

PREMENSTURAL SENDROM

Doç. Dr. Nurgün PLATİN*

ÖZET

Premenstural sendrom somatik, duygusal, davranışsal, düşünel bulgular' içeren, tartışmalı ve bilinmeyen yönleri olan güncel bir konu durumuna gelmiştir. Premenstural sendrom yaşayan kadın orarr. % 40-95 arasında değişmekle birlikte, etkilenme derecelerinin farklı olduğu bilinmektedir. Premenstural sendrom bulgularıda kişiden kişiye farklılık gösterir ancak bulgular corpus luteum geliştikçe artar ve oestrojenin en düşük düzeye inmesiyle kaybolur. Premenstural sendrom ile agresiflik arasında suç eğitimi destekler nitelikte bulgular elde edilmiş hatta çeşitli ülelerde yasal olarak değerlendirilmiştir. Sendrom nedeni tartışmalıdır. Tanı amacıyla bireyin üç ay stirz. ile günlük tutması ve bazal vücut ısı ölçmesi istenir. Sendromun ortadan kaldırılmasında diyet, gevşeme egzersizlerl, ilaç tedavileri ve uygun hemşirelik yaklaşımları önemlidir.

İlk kez 1931'de tanınlanan **premenstural sendrom (pms)**, ya da **premenstural gerginlik**, bir zamanlar tümü ile psikolojik kabul edilirken, fizyolojik yönü ile (nöro-endokrin) ya da bilinmeyen yönleri ile yeniden güncel konu durumuna gelmiştir.

Farklı görüş ve açıklamaların olduğu premenstural sendromda çok farklı araştırma bulguları da vardır. Yapılan araştırmaların sınırlı olması, önemli yöntem sorunlarını içermesi ve sonuçların birbiri ile çelişkili olması konunun diğer bir önemli yönüdür (10).

* Hacettepe üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulu öğretim Üyesi (halen University of Connecticut. School of Nursing'de ek görevli)

Tanımı

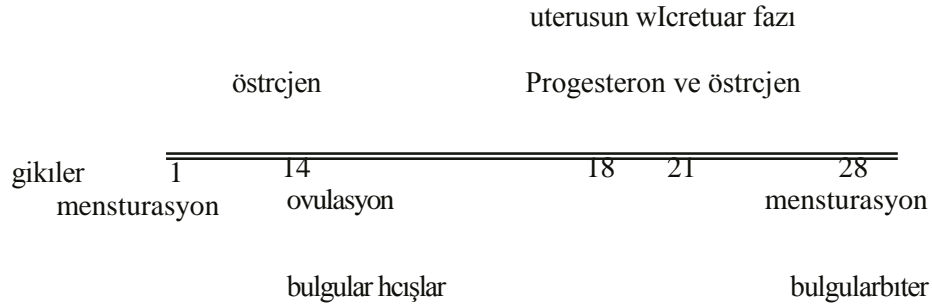
Premenstural sendromun tam bir tanımı henüz yapılamamıştır. Ancak somatik, duygusal, davranışsal ve düşünsel bulgular içeren, mensturasyon öncesi karmaşık bir tablo olarak tanımlanabilmektedir.

Ne zaman ve Nasıl Ortaya Çıkar'?

Sendrom bulgular, ovulasyondan sonra, uterusun sekretuar fazında progesteronun yükselmesiyle ortaya çıkar (7,9,11). Huzursuzluk, kaygı, depresyon, moral bozukluğu, ağlama nöbetleri, yorgunluk, sinirlilik, gerginlik, huy değişiklikleri, aktivitelerde ve cinsel dürtülerde artma ya da azalma, dikkat toplayamama ya da yaratıcı olma, baş, sırt ağrısı, migren, koku duyusunda artma, konstupasyon, diare, iştah artması, tatlı yeme isteği, abdominal şişlik, ödem, kilo alma, sivilceler, göğüslerde ağrı, hassasiyet ve büyüme allerjik kişilerde nezle ve astım nöbeti gibi çok çeşitli bulgular gösterir (1,3,4,6,9,10,11,15).

Bu bulgulardan su tutulumu, şişkinlik hissi, göğüslerde ağrı ve büyüme, huzursuzluk ve depresyon en sık görülen ve tipik diye tanımlanabilen bulgulardır (4,11,12). Ancak, sendromu yaşayan kişilerin çoğunun. ögkell bağırılmalar, gerginlik, efkar hissi, karamsarlık, ruh halinde ani değişimler, depresyon kaygı, kişiler arası ilişkilerin bozulması gibi psikososyal değişimlerden yakınmaları da bir gerçektir (10,12).

Kişiden kişiye farklılık gösteren bu bulgular, korpus luteum geliştikçe artar ve son bir hafta en tepe değere ulaşır(Şekil 1)(4,11,14). Mensturasyondan hemen önce östrojenin en düşük düzeye inmesiyle bulgular kaybolur (4,7,8,9).



Şekil 1. Menstrual Siklus

Menstrual siklus fazlarıyla belirli davranışlar arasında istatistiksel ilişkilere bakılan araştırmalarda: bu dönemde fabrikalarda hastalık nedeni ile işe gelmeyenlerde . hastalık ya da psikolojik nedenlerle hastane acillerine başvuranlarda, davranış bozukluklarında, intihar girişimlerinde ve çocuk eziminde, artma olduğu belirlenmiştir (4,11).

Premenstural sendrom ile agresiflik arasında, suç işleme eğilimini destekler nitelikte bulgular da elde edilmiştir(11). Hatta, sendrom Fransa'da yasal olarak "geçici akli denge bozulması"(15), İngiltere'de de "akıl hastalığı" olarak tanımlanmaktadır. İngiltere'de adam öldürme kadar giden suçlarda sanıkların premenstural sendrom savunmalarının kabul edildiği duruşmalar bile vardır.(11).

Sendromun fizyolojik yönüne ilişkin yapılan bir araştırmada. bu kişilerde spontan nistagmus olduğu belirlenmiş, çok çeşitli araştırmalarda ise essensiyel yağ asitlerinin yüksek ve eritrosit magnezyum düzeyinin ise normalden düşük olduğu görülmüştür(11).

Sendromun çeşitli şekillerde beslenmeyle de ilgili olduğunu gösteren araştırmalar vardır. örneğin, premenstural dönemde kadınların %25'inin normale göre daha fazla, %13'ünün ise daha az yedikleri saptanmıştır. Karbonhidrat metabolizmasındaki değişimler ve özellikle kan şekerinin düşmesine bağlı, hipoglisemi bulgularıyla şekere aşırı isteğin ortaya çıkması da önemli bir bulgu olup (8), bu her iki sonuçla, hormonal değişimlerle kişilerin yemek alışkanlıklarının da etkilenebildiği görülmüştür(11).

Başka bir araştırmada da, premenstural sendromu yaşayan kişilerin daha çok rafine şeker, karbonhidrat, süt ürünleri ve tuz tükettikleri belirlenmiştir(3).

Kimlerde Görülür ?

Premenstural sendrom, her kadının yaşadığı bir durum değildir (8). Erken yaşlarda alabilirse de (4), 30-45 yaşları arasında (4,7,8) ve özellikle ovulasyon gören kadınlarda (8) görülür.

Kaynaklara göre, sendromu yaşayan kadın oranı %40'dan (3)% 95'e kadar değişirken (4,11,12), etkilenme dereceleri de farklıdır. Bazı kadınlar hiç etkilenemezken, kadınların %30-50'si hafif ya da orta derecede (10), %10-20'si ise şiddetli derecede etkilendir (1).

Nedeni

Premenstural sendromun nedeni bilinmemektedir(4). Açıklayabilmek için kullanılan hipotezler de farklıdır:

1. Endokrinolojik ya da biyokimyasal dengesizlikler hipotezi,
2. Gerilim ortaya çıkaran psikolojik etmenler hipotezi.

Endokrinologlara göre, sendrom .fizyolojik bir temele dayanmaktadır(7). Yapılan araştırmalarda, sendrom bulgularının östrojen, progesteron, over steroidleri. prolaktin ve androjen değişiklikleri ile olduğu üzerinde durulur (8,11,15).

Çeşitli hormonların düzeylerine göre, vücutta ilzyolojik ve psikolojik değişimlerin yer aldığı bilinmektedir. Bunlardan prolaktin yükselmesinin. insanlarda davranış değişikliklerine **4prıgaktinyükselmesi**, ile östrojenin düşmesinde premenstural depresyon, prolaktinin yükselmesi ile progesteronun düşmesinde uyarımlılık, hostilite), progesteron yetersizliğine karşılık östrojen ve androjen yükselmesinin sodyum ve tutulumuna neden olması premenstural sendromda önemlidir (8,15).

Ayrıca uterus luteal fazdayken, genelde bir duyarlılığın oluştuğu ve ilgili hormonların azalmasıyla, beyin-hipotalamus-hipoiz arasında nöro-endokrinolojik değişikliklerin yer aldığı düşünülür. Bu durumda davranış ya /ya da huylarda değişikliklere neden olduğuna inanılır (15).

Premenstural sendrom ile. hormon benzeri madde olan prostaglandinler arasında da ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Sırt ve baş ağrıları. bulantı, kusma, ishal, yorgunluk. sinirlilik, baş dönmesi, prostaglandirlere bağlanabilmektedir(10).

Sendromun klasik fizyolojik ve psikososyal bulgulannın büyük bir kısmı sodyum ve tutulumuna bağlanarak açıklanmaktadır. Göğüslerde şişlik ve hassasiyet; baş ağrısı, huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk, depresyon gibi bulguların, ödemin göğüs ve beyin dokuların etkisiyle ortaya çıktığı savunulur(8,12). Ayrıca. 1.5-2.0 kg'a varabilen kilo almaya bağh bir gecede bel kalınlaşması ve karın çıkması (bu durum barsak duvarlarındaki ödeme bağlıdır), geçici gaita sertleşmesi (barsak hücrelerinin lümeninden sıvı çekmesine bağlı) ve mensturasyonun başlamasıyla gaitanın sulu hale gelmesi (duvarın bu özelliğinin deQişmesiyle ve ardından normale dönmesi yine sodyum ve su tutumu-

bağlanmaktadır(8).

Prementural sendromdaki bu bulgu çeşitliliği ise over steroidlerinin bireye göre değişiklikler göstermesi ile açıklanmaktadır (15).

Sendrom tedavisi mağnezyum, çinko, demir,B6 ve E vitaminlerine cevap verdiğinden(13), çoğu araştırmacı aylık hormonal değişimlerin

bazı besin maddelerinin eksikliğine neden olduğu (11) ya da beslenme eksikliklerinin premenstural sendromun temelini oluşturduğu görüşündedirler (15). Söz konusu vitamin ve minerallerin kadınlarda strese duyarlılık eşliğini etkiledikleri de bilinir(15).

Gerilim ve psikolojik etmenlerle sendrom arasındaki ilişkiye yönelik yaklaşımlar da çeşitlidir. Stres faktörü görüşü'ne göre, strese tepki hormonu non-adrenalinin salgılanması sendromu başlatıcı ya da arttıncıdır. Stresli durumlarda aldesteron, ADH, glukokortikoidler ve epinefrin salımı artar. Aldesteron ve ADH, vücutta su tutarak göğfislerde şişlik, hassasiyet, abdominal şişlik ve ekstremitelerde ödeme neden olur. Ayrıca, glukokortikoidlerin fazlası, depresyona, epinefrin fazlası ise hostilite huzursuzluk, kaygı ve agresifliğe yol açabilmekte. Diğer taraftan, stres aynı zamanda östrojen yapım dengesini de bozarak östrojen fazlalığı ile premenstural sendrom bulgular= artmasına da neden olur (10).

Birçok yönü ile, premenstural dönemde kadınların önemli psikolojik sorunlara yatkın oldukları kanısı yaygınlaşırken, bazı araştırmacılara göre bazı kadınlarda temeldeki duygusal bozukluklar bu dönemde alevlenebilmektedir (11.12). Ancak, çevre faktörleri kontrolsüz yapılan bu araştırma sonuçlarına yanlı bulgular alarak bakmakta yarar vardır (12).

Psikoanalitik ekole göre de, bireyin mensturasyon anlayışı ve kadınlık rolüne sosyolize olması (kadınlığı kabullenememe) sendromda bir etkidir (11). Ancak yapılan başka araştırmalarda da, semptomatik kişilerin mensturasyona yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu ve premenstural bulguların stresli sosyal ortamlarda ortaya çıktığı ya da arttığı belirlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak da, kadınlığa sosyalize olmaktan başka etmenlerin de sendromda önemli olduğu düşünülmüştür (10).

Premenstural sendrom yaşayan kişilerin aile öykülerine bakıldığında, ailede bir başka kişinin daha bu bulguları yaşadığı görülebilir. Ancak, kalıtımın çevre ile olan etkileşimini ayırt edebilmek bu araştırmalarda olası değildir (6).

Tanı

Premenstural sendromun varlığı ve derecesinin objektif olarak belirlenmesi tanı için önemlidir. Bu amaçla, kişinin üç ay süre ile kendi günlüğünü tutması ve basal vücut sıcaklığını ölçmesi istenir (15).

Basal vücut sıcaklığının yataktan kalkmadan önce ve özellikle hiçbirşey yemeden ve sigara içmeden önce alınması önemlidir. Günlük kaydının ise geceleri tamamlanması önemlidir. Günlük semptomatik premenstrual sendrom sınıflamasına göre değerlendirmesi istenir. Bu sınıflandırma aşağıda verilmiştir (15):

1.pms - A (anksiyete- uyanıklık)

Sinirlilik-gerginlik
psikolojik değişiklikler
uyanıklık
kaygı

2. pms - C (karbonhidrat metabolizması)

baş ağrısı
tatlılara düşkünlük
iştah artması
İçerme çarpıntısı.%
Yorgunluk
baş dönmesi ya da bayılma

3. pms - D (depresyon)

depresyon
unutkanlık
ağlama
kafa karışıklığı
uykusuzluk

4. pms - H (hiperhidrasyon)

kiloda artma
ekstremitelerde ödem
göğüs hassasiyeti
kollarda şişliği

5. Dismonorea - ağrı

krampları(karın alt bölgesinde)
baş ağrısı
genel sızı ya da ağrı

Günlükte, her semptomun;

0 : yok,

1 : hafif var ancak etkinliklere engel değil,

2 orta derecede var ve etkinliklere engel olabiliyor, ancak dayanılmaz değil,

3 : şiddetli ve etkinlikleri engelleyici nitelikte olarak değerlendirilmesi istenir.

Bundan başka, premenstural sendrom için beslenme (günde öğün sayısı, tuz, kafein ve vitamin alımı, kırmızı et, sebze tüketimi, açlık hissi), sağlık ve alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve başatme yolları), doğum-jinekoloji ve endokrin fonksiyonlarına yönelik veriler de toplanır (15).

Tedavi

Premenstural sendromun nedeni kesin bilinmediğinden, çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır(6). Ayrıca farklı kişilerde farklı tedavi yöntemleri etkili olabildiğinden (10), tedavi sınımlanmamayı da gerektirebilmektedir (5).

Tedavinin temel amacı, bulguları azaltmak, menstural siklus boyunca kadının aynı düzenini sürdürebilmesini sağlamaktır (10,11,14). Bu nedenle tedavi de, en rahatsız edici bulgulara öncelik verilir. Bu amaçla,

1. kişinin yaşam biçiminde değişiklikler ya/ya da
2. ilaç tedavisi yapılır.

Premenstural dönemde kısıtlanması ya da alınmaması gereken maddeler:

1. kafein(çay, kahve),
2. rafine şeker,
3. süt ürünleri,
4. çikolata,
5. tuz,
6. kırmızı et. (dana, koyun)
7. nikotin ve alkol (özellikle göğüs hassasiyeti ve dolgunluğu için) ve
8. nişastalı maddelerdir.

Su tutulumuna engel olmak amacıyla, mensturasyondan 10 gün kadar önce sodyum kısıtlanmalı ve doğal diüretiklerin (çilek, kavun, potasyumdan zengin yiyecekler) alınmasında özen gösterilmelidir. Ancak, sodyum kısıtlaması yapılırken sos, salam, kabartma tozu, hazır yiyecekler, fındık, fıstık ve peynir gibi yiyeceklerin işlem nedeniyle ve bazı besin maddelerinin de doğal olarak tuz içerdikleri unutulmamalıdır (2,8).

Eğer hipoglisemi bulgular varsa, bunun için de hipoglisemi diyeti uygulanır ve sık sık yemekle kan şekeri iniş-çıkışları azaltılabilir.

Bu dönemde yenmesine özen gösterilmesi gereken besin maddeleri ve yararlı olduğuna inanılan uygulamalarda vardır. Bu besin maddeleri ve türleri şunlardır:

1. Protein.

2. B6 vitamini ya da pridoksin (B6 vitamini mensturasyonu düzenleyicidir. Kramp, depresyon, huzursuzluk, ağrılı göğüs ve gerginliğine etkilidir (3) . Sakatatlar, kepek (laksatif etkisi de vardır), yumurta sarısı, yulaf ve bira mayası B6 vitaminince çok zengindir. Ancak bunlardan bira mayası, içerdiği nükleik asit nedeniyle gut hastalığının başlamasına yol açabilmektedir. Bu vitaminin fazlalığı, baş ağrısı, baş dönmesi ve bulantıya yol açar (15).

3. K+, Ca++, FE ve Mg gibi elektrolit ve minerallerden zengin yiyecekler.

4. Baklagiller.

5. Posalı yiyecekler; kök ve yeşil yapraklı sebzeler/meyvalar (doğal laksatif etkileri vardır).

6. Bol su (doğal diüretik olarak).

Bunların yanında az ve sık yemek de önemlidir.

Ayrıca, yararlı bitkilerden zencefil'in kaynatılarak elde edilen özünü ya da karaman kimyonunun demleme yöntemi ile elde edilen-suyunu içmek (13), istirahat-egzersiz düzeni kurmak (koşmak gibi), ve özellikle premenstrual dönemde bunu dengeli olarak arttırmak, sıcak banyo, masal. yoga (gergin kasları gevşetmek ve pelvik bölgenin tonusuna yardımcı olmak için alt abdomen bölgede gerilim giderici egzersizler) ve aerobik egzersizleri (duyu düzeylerinde artmaya neden olarak ve kas gerginliğini gevşeterek etki eder) yapmak yararlıdır (7, 9, 11. 13).

Kokuların insan ruhsal durumunu etkilediği de çok eskilerden beri bilinen bir gerçektir. Gevşemek için en çok sevilen koku ile masal yapılabilir ya da inhale edilebilir (13).

Bu gibi yaşam biçimindeki değişiklikler ilaç tedavisinde olduğu gibi, belirtiler ortaya çıktığı zaman değil, sürekli uygulanmayı gerektirirler. Bu tür tedavinin etkili olmadığı ya da şiddetli premenstrual sendrom bulgulannda ise ilaç tedavisi uygulanır (10).

İlaç tedavisinde progesteron kullanımı yaygındır (7). Ancak, kullanımı tartışmalı ve riskli olup bu konuda henüz etkili ve güvenilir araştırmalar da yoktur (10). İlacın çeşitli formları varsa da, vucut progesteronun çok benzer olması nedeni ile vaginal suppozituar şekli yeğlenir. Yan etkiler olarak, vajinit, iştahta artma ya/ya da menstürasyon gecikmesine karşı uyanık olunmalıdır (10. 15).

Semptomlar' rahatlatmak amacıyla ditiretiklerin kullanılmasında da sıvı ve elektrolit dengesizliği olasılığı unutulmamalıdır (14. 15).

Yapılan araştırmalarda, prostaglandin inhibitörü ilaçların % 80 etkili olduğu belirlenmiştir (11). Bu amaçla, aspirin ya da hafif analjeziklerin kullanılması etkilidir (4). Çelişkili raporlar bulunmakla beraber, çuha çiçeği yağı (gama-linoleik asit içerir) da önerilmektedir (11,15).

Hemşirelik

Premenstural sendromun azaltılması ya da önlenmesi , bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesine güzel bir örnektir. Mesleki yönden ise, hemşirenin, hemşirelik rollerinden (koruyucu, fizik bakım ve tedavi, eğitim, danışmanlık, işbirliği kurma, yasal düzenlemelerde etkin olmak) birden fazlasını uygulayabileceği bir konudur.

Premenstural sendromda hemşirenin sorumlulukları şöyle özetlenebilir (2, 6, 15):

1. Sendrom bulgularını tanımlamasında bireye, yardımcı olmak.
2. Diyet düzenlemeleri yapmasında bireye yardımcı olmak ve bu düzenlemelerin kalıcı olabilmesi için desteklemek (hipoglisemi, ödem, göğüs hassasiyeti için),
3. Özellikle gergin ve kaygılı kadınlar için günlük hafif egzersizler öğretmek,
4. Huzursuzluk, içe kapanma, duygusal değişiklikler için stresle başetme yöntemlerini bireye öğretmek.
5. Sağlıklı davranış değişikliklerini desteklemek ve pekiştirmek,
6. İleri depresyon ve intihar düşünceleri olan bireyleri psikiyatrik değerlendirme için yönlendirmek,
7. Premenstural sendrom bulgularında artma olduğunda ya da başka bir sorundan lcuşkulanıldığında, doktora sevk etmek,
8. Konuya ilişkin bilinenleri grup eğitimi yolu ile kadınlara yaya. bilmek,
9. Konuya ilişkin yanlış bilgileri düzeltmek.

SUMMARY

P remenstural syndrome

With its somatic, psychological, cognitive symptoms, controversial and unknown aspects premenstrual syndrome is again a popular topic.

The ratio of women that is affected from the syndrome is known to vary from 40-49 percent. The symptoms develop parallel to the development of the corpus luteum, and disappear as the oestrogen level drops. There are research findings supporting the relation between aggressive behavior and tendency to commit crime, during the syndrome. There are controversial explanations as to its cause.

For its diagnosis the person is asked to keep a diary and a body temperature chart for three months. Diet, relaxation exercises, drug therapy and effective nursing care is essential for the treatment.

KAYNAKLAR

1. Baird, D., *Combined Textbook of Obstetrics and Gynecology*, Livingstone Ltd., Edinburgh and London, 1969, s. 877.
2. Barger, M., Fullerton, J., Lops, V., Rhode, M., *Protocols for Gynecologic and Obstetric Health Care*, Grune and Stratton Inc., Orlando, 1988, s. 31-32.
3. Brickin, M., *The Practical Encyclopedia of Natural Healing*, Rodale Press, Pennsylvania, 1983.
4. Danforth, D. (Ed.), *Textbook of Obstetrics and Gynecology*, Harper and Row Pub., New York, 1966, s. 155.
5. Hawkins, J., Higgins, L., *Maternity and Gynecological Nursing*, J. B. Lippincott Co., Philadelphia, 1981, s. 37.
6. Jensen, M., Mobak, I., *Maternity and Gynecologic Care: The Nurse and the Family*, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1985, s. 1248.
7. Kenney, J., *Contemporary Women's Health. A Nursing Advocacy Approach*, Addison-Wesley Publishing Co., California, 1986, s. 443-444.
8. Lanson, L., *From Woman to Woman*, Alfred A. Knopf, New York, 1975, s. 73-79.

9. Olds, S., London, M., Ladewig, P., Davidson, S., *Obstetric Nursing*, Addison-Wesley Publishing Co., California, 1980, s. 115, 119.
10. Olesen, V., Woods, N., *Culture, Society and Menstruation*, Hemisphere Publishing Co., Washington, 1986, s. 115-127, 145-150, 160-161.
11. Peterson, L., *PMS: The Premenstrual Syndrome*, *ORYX Science Bibliographies*, Vol. 3, ORYX Press, Arizona, 1985.
12. Sloane, E., *Biology of Women*, Wiley Medical Pub., New York, 1980, s. 82-85.
13. Stanway, A., Grossman, R., *The National Family Doctor*, Simon and Schuster, New York, 1987, s. 46, 137, 157, 176, 287, 293.
14. Stewart, F., Steward, G., Guest, F., Hatcher, R., *My Body My Health, The Concerned Woman's Guide to Gynecology*, Wiley Medical Pub., New York, 1979, s. 384-388.
15. Wilhelm-Hass, E., "Premenstrual Syndrome: Its Nature, Evaluation and Management", *JOGN Nursing*, Vol. 13, No. 4, Jul.-Aug. 1984, s. 223-229.