

## PREMENSTRUEL SENDROMUN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE DEPRESYON DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ\*

Behice ERCİ\*\*

Ayşe OKANLI\*\*\*

Dilek KILIÇ\*\*\*

### ÖZET

*Bu araştırma premenstrual sendromun sağlıklı yaşam biçim davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisini saptamak amacı ile yapılmıştır.*

*Tanımlayıcı ve ilişki arayan olan araştırmanın evrenini il merkezindeki halk eğitim merkezinde kursiyer olan farklı eğitim düzeylerini kapsayan 1500 evli ve bekar kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem grubunu ise, evrenin %15'ine tekabül eden ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen sağlıklı ve düzenli menstrasyon gören 225 kadın oluşturmaktadır. Ancak deneklerden 17'sinin çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle araştırma 208 (%92) kadın üzerinde yapılmıştır.*

*Veri toplama aracı olarak Premenstruel Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede varyans, korelasyon ve t testinden yararlanılmıştır*

*Araştırma sonuçlarına göre premenstruel sendrom düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden kişiler arası destek hariç, diğerleriyle bir ilişki olmadığı, ancak kişiler arası destek ile premenstruel sendrom düzeyi arasında pozitif ( $r = 0.161$ ) ilişki olduğu belirlenmiştir. Yine Premenstruel sendrom ile depresyon düzeyi arasında pozitif ( $r = 0.303$ ) ilişki olduğu bulunmuştur.*

*Anahtar kelimeler : Premenstruel sendrom, Sağlıklı yaşam davranışları, Depresyon düzeyi*

### THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS AND DEPRESSION LEVEL

#### ABSTRACT

*This study was carried out to determine the relationship between premenstrual syndrome and healthy lifestyle behaviours and depression level.*

*The Research carried out analytically includes frame 1500 married and unmarried, containing from various education level in public education center in city center. The sample group contains 225 randomly chosen and forming %15 of the frame, healthy and becoming regularly menstruation. But the research was carried out on 208 women, as of the sample didn't want participate in this research.*

*As means of data formation, premenstrual syndrome scale, Beck depression inventory, healthy lifestyle behaviours scale were used and analyses of correlation variance and t test were used in the statistical evaluation of data.*

*According to the results of the research, it was determined that there was no relationship between the subscale of healthy lifestyle behaviours, except for interpersonal support, one of the subscale of the healthy lifestyle behaviours, and total healthy lifestyle attitude, but there was a significant negative relationship ( $r = - 0.161$ ) between premenstrual syndrome and interpersonal support. Also there was a significant positive relationship ( $r = 0.303$ ) between premenstrual syndrome and depression level.*

*Key words : Premenstruel sendrom, Healthy lifestyle behaviours, Depression level*

\* VII. Ulusal Hemşirelik Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu (Yrd. Doç. Dr.).

\*\*\* Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu ( Araş. Gör.).

## GİRİŞ VE AMAÇ

Menstruasyon kadın hayatında 30-35 yıl devam eden fizyolojik bir olaydır. Kadınların bir kısmı premenstrual dönemde somatik, emosyonel ve davranışsal bulguları içeren bir tablo yaşarlar. Menstrual döngünün son haftasında ortaya çıkan ve foliküler dönemin başlamasından birkaç gün sonra sona eren klinik olarak belirgin emosyonel, fizik ve davranışsal belirtilerle seyreden bu durum premenstruel sendrom (PMS) denilmektedir (Dilbaz 1992,Platin 1989).

Premenstrual sendromun 30'lu yaşlarda ön plana çıktığı düşüncesi oldukça yaygın olmasına rağmen son yıllarda yapılan çalışmalarla (Dereboy ve ark 1994) premenstrual yakınmaların önemli bir bölümünün ergenlikte başladığı ortaya konulmuştur.

PMS yaşayan kadın oranı %40-95 arasında değişmekle birlikte, etkilenme derecelerinin farklı olduğu bilinmektedir.(Platin 1989) Yapılmış olan çalışmalarda kadınlardan %73'ünün orta dereceli, %10'undan azının şiddetli PMS yaşadıkları bulunmuştur. Yine kadınların %1'inin şiddetli huzursuzluk ve baş ağrısı, %6'nın ağır depresyon, %71,8'nde şişkinlik yakınmaları olduğu, %3.2'sinde tedavi gereksinimi ve çalışma gücünü yaratan semptomlar olduğu bulunmuştur (Dilbaz 1992,Platin 1989, Dereboy ve ark 1994, Ekizler 1989). En sık rastlanan emosyonel problem ise %98 anksiyete, %97 hostilite, %97 depresyon üçlüsüdür. Depresyon şiddetinin bir yansıması olarak kadınların yaklaşık %70'nin tekrarlayan intihar düşüncesi olduğu ve 20'nin intihar girişimde buldukları saptanmıştır (Dilbaz 1992, Kocabaşoğlu ve ark 1994).

Premenstruel şikayetlerle başa çıkma yöntemleri arasında stres düzeyini azaltmak için düzenli egzersiz ve relaxasyon teknikleri, yeterli uyku ve dinlenme önerilmektedir. Bunun yanında diyetle yapılacak bir takım değişiklikler multivitamin ve mineral önemli yer tutmaktadır (Dilbaz 1992,Platin 1989, Dereboy ve ark 1994, Ekizler 1989).

Bu araştırma premenstruel sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Tanımlayıcı ve ilişki arayan olarak yapılmış olan araştırmanın evreni Erzurum İli Halk Eğitim Merkezinde kursiyer olarak, farklı eğitim düzeylerini içeren, düzenli mensturasyon gören ve sağlıklı 1500 evli ve bekar kadın oluşturmuştur.

Örneklem grubunu ise, önce formülle belirlenen 170 kadın oluşturmuştur. Ancak örneklemin evreni temsil niteliğini artırmak amacıyla örneklem büyüklüğü evrenin %15'i olan 225 kadına yükseltilmiştir. Örnekleme alınacak bireyleri belirlemek için önce evren listelenmiş, daha sonra bu listelerden basit rastgele örnekleme yöntemiyle denekler seçilmiştir.

Ancak çeşitli nedenlerle 17 kişinin çalışmaya katılmak istememesiyle örneklem grubunun %92'si olan 208 denek üzerinde araştırma yapılmıştır.

Verileri toplama aracı olarak Premenstruel Değerlendirme Ölçeği (PDÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçekleri kullanılmıştır. PDÖ, premenstruel dönemde kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk ve 18 alt ölçekli bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular 6'lı likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. Halbreich ve arkadaşlarının 1982 yılında geliştirdikleri ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Dereboy ve arkadaşları tarafından saptanmıştır. BDE, Beck AT ve arkadaşları tarafından 1979'da geliştirilen ölçeğin 1989'da Hisli tarafından Türk toplumuna uyarlanması yapılmış, geçerliliği ve güvenilirliği saptanmıştır. Ölçek 21 maddeyi içerir, her madde 0-3 arasında puan alır en yüksek puan 63'tür. BDE'nin puan ortalaması Biryson(1984)'un sınıflandırmasına göre yorumlanmıştır. Buna göre kesme noktaları; 0-9 yok, 10-15 hafif, 16-23 orta, 24-63 ağır depresyon olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği 1987 yılında Walher, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve 1997 yılında Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanması yapılmış, geçerlilik ve güvenilirliği saptanmış olan bu ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren tutum ve davranışları değerlendirmeye yöneliktir. 6 alt ölçek grubu bulunan ve toplam 48 maddeden oluşan ölçek 4'lü likert tipine sahip olup alt ve üst sınır puanı 48-192 dir.

Yaş, eğitim, medeni durum, sosyo-ekonomik düzey, sağlık durumu, siklus süresi, gebelikten korunma, sigara kullanma, rahatsızlığı gidermek için yapılanlar ve doktora gitmek, depresyon düzeyi ve sağlıklı yaşam davranışları bağımsız değişkenleri, premenstruel sendrom düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Etik kurallara uyularak resmi izinler alındıktan sonra veriler Mayıs-Haziran 1998 tarihinde 2 ay süreyle araştırmacılar tarafından yüz yüze toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde t testi, varyans ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırmaya alınan deneklerin yaş ortalamalarının  $24.19 \pm 2.5$  %62.98'nin bekar, %36.54'nün evli, %0.48'nin ayrılmış olduğu bulunmuştur.

Deneklerin premenstruel sendrom ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarına göre dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi en düşük skor kendini iyi hissetmede artış ( $7.83 \pm 3.2$ ), ikinci düşük düzeyde ise Labilite ( $8.14 \pm 3.3$ ) bulunmaktadır. En yüksek skorun ise çeşitli Duygu Durum/Davranış Değişimleri ( $27.6 \pm 9.9$ ), bunu Sosyal İşlevsellikte Bozulma ( $24.35 \pm 9.6$ ) izlemektedir. Toplam PMS skoru ise  $205.6 \pm 72.0$ 'dir.

Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da(1994) en düşük skorun Kendini İyi Hissetmede artış ( $6.7 \pm 2.7$ ), ikinci düşük skorun Labilite ( $7.1 \pm 3.4$ ), en yüksek skorun çeşitli Duygu Durum/Davranış Değişimleri ( $26.8 \pm 10.5$ ), bunu Sosyal İşlevsellikte Bozulma ( $23.5 \pm 9.7$ ) izlemektedir ve toplam PMS skoru  $209.4 \pm 71.5$ 'dir .

Bu çalışmanın bulguları Dereboy ve arkadaşlarının çalışma bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

Toplam PMS puanının seçenek puan ortalaması,  $2.1 \pm 0.7$ 'dir. Bazı araştırmacılar (Wilson CA et al 1991 ) skorun soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değer 2.0 ve üstü olmasını premenstruel sendrom olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle seçenek puan ortalamasına göre deneklerin premenstruel

sendroma sahip oldukları söylenebilir. Deneklerden %17.2'sinin skor ortalamasının 2 ve daha fazla bulunmuştur.

**Tablo 1.** Deneklerin premenstruel sendrom alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları

Alt Ölçekler	x ±SD	Seçenek x ±SD (N:208)
Çökkün Duygusal Durum	23.5±10.6	2.3±1
Endojen Depresif Özellikler	11.29±4.9	2.2±0.9
Labilite	8.14±3.3	2.7±1.1
Atipik Depresif Özellikler	15.35±6.1	2.5±1
Histeroid Özellikler	11.13±4.9	2.2±0.9
Düşmanlık/Kızgınlık	12.47±6.4	2.1±1
Sosyal Geri Çekilme	10.27±4.6	2.5±1.1
Bunaltı	11.67±4.9	2.9±1.2
Kendini İyi Hissetmede Artış	7.83±3.2	1.9±0.8
İmpulsivite	9.69±4.6	2.4±1.1
Organik Mental Özellikler	8.18±6.2	1.3±1
Su Tutulumu	8.63±5.2	1.4±0.8
Genel Fiziksel Rahatsızlık	9.18±3.9	3.0±1.2
Otonomik Fiziksel Değişimler	15.47±5.7	2.2±0.8
Yorgunluk	12.33±65.1	3.0±1.2
Sosyal İşlevsellikte Bozulma	24.35±9.6	2.2±0.8
Çeşitli Duygu durum/ Davranış Değişimi	27.6±9.9	2.7±0.9
Çeşitli Fiziksel Değişimler	13.11±4.7	2.1±0.7
<b>TOPLAM PMS</b>	<b>205.6±72.0</b>	<b>2.1 ±0.7</b>

Premenstruel sendromla yaş ve medeni durum arasındaki ilişkiye bakılmış ve istatistiksel olarak bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Ainscough (1990) ve Dereboy'un (1994) yaptıkları çalışmalarda da yaşın premenstruel sendromu etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmaya alınan kadınlardan %43.27'nin ilkökul, %19.23'nün yüksekökul, %13.94'nün orta dereceli okul mezunu olduğu, %23.56'sının ilkökul mezunu olmadığı, kendi ifadelerine göre %87.02'nin sosyo-ekonomik düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzey ile premenstruel

sendrom düzeyi arasında istatistiksel olarak bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır.

Mitchell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1994) eğitimin premenstruel sendromu olumsuz yönde etkilediği, Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1994) ise eğitimin ve sosyo-ekonomik düzeyini etkisinin olmadığı bulunmuştur .

Bu çalışmanın bulguları Dereboy ve arkadaşlarının bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya alınan deneklerin ortalama siklus süresinin  $27.82 \pm 10.3$  olduğu ve %46.15'nin verilerin toplanması esnasında adetli olduğu, adetli olma ve menstruel siklus ile premenstrual sendrom arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1994) da bu çalışmanın bulgularına benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Kadınlardan %65.87'de adet düzensizliği, %92.3'de jinekolojik, %89.42'de başka bir bedensel hastalık olmadığı, bu değişkenlerle premenstruel sendrom arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (1994) adet düzensizliği, jinekolojik ve diğer hastalıklarla premenstruel sendromla ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmanın bulguları Dereboy ve arkadaşlarının bulgularıyla uygunluk göstermektedir.

Deneklerden %87.50'nin ilaç kullanmadığı, %12.50'nin ise ağrı kesici ilaç kullandığı bulunmuştur. İlaç kullanma durumu ile toplam PMS skoru, Çökkün Duygudurum, Labilite, Düşmanlık/Kızgınlık, Sosyal Geri Çekilme, İmpulsivite, Su Tutulumu, Genel Fiziksel Rahatsızlık alt ölçekleri arasında yapılan varyans analizlerinde istatistiksel olarak gruplar arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur.

Hart ve Hill'in yaptığı çalışmada (1997) da premenstruel distres bulguları ile hem analjezik kullanım sıklığı, hem de miktarı ile su retansiyonu, otonomik reaksiyonlar, çökkün duygu durumu ,sosyal geri çekilme , kızgınlık ,düşmanlık arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur .

Çalışma bulguları verilen bulguyla uygunluk göstermektedir.

Deneklerin %63.94'nün gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanmadığı, %3.85'nin oral kontraseptif kullandığı, adet dönemindeki rahatsızlığı gidermede %48.80'nin bir şey yapmadığı, %30.29'nun ilaç kullandığı, sadece %10.10'nun doktora başvurduğu, deneklerden dörtte üçünün ilk menstruasyonunda heyecan, korku, panik yaşadığı, %52.33'nün gerginliğin nedeninin stres ve üzüntü olduğunu belirttiği, %69.71'nin ailesinde adet öncesi gerginlik yaşamadığı bulunmuştur. Yapılan varyans analizlerinde bu değişkenlerle premenstruel sendrom arasında ilişki olmadığı bulunmuştur.

Dereboy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1994) da bu değişkenlerin premenstruel sendromu etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmaya alınan deneklerden %76.92'nin sigara kullanmadığı, %23.08'nin kullandığı, sigara kullanımının premenstruel sendromu artırdığı ve arasında istatistiksel olarak bu ilişkinin önemli olduğu bulunmuştur ( $t=2.35$ ,  $p<0.02$   $df=73.9$ ).

Klasik bilgilerde (Platin 1989, Ekizler 1989) sigaranın premenstruel sendromu etkilediği ve bu dönemde içilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmanın bulgusu verilen bilgilerle uygunluk göstermektedir.

**Tablo 2.** Deneklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Ölçekler	$\bar{x}\pm SD$	Seçenek $\bar{x}\pm SD$
Kendini Gerçekleştirme	31.83±6.78	2.4±0.5
Sağlık Sorumluluğu	19.04±4.89	1.9±0.4
Egzersiz	7.82±2.52	1.5±0.5
Beslenme	13.67±3.61	2.2±0.6
Kişilerarası Destek	18.18±3.82	2.5±0.5
Stres Yönetimi	14.73±3.46	2.1±0.4
Top.Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları	104.6±18.9	2.1±0.3

Tablo 2'de Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir. Bu bulgularla Esin'in bulguları karşılaştırıldığında ise Esin'in yaptığı çalışmada (1997) kadınların kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden  $34.33\pm 6.14$ , sağlık sorumluluğundan  $20.93\pm 4.04$ , egzersizden

8.72±2.88, beslenmeden 15.61±3.27, kişilerarası destekten 18.78±3.57 , stres yönetiminden.16.50±3.52 , sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından 121.9±19.0 puan aldıkları bulunmuştur.

Bu çalışmada kişiler arası destek alt ölçeği hariç Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve diğer alt ölçeklerinin puan ortalamaları Esin'in bulgusundaki puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur.Puan ortalamalarının düşüklüğünün nedeni eğitim düzeyinin düşüklüğü ile açıklanabilir.

Tablo 2'de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları verilmiştir.Bu bulgularla Tablo 2'de görüldüğü gibi denekler egzersiz (1,5±0,5) ve sağlık sorumluluğu (1,9±0,4) alt ölçeklerinde "Hiçbir Zaman ile Bazen" seçenekleri, diğer alt ölçeklerde ise "Bazen ile Sık Sık" seçenekleri arasında bulunmaktadır. Bu bulguya göre deneklerin sağlıklı yaşam davranışlarının yeterli olduğu söylenemez.

Sayan'ın yaptığı araştırmalarda (1998) da en düşük puanın Egzersiz alt ölçeğinde olduğu, fakat seçenek ortalamasının 2.1 ile 2.6 arasında olduğu bulunmuştur .

Bu çalışmada ölçek puanları ve seçenek ortalama puanları verilen çalışma puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur.Bunun nedeni, deneklerin çoğunluğunun ilkokul mezunu ve dolayısıyla da eğitim düzeyinin düşük olması ve sağlığı koruyucu ve yükseltici davranışlar konusunda bilgilerinin yetersiz olmasıyla açıklanabilir.

Deneklerin depresyon ölçeğinden ortalama 13,62±9,64 puan aldıkları bulunmuştur. Bu puan ortalamasının literatüre göre hafif depresyon düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Bryson Polin 1984).

Tablo 3'de görüldüğü gibi premenstruel sendrom ve alt ölçeklerinden Endojen Depresif Özellikler, Histeroid Özellikler, Kendini İyi Hissetmede Artış, Organik Mental Özellikler, Otonomik Fiziksel Değişim, Yorgunluk, Sosyal İşlevde Bozulma, Çeşitli Duygu Durum/Davranış Değişimleri, Çeşitli Fiziksel Değişimler ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden kişilerarası destek arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 3).



**Tablo 3.** Deneklerin premenstruel sendrom düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin dağılımı

N = 208

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği								
Premenstruel sendrom ölçeği	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler Arası Destek	Stres Yöntemi	Top.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Depresyon ölçeği
Çökkün Duygu Durum	-.004	.001	0.61	108	.132	.039	.089	.260**
Endojen Dep.Öz	.053	.073	.025	.084	.170*	.024	.127	.174*
Labilite	-.038	.016	.094	.059	.090	.087	.074	.207**
Atipik Dep.Öz	.012	.025	.013	.053	-.106	.004	.064	.184**
Histeroid Öz	.058	.023	.080	.115	.185**	.059	.123	.188**
Düşmanlık/Kızgınlık	.031	.036	.122	.107	.118	.087	.121	.172*
Sosyal Geri Çekilme	.004	-.065	-.004	.073	.135	-.028	.053	.212**
Bunaltı	-.032	-.004	.004	.029	.076	.041	.052	.240**
Kendini İyi Hissetmekte Artış	.058	.067	.077	.059	.155*	.023	.088	.159*
İmpulsivite	.046	.030	.155*	.097	.111	.102	.140*	.162*
Organik Mental Öz.	.042	.030	.015	.086	.153*	.038	.069	.208**
Su Tutulumu	.011	-.016	-.131	.047	.100	.038	.056	.185**
Genel Fiziksel Rah.	.029	-.029	-.045	-.001	.117	.103	.025	.203**
Otonomik Fiziksel Değ.	.156*	.137	-.001	.164*	.193**	.125	.195**	.136
Yorgunluk	-.000	-.008	-.023	.047	.172*	-.005	.066	.159*
Sosyal İşlev. Bozulma	.039	.029	.055	.092	.148	.051	.108	.180*
Duy.-/Dav. Değişimleri	.024	.070	.091	.113	.143*	.106	.119	.218**
Fiziksel Değişimler	.003	.020	-.025	.083	.169*	.032	.094	.198**
Top. PMS	.027	.021	.058	.015	.161*	.063	.086	.303**

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

Not: r değerlerinin önem düzeyi Fadıl H. Zuwaylıf'ın kitabındaki "r" tablosuna göre belirlenmiştir.

Premenstruel sendrom ICD-10'da ruhsal ya da davranışsal etkenlere bağlı fizyolojik işlev bozuklukları başlığı altında yer almıştır .(WHO 1992) Ayrıca literatürlerde (Dilbaz 1992, Ainscough 1990) premenstrüel sendromun daha çok psikolojik distresle ilişkili olduğu belirtilmektedir .

Fontaine ve Seal'in yaptığı çalışmada (1997) iyimserliğin, sosyal desteğin ve kişilerarası desteğin premenstrüel sendromu azaltıcı etkisinin olmadığı saptanmıştır .

Bu çalışmanın bulgusu verilen bilgi ve çalışma bulgusuyla uygunluk göstermektedir.

Yine premenstruel sendrom alt ölçeklerinden Otonomik Fiziksel Değişim ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçeklerinden Kendini Gerçekleştirme, Beslenme arasında zayıf pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Ayrıca premenstruel sendrom alt ölçeklerinden İmpulsivite ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt ölçeklerinden egzersiz arasında zayıf pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Yapılmış olan bazı çalışmalarda (Ekizler 1989, PMSO Brien 1993, Kızılkaya, Çoşkun 1994) gevşeme tekniklerinin, egzersizin, diyet değişimlerinin, multivitamin özellikle A, B<sub>6</sub>, E vitaminleri ve minerallerin kullanılması, taze sebze ve meyveler yenilmesinin premenstrüel sendromla ilişkili olduğu ve semptomlarını yenmede etkili olduğu belirtilmektedir . Ancak yapılmış olan bir çalışmada( Mitchell et al 1994) da sağlık uygulamalarının premenstruel sendromu azaltmadığı, hatta artırma eğilimi gösterdiği bulunmuştur . Çalışma bulguları verilen ikinci görüşle benzerlik göstermektedir.

Deneklerin depresyon düzeyi ile premenstruel sendrom alt ölçeklerinden Otonomik Fiziksel Değişimler hariç diğer alt ölçekler ve toplam PMS arasında pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Yapılmış olan birçok çalışmada (Warner et al 1991, Halbreich, Endicott 1985, Chisholm et al 1990) premenstruel sendrom ile depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre toplam PMS puanı ortalama  $205.6 \pm 72.0$  seçenek ortalaması 2 ve üstünde olan kadınlar ise örneklem grubunun %17.2'sini oluşturduğu saptanmıştır. Premenstruel sendromun alt ölçeklerinden en düşük skorun Kendini İyi Hissetme ( $7.83 \pm 3.2$ ), en yüksek skorun ise Çeşitli Duygu Durum/Davranış Değişimleri ( $27.6 \pm 9.9$ ) olduğu bulunmuştur. Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puan ortalamasının  $104.6 \pm 18.9$ , alt ölçeklerden en düşük puan skorunun Egzersiz, en yüksek puan skorunun Kendini Gerçekleştirmeye ait olduğu ve toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları seçenek ortalaması  $2,1 \pm 0,3$  ile seçeneklerden bazen şikkına daha yakın oldukları bulunmuştur. Bu da sağlık davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir.

Premenstruel sendrom ve alt ölçekleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden Kişiler Arası Destek, Kendini Gerçekleştirme, Egzersiz ve Toplam Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

Deneklerin Depresyon ölçeği ortalamasının  $13.62 \pm 9.64$  olduğu ve Premenstruel sendrom ve alt ölçekleri arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgular doğrultusunda;

Kadınların sık görülen PMS semptomları ,(duygu durum davranış değişimleri ,sosyal işlevsellikte bozulma,çökküm duygusal durum,atipik depresif özellikler ) konularında bilgilendirilmeleri ,

Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarından ve alt ölçeklerinden; kişilerarası destek kendini gerçekleştirme PMS alt ölçeklerinden otonomi, fiziksel uyumu artırdığı ayrıca kişilerarası desteğin PMS alt ölçeklerinden kendini iyi hissetmeyi yükselttiği için,Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt ölçeklerinden beslenmenin de fiziksel değişime uyumu kolaylaştırdığı için kadınların sağlıklı yaşam biçimlerini artırıcı davranışları desteklenmeli ve bu yönde eğitimlerin sağlanması,

PMS, depresyon düzeyini yükselttiği için bu dönemde depresyonla baş etme yöntemleri konusunda kadınlara gerekli eğitimin sağlanması, organlarının

fizyolojisi ve premenstruel şikayetlerin nedenleri hakkında kadınlara eğitim yapılması,

Premenstruel sendromu yaşayan kadınlara yardım amacıyla stres yönetimi, gevşeme teknikleri, egzersiz, diyet değişimleri konusunda eğitim yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Ainscough CE (1990). Premenstruel emotional changes a prospective study of symptomatology in normal women, *Journal of Psychosomatic Research*, 34(1): 35-45.
2. Bryson SE and Polin DJ (1984). Sex differences in depression and the method of administerin the Beck Depression Inventory, *Journal of clinical Psychology*. 40 (2): 529-533.
3. Dilbaz N (1992). Premenstruel sendrom, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 3 (1): 42-47.
4. Chisholm G et al. (1990). Premenstrual anxiety and depression: Comparison of objective psychological tests with a retrospective questionnaire, *Acta Psychiatr Scand*. 81: 52-57.
5. Dereboy L ve Ark. (1994). Premenstruel değerlendirme formunun psikometrik verileri küme analitik bir çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 5 (2): 83-90.
6. Ekizler H (1989). Premenstruel sendromun özellikleri, değerlendirilmesi ve bakımı, *Hemşirelik Bülteni*. 3 (14): 77-80.
7. Esin (Özabacı) MN. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi ;Doktora Tezi ,İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
8. Fadıl H (1970). Zuwaylif, *General Applied Statistics*, Addison -Wesley Publishing Company, California London Don Mills, Ontario.
9. Fontaine KR, Seal A (1997). Optimism, social support, and premenstruel dysphoria, *Journal of Clinical Psychology*. 53 (3): 243-247.
10. Halbreich U, Endicott J (1985). Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders, *Acta Psychiatr. Scand*. 71: 331-338.
11. Hart KE, Hill AL (1997). Generalid use of over-the-counter analjesics: Relationship to premenstruel symptoms, *Journal of Clinical Psychology*. 53 (3): 197-200.
12. Kızılkaya N, Coşkun A (1994). Premenstrual şikayetlerin egzersiz progressif gevşeme ve diyet yöntemleriyle hafifletilmesi durumunun irdelenmesi ve yöntemlerin etkinlik durumunun değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 10 (3): 1-17.
13. Kocabaşoğlu N ve Ark. (1994). Premenstruel gerilim sendromunda depresyon, anksiyete yeni symposiom. 32 (1): 40-42.
14. Mitchell ES, et al. (1994). Differentiation ot women with three premenstruel symptom partterns. *Nursing Research*. 43 (1): 25-30.

15. Platin N (1989). Premenstruel sendrom, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3 (5): 31-41.
16. Brien PMSO (1993). Helping women with premenstrual syndrome. BMJ. 307 (4): 471-475.
17. Sayan A (1998). Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
18. Warner P. et al. (1991). The relationship between premenstrual depressive mood and depressive illness. Journal of Affective Disorders. 23: 9-23.
19. Wilson CA ve Ark. (1991). First born adolescent daughters anal mother with and without premenstrual syndroma:a comparison, Journal Adolesc Health. 12: 130-132.
20. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification on Mental and Behavioural Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines, World Health Organization, Geneva.