

PERİMENSTRUAL DİSTRES VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Nezihe KIZILKAYA

*İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Araştırma Görevlisi*

Kadın popülasyonunun % 70-90'nın yaşamlarının belirli dönemlerinde perimenstrual şikayetleri deneyimlemekte olduğu. % 20-40'ında bu şikayetlerin fizik ve mental kapasitesini etkileyecek şiddette, % 5-10'unda ise çok şiddetli olduğu kabul edilmektedir (2, 7, 8). Bu dönemde,

- Annelerde çocuklarına zarar verme, onlara karşı olumsuz davranışlarda bulunma,
- Çalışan kadınların % 80'inde görev başında bulunmama, iş üretkenliğinde azalma,
- İntihar girişimleri, alkol alımında artış, psikiyatrik yatışlar ve psikiyatrik hastalıklarda alevlenme olabildiği bilinmektedir (7, 10).

Perimenstrual distres terimi ile, menstrual siklusun hem premenstrual, hem de de menstrual döneminde ortaya çıkan şikayetler anlatılmaktadır (7, 11). Menses başlanıcından 10 gün öncesinden ortaya çıkabilen, menses başlamasından itibaren bir kaç günde ortadan kaybolan, çoğu siklusa tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlar premenstrual sendrom olarak adlandırılmaktadır (1, 2, 8, 10, 11, 13, 17). Menses süresince deneyimlenen ağrıya ise dismenore denilmektedir. Birçok yazar premenstrual sendrom ve onu izleyen dismenore arasında kuvvetli bir klinik birliktelik olduğunu vurgulamakta ya da dismenoreyi premenstrual sendromun bir alt grubu olarak ele almaktadır. Fakat bu konu tam olarak aydınlatılamamıştır. Literatürde premenstrual sendrom ve dismenore genellikle ayrı ayrı incelenmektedir. Bu nedenle bizde ayrı ayrı ele almaktayız (1, 2, 11).

PREMENSTRUAL SENDROM

PMT (Premenstrual Tension) ile PMS (Premenstrual Sendrom) birbirinden farklı iki kavramdır. PMT, anksiyete ve sinirlilik gibi semptomların baskın olduğu, semptomların günlük hayatı etkilemediği, kısa süreli olduğu ve mensesin yaklaştığını gösteren bir bulgudur. Premenstrual sendromun bir alt grubu olarak düşünülmektedir (1, 11).

Amerika'da menstruasyon gören kadınların % 25-60'ının premenstrual sendromdan etkilendiği kabul edilmektedir. Fransa'da yapılan bir araştırmada ise PMS sıklığı % 77 olarak belirlenmiştir (8, 10, 13, 15). Ülkemizde PMS görülme sıklığını belirleyen bir çalışma yoktur. 1972 yılında Janinger, Türk, Nijeryalı, Yunan, Japon, Amerikan ve çeşitli ülke kadınlarında yaptığı retrospektif çalışmada PMS semptomlarının en sık ola-

rak Nijeryalılarla birlikte Türklerde bulunduğunu ve Türklerde % 88 ile en sık yaygın semptomun gerginlik olduğunu belirlemiştir (14).

PMS 150 den fazla semptom içermektedir. En yaygın emosyonel semptomlar, anksiyete, depresyon, sinirlilik, huzursuzluk, gerginlik, saldırganlık, belli yiyeceklere karşı aşırı istek (tatlı, çikolata gibi), fiziksel semptomlar ise göğüslerde gerginlik, baş ağrısı, karında şişme, periferal ödem, yorgunluk ve aknedir (2, 7, 8, 10, 12, 13, 17).

PMS tanısı koyabilmek için,

- Fiziksel bir bozukluk olmamalı,
- Semptomlar luteal fazda (yani siklusun ikinci yarısı) ortaya çıkmalı,
- Siklusun ilk yarısında en azından yedi günlük semptomsuz bir dönem bulunmalı, birbirini izleyen 3 siklusta semptomlar mevcut olmalı ve kadının yaşamını etkileyecek düzeyde ağır olmalıdır (8).

PMS'da belirlenmiş risk faktörleri bulunmamasına rağmen, genetik faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Erken yaşlarda PMS görülebilirse de, 30-45 yaşları arasında daha sık olduğu kabul edilmektedir. Çok doğum, toksemi, alkolizm ve ev dış işlerde çalışma ile PMS'un bağıntılı olduğu görülmüş evlilik, eğitim düzeyi, ırk ya da kültürle ilişkisi bulunamamıştır (7, 12).

PMS nedenini açıklayan çok sayıda hipotez vardır fakat henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Birden fazla faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir. Son yıllarda hormonal düzey ile (hipotalamo-pitüiter-gonadal aksım), serotonin, α -MSH, β -endorfin gibi beyin nörotransmitterleri ile karşılıklı etkileşimlerinin etyolojideki rolü daha çok kabul görmektedir (5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 17). Nörotransmitterlere benzer rol oynayan prostaglandinlerin yapımında yetersizliğin PMS nedeni olduğu üzerinde de durulmaktadır (5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17). Prostaglandin sentezi için Mg, çinko, cis-linoleik asit, elzem yağ asitleri, araşidonik asit ve B₆ vitaminine gereksinim vardır. Linoleik asit içerdiği için Çuha çiçeği PMS'lu hastalara önerilmektedir. A, B, C, E vitaminleri ve Mg, çinko eksikliklerinin de PMS'da rol oynadığı kabul edilmektedir (1, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17).

DİSMENORE

Menstruasyon süresince deneyimlenen ağrıdır. En sık rastlanılan jinekolojik rahatsızlıktır. Literatürde kadınların % 50 sinde dismenore görüldüğü kabul edilmektedir (2, 3, 5, 9). Primer dismenore ispat edilebilir, pelvik bir patoloji yokluğunu, sekonder dismenore ise, pelvik bir patoloji ya da rahim içi aracın bulunduğu durumları belirtir (2, 3, 5). Primer ve sekonder dismenore ayırımının yapılması için iyi bir anamnez alınmalıdır. Primer dismenorenin tanı için temel olabilecek özellikleri (3, 5, 16) :

1. Primer dismenore ovulasyonlu sikluslarda görülür. Menarştan 6-12 ay sonra başlar. 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır ve daha sonra giderek azalır.
2. Menstrual ağrı süresi genellikle 48-72 saattir. Menstrual kan akışının başlamasından sonra ya da birkaç saat önce ağrıyla başlar. Genellikle bulantı,

kusma, diare, baş ağrısı, senkop ve bacak ağrısı gibi ekstra genital belirtilerle birlikte.

3. Menstrual ağrı, bel ağrısı ve pelvik bölgede uyluklara ve vulvaya dağılan kolik tarzında ağrıdır.

Primer dismenore nullipar kadınlarda, obes kadınlarda daha sık görülür. Düzensiz siklusları olanlarda ve atletlerde daha az görülür. Evli kadınlara oranla hiç evlenmemiş kadınlarda daha fazladır (3, 16).

Günümüzde endometriyumda artan prostaglandin sentezinin uterin iskemiye yol açarak primer dismenore nedeni olduğu ispatlanmıştır. Prostaglandin sentez inhibitörü olan non-steroid antiinflamatuar ilaçların kullanılmasıyla şikayetlerin azaldığı da gösterilmiştir (2, 3, 5, 9).

PERİMENSTRUAL DİSTRESLE BAŞA ÇIKMADA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Perimenstrual şikayetlerin tanınması, önlenmesi, azaltılması ya da başarılı bir tedavisi için bio-psiko-sosyal bir yaklaşım gereklidir. Böyle çok boyutlu bir yaklaşımda,

- Kadın ve ailesinin eğitimi
- Menses ve menstrual sıklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi.
- Yaşam biçimi, iş ve aile ilişkilerinde değişiklikler
- Beslenme alışkanlıklarında değişiklikler
- Stresle başa çıkma yollarında değişiklikler önemli yer tutmaktadır (8, 10, 13).

Topluma hizmet sunan hemşireler bu şikayetleri deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında bio-psiko-sosyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve soruna fazlasıyla çözüm getirebilecek bir konumdadır (15, 16).

Tanılama aşamasında, hekim (nörolog, jinekolog, psikiyatrist), hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip çalışması gereklidir. Menstrual anamnez alınırken yaş, parite, PMS ve dismenore semptomlarının başlangıç ve ilerleyişi, başlatan ve şiddetini arttıran olaylar, semptomların zamanı, fiziksel ve emosyonel semptom sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları, aile, iş ve arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konular üzerinde durulmalıdır. Genel sağlık anamnezi de bu duruma katkıda bulunabilecek diğer durumlar hakkında bilgi verir. Bireyin beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin alımı, kırmızı et, sebze tüketimi, açlık hissi vb.), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve başa çıkma yolları) öğrenilmelidir (12, 13, 15, 17).

Perimenstrual dönemde ortaya çıkan sıklık değişiklikleri belirleyebilmek için objektif bir tanılama aracı kullanılmalıdır. Ayrıca günlük kilo izlemi, bazal vücut ısısında alınmalıdır. Böyle bir tanılama aracını nasıl ve kaç sıklık periyod boyunca doldurması gerektiği konusunda kadın eğitilmelidir. Bu sırada semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendini değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Böylece hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha sık görüldüğü belirlenir

(8, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18). Bazal vücut ısı, yataktan kalkmadan, kahvaltı öncesi, sigara içmeden önce alınmalıdır. Günlük kilo izlemi ise mesane ve bağırsaklar boşaldıktan sonra yapılmalıdır (15).

Jinekologla işbirliği yapılarak, semptomlarla ilişkili olabilecek fiziksel bir patoloji ve anormallik olup olmadığı araştırılır. Perimenstrual distresle karşılanabilecek meme hastalıkları, pelvik hastalıklar (PID, endometriazis ... v.b.) açısından olgu değerlendirilir. Psikiyatrik hastalıklar açısından psikiyatrik bir konsültasyonda gereklidir (8, 15).

Bazal vücut ısı, menstrual siklus değerlendirmesi, kilo izlemi kayıtları incelenerek ovulasyon zamanı ve luteal faz tanımlanır. Foliküler ve luteal fazlarda semptomların varlığı, menstruasyonun başlamasıyla azalması karşılaştırılır. Tüm bunlar perimenstrual distres tanısı konulurken yapılmalıdır ve hekimle işbirliği gerektirir (15).

Tanımlama süreci hemşireye, kadın ve ailesinin premenstrual sendrom ve dismenore hakkındaki bilgilerini, yanlış inanç ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için fırsat verir (15). Hemşirenin dikkat edeceği ölçütlerden biri de kadının emosyonel durumudur. Emosyonel distres,

1. Uterus aktivitesini
2. Ağrıya tepki ve duyarlılığı
3. Perimenstrual semptomları şiddetlendirir.

Bu olayı araştırmacılar, çevresel streslere otonomik cevap olan uterus kas motilitesinde artış sonucu arteriollerde vazokonstriksiyon oluşmasına bağlı sempatik aktivitede artışa bağlamışlardır (4).

Stres düzeyini azaltmak için birçok yöntem önerilmektedir. Bunlar, günlük düzenli egzersiz, relaksasyon yöntemleri, bio-feed back, meditasyon ve yogadır (10). Perimenstrual şikayetlerle başa çıkma yöntemleri arasında stres düzeyini azaltmak için egzersiz ve relaksasyon yöntemleri yer almaktadır (10, 12, 13, 15, 16, 17).

Progesteronun etkili olduğu siklusun luteal fazında, her türlü strese karşı organizmanın verdiği tepki artar (6). Premenstrual norepinefrin reseptör duyarlılığında bir değişme premenstrual dönemde saldırganlık, düşmanlık, huzursuzluk, kızgınlık ve anksiyetenin artmasına neden olur. Düzenli relaksasyon cevabı, norepinefrin cevabının azalmasını, huzursuzluk, anksiyete gibi belirtilerin azalmasını sağlar. Ayrıca, relaksasyon cevabının sağladığı diğer fizyolojik değişiklikler,

- Kan basıncında düşme
- Arteriyel laktat düzeyinde azalma
- Oksijen tüketimi ve karbondioksit eliminasyonunda belirgin bir azalma
- Kalp atımı ve solunum sayısında azalma
- EEG'de α ve theta aktivitesinde artmadır.

Bu değişiklikler Santral Sinir Sisteminin baskılanmasında oluşan değişikliklerle benzerdir (6).

Perimenstrual şikayetlerin azaltılabilmesi için bu dönemde stres yaratan durumlar ve kadının stresle başa çıkma yollarının belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması

önem taşımaktadır. Kadının siklusları düzenliyse ve kendi çalışma programını belirleyebiliyorsa, stres yaratabilecek belirli iş programları, toplantılar gibi olayların bu dönemde yapılmaması sağlanabilir (16).

Egzersiz hastalıklar üzerine yararlı etkisi, genel olarak immün sistemle ilişkili olan biyokimyasal değişikliklerde ya da strese karşı davranışsal reaksiyonlarda, psikolojik algılamalarda bir düzenleme ile oluşabileceği öngörülmektedir. Egzersizin stres azaltıcı ve duygulanımı olumlu yönde etkileme özelliği ile dismenorede yararlı olabileceği literatürde yer almaktadır. Son yapılan çalışmalar da ise egzersiz alışkanlığının dismenore semptomlarının şiddetini hormonal fizyolojiyi değiştirerek azaltabileceği ileri sürülmektedir. Egzersizin glukoz toleransında düzenleme yaptığı ve katekolamin düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Azalan glukoz toleransı semptomları, yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştah artması gibi PMS semptomlarına benzer semptomlar içermektedir. Düşük katekolamin düzeyi anksiyete, huzursuzluk ve gerginliği azaltmaya yardım eder (4, 5). Ayrıca doğal ağrı kesici-endorfinlerin salınımını artırarak, PMS nedeni olabilecek endorfin düzeylerindeki aşırı değişiklikleri engeller ve semptomlarda azalma sağlar (4, 5, 10). Egzersiz tüm bu etkilerinin yanısıra kan dolaşımını hızlandırması, esnekliği artırması ve karın kaslarını kuvvetlendirmesi amacıyla da perimenstrual şikayetleri olan kadınlara önerilmektedir (4).

Premenstrual şikayetleri önlemek için her gün, oturup-kalkma egzersizlerinin yapılması istenmektedir. Dismenore sırasında ise yapılabilecek egzersizler, parmak uçları ile bele, karına masaj, karına sıcak su torbası koyarak bükülme, secde pozisyonunda baş kollar arasında ve dirsekler başın önünde olacak şekilde bir süre durma, bir duvara yakın sırt üstü uzanarak ve ayaklar duvara dayanmış pozisyonda gevşeme, sırt üstü pozisyonda dizleri karına doğru çekme egzersizleridir (18).

Hemşire, kadının egzersiz alışkanlıklarını, yaşam biçimini ve konuya ilgisini belirleyerek, stres düzeyini azaltmak için relaksasyon teknikleri ve egzersiz, yapabiliyorsa her ikisini birden uygulaması konusunda kadınla karşılıklı tartışarak birlikte karar vermelidir.

Diyet perimenstrual distres tedavisinin bir bileşenidir. Bu şikayetleri olan kadınların, düzenli, sık aralıklarla az yemek yemesi, yeterli protein, lif ve kompleks karbonhidrat alması, yağ miktarını azaltması, rafine şeker, tuz, kırmızı et, süt ürünleri ve çikolata tüketiminin sınırlanması ve demir, magnezyum, bakır, çinko gibi vücutta çok az bulunan fakat organizma için gerekli maddelerin ve B kompleks vitaminlerin alımının artırılması önerilmektedir (1, 5, 10, 12, 13, 15, 16, 17). Sık aralıklarla az yemek yemenin premenstrual anksiyete, huzursuzluk ve letarjiyi azaltacağı ileri sürülmektedir. Bu semptomların östrojene bağlı olarak insülin üretiminin artması ve kan glukoz düzeyinde dalgalanma ile ortaya çıktığı kabul edilmektedir (1, 10, 17).

B kompleks vitaminlerin ve protein alımının artırılması, karaciğerde aşırı östrojeni etkisiz hale getirerek ve protein kullanımını artırarak, yorgunluk, depresyon ve gerginliği azaltacağı, protein alımının artırılmasında karaciğerde aşırı östrojenin inaktivasyonuna yardımcı olacağı öngörülmektedir (1, 5, 15). Tuz ve rafine şeker kısıtlaması, su retansiyonunu ve buna bağlı oluşan kilo almayı engeller (1, 5, 10, 18).

Süt ve sütü ürünler, bağırsaklardan Mg emilimini azaltacağı için sınırlanmalıdır (1). Methylxanthine içeren çay, kahve, kola içimi azaltılmalıdır. Çünkü kafein bir

uyarıcıdır ve huzursuzluk, gerginlik, uykusuzluk gibi şikayetleri kötüleştirir. Kafeinin fibrokistik hastalıklara bağlı olarak meme ağrısını (mastodynia) şiddetlendirdiği ispatlanmıştır. Bu nedenle kafeinsiz diyetin, tahmini olarak göğüs gerginliği ve diğer meme semptomlarını azaltacağı ileri sürülmektedir (1, 13, 17). Yine premenstrual dönemde alkol alımından kaçınılmalıdır. Alkol depresyon ve umutsuzluk duygularına neden olan "mood" (duygulanım) değiştiren bir maddedir. Aynı zamanda premenstrual dönemde alkol toleransında bir azalma vardır, alınan miktarda alındığında dahi intoksikasyona neden olabilir (1, 13).

Hemşire, günlük kilo izlemi kayıtlarını, diyetinde yapılması gereken değişiklikleri, alkol, sigara tüketimi gibi olumsuz etki yapan alışkanlıklarını ve önerilerini kadın ile karşılıklı tartışmalı ve egzersiz, relaksasyon yöntemleri yanısıra diyetinde çok önemli olduğunu vurgulayarak eğitim yapmalıdır (5, 15, 17).

Kadının diyetinde gereken değişiklikleri yapması, alkol, sigara tüketimi gibi olumsuz etki yapan alışkanlıklarını bırakması, egzersiz, relaksasyon yöntemlerini uygulaması sonucu şikayetlerinde bir düzelme olmuyorsa, jinekologla işbirliğine gidilerek ilaç tedavisine başlanılır. Hemşire kadına verilen ilaçları, kullanım şeklini, süresini, yan etkilerini açıklamalıdır.

Görüldüğü gibi perimenstrual şikayetlerin azaltılması ya da önlenmesinde bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi bakımına katılımı çok önemli bir yer tutmaktadır. Perimenstrual distres destek grupları ve eğitim sınıfları oluşturarak bu olguların daha kolay tedavi ve bakımlarına katılımları, eğitilmeleri sağlanabilir. Başarılı bir tedavi için iyi aile ilişkileri ve yaşam biçimi değişiklikleri gerektiğinden aile odaklı bir yaklaşımda bulunmalıdır (15, 17).

Konuya ilişkin olarak hemşirelerin yapacağı topluma yönelik sağlık eğitimi son derece önemlidir. Özellikle okullarda, genç kızlara menstrual siklus, hormonal değişiklikler, menstruasyonla birlikte olan normal, küçük değişiklikler, dismenore, premenstrual sendrom hakkında doğru bilgiler kazandırılmalıdır. Sağlık eğitimi, aile ortamlarında, kadınların toplu olarak bulunduğu halk eğitim merkezi gibi yerlerde yapılabilir (15, 17).

ÖZET

Kadın popülasyonunun % 70'inden çoğu perimenstrual distres şikayetlerinin en az bir ya da daha fazlasından etkilenmektedir. Perimenstrual distres şikayetlerinin azaltılması ya da önlenmesi için stres azaltma, egzersiz, diyet, eğitim ve danışmanlık bileşenlerinden oluşan çok boyutlu bio-psiko-sosyal bir yaklaşım önerilmektedir. Hemşireler perimenstrual distres şikayetlerinin önlenmesi ya da tedavisinde çok önemli bir role sahiptirler.

SUMMARY

Perimenstrual Distress and Nursing Approach :

More than 70% of female population are affected by one or more of the symptoms of perimenstrual distress. A multidimensional, biopsychosocial approach, combining stress reduction, exercise, proper diet, education and counseling can be helpful in

preventing and/or alleviating the number and severity of this symptoms. Nurses have a significant role in management and prevention of perimenstrual distress.

KAYNAKLAR

1. **Abraham, G.E.:** Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 28:7, p. 446-464, (1983).
2. **Coupey, S.M., Ahlstrom, P.:** Common menstrual disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 36:3, June, p. 551-71, (1989).
3. **Dawood, M.Y.:** Dysmenorrhea, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 33:1, March, p. 168-78, (1990).
4. **Gannon, L.:** The potential role of exercise in the alleviation of menstrual disorders and menopausal symptoms : A theoretical synthesis of recent research, *Women Health*, 14:2, p. 105-127, (1988).
5. **Gould, D.:** *Nursing Care of Women*, Prentice Hall, London, p. 165-187, (1990).
6. **Goodale, I.L., Domar, A.D., Benson, H.:** Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with the relaxation response, *Obstetric Gynecology*, 75:4, April, p. 649-55, (1990).
7. **Kirkpatrick, M.K., Brewer, J.A., Stocks, B.:** Efficacy of self-care measures for perimenstrual syndrome (PMS), *J Adv Nurs*, 15 :3, March, p. 281-5, (1990).
8. **Lurie, S., Borenstein, R.:** The premenstrual syndrome, *Obstetrical and Gynecological Survey*, 45:4, April, p. 220-8, (1990).
9. **Metheny, W.P., Smith, R.P.:** The relationship among exercise, stress, and primary dsymenorrhea, *Journal of Behavioral Medicine*, 12:6, p. 569-586, (1989).
10. **Price, W.A., Dimarzio, Z.R., Gardner, P.R.:** Biopsychosocial approach to premenstrual syndrome, *Am Fam Physician*, 33:6, June, p. 117-22, (1986).
11. **Reid, R.L., Yen, S.S.C.:** Premenstrual syndrome, *Am J Obstet Gynecol*, 139:1, January 1, p. 85-103, (1981).
12. **Robinson, G.E.:** Premenstrual syndrome : Current knowledge and management. *Can Med Assoc J*, 140:6, March 15, p. 605-11, (1989).
13. **Smith, S., Schiff, I.:** The premenstrual syndrome diagnosis and management, *Fertility and Sterility*, 52:4, October, p. 527-43, (1989).
14. **Tomruk, N.B.:** *Premenstrual sendrom (PMS)*. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, I. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, İstanbul. (1991).
15. **Wilhelm-Hass, E.:** Premenstrual syndrome its nature, evaluation and management, *JOGN Nurs*, 13:4, July/August, p. 223-229, (1984).
16. **Wilson, M.A.:** Menstrual disorders, premenstrual syndrome, dysmenorrhea, amenorrhea, *JOGN Nurs*, 13:2, p. 11-19, (1984).
17. **Zwack, B.:** Premenstrual syndrome, *The Canadian Nurse*, 81:1, January, p. 51-3, (1985).
18. **.....:** Rhythm and Blues, The Menstrual Cycle and How It Can Affect You, The Scottish Health Education Group Woadburn House, Canaan Lane, Edinburgh EH 10 4 SG Well Woman, A Guide to Women Helath.