yakın ilişkilerini içerir (Fidaner ve ark 1999). Çevre alt boyutunda ki bu bulgu; çalışma grubunun öğrenci olmasından dolayı yaşadığı ortamı belli ölçüde değiştirebileceğini, koşullarını değiştiremeyeceğini ve aileden uzak yaşıyor olmanın da etkili olduğunu düşündürerek eğitimin bu konuda etkin olmadığını düşündürmüştür. Eğitimin fiziksel sağlık ve çevre alt boyutunda yaşam kalitesi üzerinde artış gözlenmiştir. Grafik 3.4.2 de de görüldüğü gibi eğitim sonrası pozitif yönde bir artışın olması bu görüşü desteklemektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilerin yaşam kalitesi ölçeği (WHOOL-BRIEF) alt boyutlarından aldıkları ön test ve son testten puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 3.4.4); psikolojik sağlık alt boyutunda ön test ($39,34\pm14,31$) ve son test ($56,76\pm14,68$) puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$). Psikolojik sağlık alt boyutunda ön test ve son test puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı bulunması; yaşam kalitesi ön test ve son test uygulamaları arasında geçen süre içerisinde, zamana bağlı olarak oluştuğunu düşündürmektedir. Fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Psikolojik alt boyutun ön test son test puanları arasında farklılığın kontrol grubundaki öğrencilerin ilçe de eğitimlerini sürdürmeleri ile açıklanabilir. Öğrencilerin bir çalışma grubunun içinde olmalarının ve bulundukları ortama alışmalarının bu sonuca neden olduğu düşünülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ve yaşam kalitesi ölçeği son test puan ortalamaları incelendiğinde (Çizelge 3.4.4); PMSÖ puan ortalamaları arasında deney grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır ($p0<0,05$). Yaşam kalitesi alt boyutlarından da psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin kontrol grubundaki öğrencilere göre PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamalarındaki anlamlı düşüşün ve yaşam kalitesi alt boyutlarından psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanında puan artışının olması PMS ile baş etme konusunda verilen planlı eğitimin etkin ve başarılı olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak; adölesan dönem fizyolojik, metabolik, psikolojik değişikliklerin yaşandığı dönemdir. Bu dönemde adölesanlar kendi gelişimsel süreçleri içinde birçok problemler yaşamakta ve bu sorunlar arasında PMS önemli bir yer tutmaktadır. Premenstrüel sendrom; özelde bireyin sağlığını tehdit etmekte, genelde birey, aile ve topluma sosyal ve ekonomik yükler getirmekte, sağlık sorunlarına neden olmakta dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nedenle PMS ile baş etmek için ilaç tedavisinden çok davranış değişikliği geliştirilebilir. Bu doğrultuda sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlik programlarının düzenlenmesinin sorunun çözümüne katkı sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamasının 19,53±1,15 olduğu, % 54'ünün yurtta, % 16'sının aile yanında, % 30'unun öğrenci evinde kaldığı tespit edilmiştir.

- Öğrencilerin menstrüel özelliklerine bakıldığında menarş yaş ortalamasının 13,46±1,18, siklus süresinin 28,16±2,03 ve mensturasyon süresinin 5,95±1,33 gün olduğu saptanmıştır.

- Öğrencilerin risk faktörleri ile ilgili özellikleri incelendiğinde; % 7'sinin sigara kullandığı, % 37'sinin egzersiz yapmadığı, % 30'unun yemeğin tadına bakmadan tuz kullandığı, % 67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikayetlerinin olduğu, % 83'ünün dismenore yaşadığı ve % 6'sının BKI'nin yüksek olduğu görülmektedir.

- Deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

- Deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ ön testten aldıkları puan ortalamaları ile kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ ön testten aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

- Deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları ile kontrol grubundaki öğrencilerin PMSÖ son testten aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

- Deney grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde; psikolojik sağlık ile sosyal ilişkiler alt boyutlarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında anlamlı fark saptanırken($p<0.05$), fiziksel sağlık ve çevre alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonra anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$) .

- Kontrol grubundaki öğrencilerin ön test ve son test yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde; psikolojik sağlık alt boyutunda ön test ve son test puanlarında anlamlı fark saptanırken($p<0.05$), fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutunda anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$).

5.2 Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Adölesan dönemde PMS'nin ciddi bir sağlık problemi olarak ele alınması,

- Adölesanlara üreme organlarının anatomisi, fizyolojisi, mensturasyon, menstural siklus, premenstrüel şikayetler ve başa çıkma yolları konularında eğitim-öğretim programlarında yer verilmesi,

- PMS semptomlarıyla baş etme stratejileri geliştirilmesi ve öğrenciye hizmet sunan sağlık çalışanlarının konu üzerine dikkatinin çekilmesi,

- PMS semptomlarıyla baş etme eğitimlerinin stres yönetimi, egzersiz ve beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik planlanması,

- PMS ile baş etmeye yönelik yeni araştırmaların planlanması, araştırmaların izlem ve danışmanlık hizmetlerini içermesi,

- PMS semptomlarının bireyin yaşam alanları üzerinde etkisinin değerlendirebilecek PMS yaşayan ve yaşamayan gruplar arasında karşılaştırmaların yapılabileceği araştırmaların yapılması önerilebili

6.ÖZET

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Premenstrüel Sendrom (PMS) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde PMS Semptomlarının Kontrolü Ve Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Eğitimin Etkinliği

“Ayten ARIÖZ”

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA–2009

Toplumda oldukça yaygın olan PMS’nin kadınların yakın aile ilişkilerini, sosyal yaşantılarını, performanslarını, iş ilişkilerini, üreticiliklerini, adölesan genç kızların kendine olan güvenini, derse devamını, başarısını ve yaşam kalitelerini etkilediği bilinmektedir (Taşçı 2006, Bekar ve Güçsavaş 1990, Kızılkaya 1994).

Bu çalışma; adölesan dönemde başlayıp üreme siklusu boyunca devam edebilmesi ve kadının fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığına verdiği zararları düşünülerek PMS ile baş etmek için verilen eğitimin semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada deney grubuna Konya Sağlık Yüksekokulundan 50 ve kontrol grubuna Akşehir Sağlık Yüksekokulundan 50 olmak üzere 100 öğrenci alınmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 23 soruluk anket formu, premenstrüel sendromu değerlendirmek için Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için “WHOOL-BRİEF (Kısa Form) ile toplanmıştır. Veriler sınıf ortamında araştırmacı denetiminde öğrencilerin kendileri tarafından doldurularak toplanmıştır. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla; student t testi, kikare, one away anova , pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. PMS’de risk faktörlerini belirlemek amacıyla multiple regresyon analizi yapılmıştır.

Çalışma gruplarından deney grubunun ön test PMSÖ puan ortalaması 146.12**±**1839, son test puan ortalaması 111.52**±**20.45 olarak bulunmuştur. Deney grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubunun ön test PMSÖ puan ortalaması 144.12**±**26.92, son test puan ortalaması 154.04**±**17.49 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaşam kalitesi alt boyutları incelediğinde; psikolojik sağlık ile sosyal ilişkiler alt boyutlarında eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanlarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Fiziksel sağlık ve çevre alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonra anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak adölesan dönemde PMS’un yaygın bir sağlık problemi olduğu ve öğrencilerin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür. PMS semptomlarıyla baş etmede eğitimin önemli bir yaklaşım olduğu saptanmıştır. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının PMS semptomlarının tanılanması ve baş etme stratejileri geliştirilmesinde önemli rolü olduğu söylenebilir. Sorunun çözümüne yönelik sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlik programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: premenstrüel sendrom; adölesan;yaşam kalitesi

7. SUMMARY

T. R.

SELCUK UNIVERSITY

THE INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Effectiveness of Education in To İncreasing The Quality Of Life and The Control of PMS Symptoms on University Students Who Have Premenstrual Syndrome Problem

"Ayten ARIÖZ"

The Department of Nursing

THESIS OF MASTER/KONYA–2009

Very common in society, premenstrual syndromes are known to affect close family relationships, social lives, performances, professional contacts, productivity of the women, and self-confidence, school attendance, success and life quality of adolescent girls (Taşçı 2006, Bekar ve Güçsavaş 1990, Kızılkaya 1994).

This study was carried out to investigate the effects of the education given to cope with PMS on symptoms and life quality, considering PMS could start in adolescent period and last during reproduction cycle, and damage physical, social and physcological health status of the women.

Fifty subjects as experiment group from Konya Health Care High School and 50 controls from Akşehir Health Care High School, totally 100 individuals, were included into the study. All data in the study were accumalated using a questionnarie with 23 questions prepared by the researcher. In order to assess PMS; Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) and to assess life quality, WHOOL-BRIEF (Short Form) were used. The data were provided by the participants, themselves in the classrom under the supervision of the researcher. In order to determine the correlation between dependent and independent variables in the analysis of the data, student t-test, Chi-square test one-way Anova and Pearson Correlations Analysis tests were used. Multiple regression analysis was also performed to determine the risk factors in PMS.

Mean pretest and posttest PMSS scores were defined to be 146,12**±**18.39 and 111,52±20,45 in experiment group, respectively. The difference between the mean pretest and posttest PMSS scores of the experiment group was found to be statistically significant ($p<0,05$). Mean pretest and and posttest PMSS scores in controls were found to be 144,12**±**26,92 and 154,04±17,49, respectively. These scores were statistically significant ($p<0,05$). When life quality sublimits were assessed in experiment group before and after the education, a significant difference was witnessed in the scores before and after the education in terms of the sublimits of psychological health status and social contacts ($p<0,05$). There was no significant difference in the sublimits of physical health status and enviroment before and after the education ($p>0,05$).

Consequently, it was concluded that PMS is a significant health problem during adolescent period and affects life quality of the students.It was determined that education plays a role to cope with PMS. It could be suggested that health care workers are of a vital importance in the defination of PMS and in the development of strategies to cope with PMS, and that programmes related to health education, counselling and guidance should be organized.

Key Words: premenstrual syndrome; adolescent; quality of life

8. KAYNAKLAR

1. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa ilinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007;18:3, 215-222
2. Akar M, Selam B Menstrüel Siklusun Medikal Rahatsızlıklar Üzerindeki Etkisi, Türk Fertilite Dergisi, 2005,13 (1), 46-51
3. Akdeniz F, Gönül S. Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri, 2004;2,70-74
4. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün Duygu Durum Bozuklukları Üzerine Etkisi Varmı dır?, Türk Psikiyatri Dergisi, 2006;17:2,1-9
5. Aksu F. Kadın Hastalıları ve Doğumda Başağrıları: Menstruel Migren ve Premenstruel Gerilim Sendrom, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Başağrıları- Baş dönmeleri Sempozyumu 10-11 Aralık 1998, İstanbul 125-129
6. Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health- related quality of life among abused women. Quality of Life Research. 2006;15:959- 965.
7. Andrzej M, Diana J. Premenstrual Syndrome: From Etiology to Treatment, The European Menopose Journal 2006; 55:42-54
8. Altıparmak S, Eser E. 15–49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. Aile ve Toplum. 2007;29–33.
9. Arpacı F, Ersoy AF. Kadının çalışmasının ailesinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Aile ve Toplum. 2007;3:41–49.
10. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2004;30:2,81-85
11. Bayık A, Hemşirelik Araştırmalarında Etik. In: Erefe İ, editors. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. 3. baskı. Ankara: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE); 2004. 27–48.
12. Bekar M, Güçsavaş N. Premenstrual Sendrom II Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Ege Üniversitesi Basımevi Bornova/İzmir. 1994 616-622
13. Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. J Am Coll Nutr. 2000 Feb;19(1):3-12
14. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette Smoking and The Development of Premenstrual Syndrome.Am J Epidemiol. 2008; 15:168;938-945.
15. Bosarge PM. Understanding and Treating PMS/PMDD. Nursing Management 2003;5,13-17

16. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Feb;20(1):3-12.
17. Braverman PK, Sondheimer SJ. Menstrual disorders. Pediatr Rev. 1997 Jan;18(1):17-25
18. Brechin S, Owen P. Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. Hospital Medical. 2003;64:6,348-351
19. Büküşoğlu N, Bayturan AF Serbest Zaman Etkinliklerinin Gençlerin Psiko-Sosyal Durumlarına İlişkin Algısı Üzerindeki Rolü. Ege Tıp Dergisi 2005;44:3,173 - 177
20. Cakır M , Mungan I., Karakas T, Gırısken I , Okten A Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey Pediatrics International. Oxford.2007;. 49:6,938
21. Cerin A, Collins A, Landgren BM, Eneroth P. Hormonal and biochemical profiles of premenstrual syndrome. Treatment with essential fatty acids. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993 Jul;72(5):337-43
22. Chau JP, Chang AM. Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. Health Educ Res. 1999 Dec;14(6):817-30.
23. Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwoot S. Premenstrual syndrome in Thai nurses. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2008;29:3,199-205
24. Chuong CJ, Burgos DM. Medical History in Women with Premenstrual Syndrome, J Psychosom Obstet Gynaecol. 1995 2;16:1;21-27
25. Chuong CJ, Dawson EB. Zinc and copper levels in premenstrual syndrome. Fertil Steril. 1994 Aug;62(2):313-20.
26. Chuong CJ, Dawson EB, Smith ER. Vitamin A levels in premenstrual syndrome. Fertil Steril. 1990 Oct;54(4):643-7.
27. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard Study of Moods and Cycles. J Affect Disord. 2002;70:2,125-32.
28. Çepni İ (2005) Dismenore, İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 43, 151-157
29. Çetin SK, Akdeniz F ve Tamar M. Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005;6:145-153
30. Çıtak N, Terzioğlu F (2002) Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Primer Dismenoreye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, Sağlık ve Toplum 12 (3), 69-80
31. De Souza MC, Walker AF, Robinson PA, Bolland K. A synergistic effect of a daily supplement for 1 month of 200 mg magnesium plus 50 mg vitamin B6 for the relief of

anxiety-related premenstrual symptoms: a randomized, double-blind, crossover study. J Womens Health Gend Based Med. 2000 Mar;9(2):131-9

32. Demir B, Algül LY, Güven ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2006; 3:4,262-270
33. Derman O. Premenstrual Syndrome and Associated Symptoms in Adolescent Girls. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2004;15116(2):201-6.
34. Deuster P, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome, Archives of Family Medicine,1999;8:122-128
35. Doll H, Brown S, Thurston A, Vessey M. Pyridoxine (vitamin B6) and the premenstrual syndrome: a randomized crossover trial. J R Coll Gen Pract. 1989 Sep;39(326):364-368
36. Dorn LD, Negrriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman EJ. Menstrual Symptoms in Adolsescent Girls:Association with Smoking, Depressive Symptoms and Anxiety,Journal of Adolsecent Health, 2008;1:7
37. Emiroğlu O. Deneysel Tasarımlar. In: Erefe İ, editors. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. 3. baskı. Ankara: Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği (HEMAR-GE); 2004. 91-98
38. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü Eğitime Devam Eden Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull 2008; 7(3):231-236
39. Erci B, Okanlı A, Kılıç D. Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;2:2,14-26
40. Erenel ŞA, Şentürk İ, Sağlık Meslek Öğrencilerinin Dismenore Yaşama Durumları ve Dismenore ile Baş Etme Yönelik Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2007,48-60
41. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Sağlıkta Birikim. 2006;1:1–5.
42. Farage MA, Osborn TW, MacLean AB Cognitive, sensory, and emotional changes associated with the menstrual cycle: a review. Arch Gynecol Obstet. 2008;278(4):299-307.
43. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. WHOOL-100 ve WHOOL-BRİEF'in Psikometrik Özellikleri. 3P Dergisi 1999;7:2,23-40
44. Frackiewicz EJ, Shiovitz TM. Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Am Pharm Assoc (Wash). 2001 May-Jun;41(3):437-47.

45. Freeman EW, Rizcksels K, Sondheimer SJ, Premenstrual Symptoms and Dysmenorre in Relation to Emotional Distrees Factors in Adolescents, J Psychosom Obstetrics & Gynecology, 1993;14:41-50
46. Freeman EW, Sondheimer SJ, Rickels K. Effects of medical history factors on symptom severity in women meeting criteria for premenstrual syndrome. Obstet Gynecol. 1988 Aug;72(2):236-9
47. Gençdoğan B. Premenstrüel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek, Türkiye'de Psikiyatri,2006;8:2,81-87
48. Goldstein S, Halbreich U, Endicott J, Hill E. Premenstrual Hostility, Impulsivity and Impaired Social Functioning, J Psychosom Obstetrics & Gynecology, 1986;5:33-38
49. Gökçe G. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve etkileyen Faktörler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2006.
50. Guyton AC, Hall JE. Tıbbi Fizyoloji. 9. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 1996:;573.
51. Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1997; 4:4,403-406
52. Hallman J, Georgiev N. The Premenstrual Syndrome and Absence From Work due to İllness, J Psychosom Obstet Gynaecol. 1987;6,111-119
53. Houston AM, Abraham A, Huang Z, D'Angelo LJ. Knowledge, attitudes, and consequences of menstrual health in urban adolescent females. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006 Aug;19(4):271-275
54. Hsia LS, Long MH. Premenstrual syndrome. Current concepts in diagnosis and management : J Nurse Midwifery. 1990 Nov-Dec;35(6):351-7
55. İnce N. Adölesan Dönemde Premenstrual Sendrom. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 2001;21(5); 369-373.
56. Kamacı M, Önder Y ve Akman. Adölesanlardaki Primer Dismenorenin Vücut Kütle İndeksi İle İlişkisi, Van Tıp Dergisi, 1997;4:3,154-157
57. Karadağ F. Adet Öncesi Disforik Bozukluk. Psikiyatri Dünyası. 2001;5,11-14
58. Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom. T.Klin. Tıp Bilimleri Dergisi. 1997;17,184-190
59. Keats MR, Courneya KS, Danielsen S, Whitsett SF Leisure- time physical aktivity and psychoscial well-being in adölescent after cancer diagnosis J Pediatr Oncol Nurs. 1999 Oct;16(4):180-188.

60. Kızılkaya N. Perimenstrual Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 1994.
61. Kızılkaya N Premenstruel Sendrom, Sendrom Şubat. 1995 26-35
62. Kızılkaya N, Tuncel N. Premenstural Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, Hemşirelik Bülteni 1994; 8:32,,66-79
63. Kızılkaya N Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşım , Hemşirelik Bülteni 1994b;7:31, 84-90
64. Kişnişci H Temel kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi. Ankara. Güneş Kitabevi 1996
65. Korzewka M, Steiner M. Assessment and Treatment of Premenstrual Syndromes. Obstetrik and Gynnaecology.1999;6:5,153-162
66. Koshikawa N, Tatsunuma T, Furuya K, Seki K. Prostaglandins and premenstrual syndrome. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 1992 Jan;45(1):33-6
67. Logue CM, Moos RH. Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors. Psychosom Med. 1986;48:6;388-414.
68. Lurie S, Borenstein R. The premenstrual syndrome. Obstet Gynecol Surv. 1990 Apr;45(4):220-228
69. Lustyk MK, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, Quality of Life and Physical Activity in Women with Varying Degrees of Premenstrual Symptomatology, Women Health. 2004;39:3;35-44.
70. Marvann L, Escobedo C Premenstrual Symptomalogy: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome. Psycosomatic Medicine. 1999;61:163-167
71. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a Risk Factor Prmenstrual Syndrome, J Psychosom Obstetrics & Gynecology,2005;26:1, 33-39
72. Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire, Psychosom Med. 1968;30:6,853-867
73. Müderris İ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşcı S, Bayatlı M. Genç Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Disforik Bozukluk Prevelansı. Klinik Psikiyatri 1999;2,197-201
74. Neinstein LS. Menstrual problems in adolescents. Med Clin North Am. 1990 ; 74(5):1181-203
75. Öncel S, Pınar A (2006) Premenstrual Sendromda Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Dergisi 18(9), 86-91
76. Özmen D , Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlığını Denetleme Davranışları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6:2,98-105

77. Özyılgan Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8–10 Nisan 2004, İzmir. http//www.sabem.sağlık.gov.tr, Erişim tarihi:17.03.2007.
78. Patel DR, Pratt HD, Greydanus DE. Adolescent growth, development and psychosocial aspects of sports participation an overview,Adolesc Med. 1998 Oct;9(3):425-40
79. Pıçakcıefe M, Kenkinoğlu M, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara İçicilik Sıklığı ve İçiciliği Arttıran Nedenler TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6:4,267-271
80. Pınar A. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2007.
81. Rapkin AJ, Winer SA. The pharmacologic management of premenstrual dysphoric disorder. Expert Opin Pharmacother. 2008 Feb;9(3):429-445.
82. Rizk DE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(5):589-98.
83. Ronkainen H, Pakarinen A, Kauppila A. Pubertal and menstrual disorders of female runners, skiers and volleyball players.Gynecol Obstet Invest. 1984;18(4):183-9.
84. Ross LE, Steiner M. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. Psychiatr Clin North Am. 2003 Sep;26(3):529-546.
85. Rossignol AM. Caffeine-containing beverages and premenstrual syndrome in young women. Am J Public Health. 1985;75(11):1335-1337.
86. Rossignol AM, Bonnlander H. Caffeine-containing beverages, total fluid consumption, and premenstrual syndrome Am J Public Health. 1990;80(9):1106-1110
87. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. Population study of premenstrual syndrome, Rev Saude Publica, 2006;40:1,47-56.
88. Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, Endicott J, Kornstein SG, Roberts C, Roberts DL, Yonkers K. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: the role of SSRIs J Womens Health (Larchmt). 2006 Jan-Feb;15(1):57-69.
89. Taşcı KD. Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstural Semptomlarının Değerlendirilmesi. TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2006;5:6,434-443
90. Taşkın L Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Yayıncılık, Sekizinci Basım.2005,Ankara
91. Taylor D. Effectiveness of professional--peer group treatment: symptom management for women with PMS.Res Nurs Health. 1999 Dec;22(6):496-511

92. Tortumluoğlu G, Selçuk E, Cansu S, Kaplan F, Katar T, Bulut N. Üniverite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevelansı, 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu, Poster Bildiri, 3-4 Mayıs, İzmir,37
93. Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. Hormonal management of premenstrual syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22:2;251-60.
94. Ugarrizza DN, Klinger S, O'brien S. Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment, The Nurse Practitioner 1998;40-56
95. Vural P Kadın Üreme Sisteminde Prostoglandinlerin Rolü, Sendrom.1999, 25-29
96. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren E. Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı Ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:55-61
97. Warner P, Bancroft J. Factors related to self-reporting of the pre-menstrual syndrome, Br J Psychiatry. 1990;157:249-60
98. Warren CJ, Baker S. Coping Resources of Women with Premenstrual Syndrome, Arch Psychiatr Nurs. 1992;6:1,48-153
99. Wilson CA, Turner CW, Keye WR Jr. Firstborn adolescent daughters and mothers with and without premenstrual syndrome: a comparison. J Adolesc Health. 1991;12:2,130-137
100. Woods NF, Most A, Dery GK. Prevalance of perimenstrual symptoms, Am J Public Health,1982; 72:11:1257-64

9.EKLER

EK-A ANKET SORULARI

PREMENSTRÜEL SENDROM (PMS) SORUNU OLAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PMS SEMPTOMLARININ KONTROLÜ VE YAŞAM KALİTESİNİN ARTIRILMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

DEMOGRAFİK VERİLER

1. **Yaşınız**……
2. **Yaşamınızın büyük bir çoğunluğunu (2/3'sini) nerede geçirdiniz:**
   1. Köy 2. İlçe 3. İl
3. **Şu anda kaldığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?**
4. 1. Yurtta 2. Aile İle 3. Evde, Yalnız 4. Evde Arkadaşlarla 5. Diğer…….
5. **Annenizin öğrenim durumu nedir?**
   a. Okuryazar Değil 2.Okuryazar+İlkokul 3. Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite
6. **Babanızın öğrenim durumu nedir?**
   a. okuryazar değil 2.Okuryazar+ilkokul 3. Ortaokul 4.Lise 5.Üniversite
7. **Annenizin mesleği**……..
8. **Babanızın mesleği** ……..
9. **Ailenizin aylık gelirini yazınız**……..
10. **Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz**.
    1. iyi 2. orta 3. kötü

PMS Risk Faktörleri

11. Kilonuz:…….. **Boyunuz**:……..**BKI:**…… (kg/m^2)

12. Sigara kullanıyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır

13. Haftada en aza üç kez 20 dk egzersiz yapıyor musunuz ?
1.Evet 2. Hayır

14. **Günlük bir fincandan fazla kahve tüketirmisiniz?**
1.Evet 2. Hayır

15. Annenizde veya kız kardeşinizde adet öncesi şikayetler olur mu?
1. Evet 2. Hayır

16. Yemeğin tadına bakmadan tuz kullanır mısınız?
1. Evet 2. Hayır

Mensturasyon Öyküsü

17. **İlk adet yaşınız**:…….
18. **Kaç günde bir adet olursunuz**?.....
19. **Adetiniz kaç gün sürer**?.....

20. Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?
1. 1. Evet 2. Hayır

21. Adeti döneminde ağrı yaşar mısınız?
1. 1. Evet 2. Hayır

Ek-B Premenstrüel Sendrom Ölçeği

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

	ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE						
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	**4**					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					

26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	**28**					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					

44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

EK-C Yaşam KaLitesi Ölçeği WHOOL-BRİEF (Kısa Form)

WHOQOL-BRIEF

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	**Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?**	**Çok kötü 1**	**Biraz kötü 2**	**Ne iyi, ne kötü 3**	**Oldukça iyi 4**	**Çok iyi 5**
2	**Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?**	**Hiç hoşnut değil 1**	**Çok az hoşnut 2**	**Ne hoşnut, Nede değil 3**	**Epeyce hoşnut 4**	**Çok hoşnut 5**

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

3	**Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Aşırı derecede 5**
4	**Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Aşırı derecede 5**
5	***Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?***	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Aşırı derecede 5**
6	**Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Aşırı derecede 5**
7	**Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Son derecede 5**
8	**Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Son derecede 5**
9	**Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?**	**Hiç 1**	**Çok az 2**	**Orta Derecede 3**	**Çokça 4**	**Son derecede 5**

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığımızı ya da yapabildiğimizi soruşturmaktadır.

10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta Derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta Derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta Derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
13	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta Derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	Hiç 1	Çok az 2	Orta Derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
20	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut

		1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, ne de değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz yada yaşadığınıza ilişkindir.

26	Ne sıklıkta hüzün,ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman 1	Nadiren 2	Ara sıra 3	Çoğunlukla 4	Her zaman 5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5

EK-D. Uzman Listesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği
Doç. Dr. Mürüvvet Başer (Erciyes Üniversitesi)
Yard. Doç Dr. Zekiye Karaçam (Adnan Menderes Üniversitesi)

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Yard. Doç Dr. Ayşe Okanlı (Atatürk Üniversitesi)
Öğr. Grv. Nihayet Aksüllü(Selçuk Üniversitesi)

Halk Sağlığı Hemşireliği
Yrd.Doç.Dr.Belgin Akın (Selçuk Üniversitesi)

10.ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Kırşehir'de doğdu. İlkokul, orta ve lise öğrenimini Kırşehir'de tamamladı. 2000 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünü kazandı ve 2004 yılında mezun oldu. 2006 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen Konya Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.