

## Perimenstrual Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı\*

### Approach of Nursing and Perimenstrual Distress

**Saadet YAZICI**

*İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Ebelik  
Bölümü*

*Yazışma Adresi/  
Correspondence*

*İstanbul Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi,  
Demirkapı Cad. Karabal Sk.  
Bakırköy Ruh ve Sinir  
Hastahıkları Hastanesi  
Bahçesi içi 34740 Bakırköy /  
İstanbul  
Tel: 0212 414 15 00-40137  
Fax: 90 212 4141515*

Email: [saadetyazc@yahoo.com](mailto:saadetyazc@yahoo.com)

---

*Geliş Tarihi /Received  
04.06.2014  
Kabul Tarihi/Accepted  
22.06.2014*

---

*HSP 2014; 1(1): 58-67*

#### Özet

Perimenstrual şikayetler kadınlarda oldukça yaygındır. Bu şikayetlerin azaltılabilmesi ve kadınların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, bu konuya daha fazla önem verilmelidir. Hemşireler Perimenstrual şikayetlerinin önlenmesi ve yönetiminde önemli role sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Dismenore, hemşirelik, perimenstrual şikayetler, premenstrual sendrom (PMS)

#### Abstract

The incidence of perimenstrual distress is common in women. In order to decrease the incidence of perimenstrual distress and increase the life quality of women; more attention should be paid to this condition and prepare precautions should be taken. Because of this nurses have a significant role in management and prevention of perimenstrual distress.

**Keywords:** Dismenore, nursing, perimenstrual distress, premenstrual sendrom ( PMS)

\*Birinci Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği sempozyumunda sunulmuştur.

## Giriş

Menstruasyon, kadınlığın en önemli göstergelerinden biri olan fizyolojik bir süreçtir. Menarşla başlayıp menapozla sona erer. Ortalama kanama süresi  $4\pm 3$  gün olup, her iki menstruasyon arasındaki süre  $28\pm 7$  gündür. Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için her ay düzeli olarak meydana gelen fizyolojik değişikliklere siklus adı verilir. Perimenstrual olayların anlaşılabilmesi için siklusun iyi bilinmesi gerekir. Üreme siklusunun gerçekleşmesinde overlerden salgılanan hormonlara ihtiyaç vardır. Bu hormonal kontrol; hipotalamus - hipofiz ön lobu - overler arasındaki döngü ile sağlanır. Hipotalamustan GnRH (Gonodotropin salgılatıcı hormon) salgılanarak hipofizi etkiler. Hipofizden FSH (folikül stimüle edici hormon) ve LH (lütinize edici hormon) salgılanır. Daha sonra bu hormonların etkisiyle overler uyarılarak folikül oluşumu gerçekleşir ve östrojen, progesteron salgılanır. Yirmi sekiz günlük siklusun ilk 14 gününe foliküler dönem denir. Foliküler dönemde östrojenin etkisiyle endometriumda proliferasyon olur. Sonraki 14 günde progesteron etkilidir ve endometriumu sekretuar faza (luteal) sokar. Siklusta gebelik oluşmazsa menstruasyon başlar.<sup>1,2</sup>

Menstruasyon döneminde kadınların çeşitli ruhsal ve fiziksel değişikliklerden geçtikleri bilinmektedir. Kadınlar menstruasyon sonrasında genellikle kendilerini iyi hissetmekte ve bu iyilik hali foliküler fazın sonlarına doğru en yüksek noktaya ulaşmaktadır. Daha sonra iyilik halinde azalma olmakta ve luteal fazın sonlarına doğru kadınlar kendisinde çeşitli rahatsızlıklar hissetmektedir. Bu rahatsızlıklar duygusal, fiziksel ve davranışsal olabilir. Bazı kadınlar bunu menstruasyon dönemlerinin gereği olduğunu düşünürken, bazıları da bu belirtileri rahatsızlık olarak algırlar.<sup>3-8</sup>

Perimenstrual sorunlar denildiğinde siklusun premenstrual dönemi ve menstrual dönemde ortaya çıkan sorunlar anlaşılmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan sorunlar arasında dismemore ve premenstruel sendrom yer almaktadır.<sup>9</sup>

## Dismenore

Dismenore mestruasyonla birlikte alt abdomende kramp tarzında olan ağrılardır. Ağrı menstruasyon süresince en fazla deneyimlenen rahatsızlıklardan biridir. Kadınların %50.0'ünde dismenore görüldüğü kabul edilmektedir.<sup>9</sup> Menstruasyon sırasındaki ağrı kadınların normal günlük aktivitelerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Özellikle çalışan veya okuyan kadınlarda iş günü kaybı ve devamsızlığa neden olmaktadır. Dismenore primer dismenore ve sekonder dismenore olarak ikiye ayrılmaktadır.<sup>10-13</sup>

Primer dismenore; sekondere göre daha yaygın olan, organik bir nedeni olmayan ve sadece menstruasyon sırasında görülen ağrıdır.

Primer dismenorenin özellikleri;

- Nullipar ve obez kadınlarda daha fazla görülür
- Evlenmemiş kadınlarda evli kadınlardan daha fazladır
- Düzensiz siklusu olanlarda ve atletlerde daha az görülür
- Ovulasyonlu sikluslarda görülür
- Menarştan bir yıl sonra başlar (6-12 ay)
- 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır daha sonra giderek azalır
- Menstruel kan akışının başlamasından sonra ya da birkaç saat önce ağrı başlar (genellikle 2-3 gün sürer)
- Genellikle bulantı, kusma, baş ağrısı, bacak ağrısı gibi belirtileri ile birlikte ağrı; bel, pelvik bölge, bacaklar ve vulvaya dağılan kolik tarzdadır.<sup>9-13</sup>

Prostaglandin F2 alfa (PGF2 - alfa) düzeyinde artma sonucu oluşan uterus kontraksiyonu ve endometriumun yetersiz dökülmesi primer dismenorenin en önemli nedenidir. Tanı koyulmadan önce çok iyi bir değerlendirme yapılarak başka bir nedenin olup olmadığı kesinleştirilmelidir.<sup>10-12</sup>

Primer dismenorede yönetiminde;

- Ağrıların şiddetli olduğu durumlarda yatak istirahat ve karın bölgesine sıcak uygulama
- Adet kanaması öncesinde ve esnasında kahve, çay, kola, çikolata gibi kafein içeren gıdalardan uzak durulması
- Karın bölgesine masaj yapılması
- Uzun süre ayakta durmaktan ya da yürüyüş yapmaktan kaçınılması
- Lifli gıdaların bol tüketilmesi ile kabızlığın önlenmesi
- Bol miktarda sıvı alınması
- Sigaradan uzak durulması
- Fazla miktarda alkol tüketilmemesi gibi basit ve kısa süreli önlemler ile sancılı adet kanamaları biraz daha rahat geçirilebilir.<sup>10-11</sup>
- Ağrı kesici verilir (steroid olmayan antiinflamatuvar ajanlar-NSAIDs). Bu ilaçlar prostaglandin sentezini azaltarak ağrıyı giderir. Bir çalışmada prostaglandin düzeyi düşürüldüğünde %65-100 ağrı ve diğer rahatsızlıkların giderildiği görülmüştür.<sup>12</sup>
- Eğer ağrı kesiciler ile tedavi yeterli gelmiyor ise doğum kontrol hapları kullanılmaktadır.<sup>10-12</sup>

Sekonder dismenore; daha çok anatomik ya da pelvik patolojiler nedeni ile olur. Uterusun normal pozisyonda olmaması, servikste darlık, endometriozis, uterus ve over tümörleri, konjenital anomaliler (bicornis uteri, septum, transvers vajinal septum), pelvik inflamatuvar hastalıklar ve rahim içi araçtır.<sup>10-13</sup> Ağrının organik bir sebebi vardır. 30- 45 yaş kadınlarda yaygın olup, menstruasyondan birkaç gün önce başlar ve kanama boyunca devam edebilir. Genellikle de menopoza dönemine kadar kadında ağrılara sebep olmaya devam eder.<sup>10,13</sup> Sekonder dismenorenin tanısında öncelikle hastanın ayrıntılı öyküsü alınır. Öyküde özellikle ağrının başlama zamanı, ağrıyı geçirmek için yapılanlar, ağrıya eşlik eden başka bir şikayetin olup olmadığı, doğum kontrol haplarının ağrıyı azaltıp azaltmadığı, ağrının şiddeti, ağrılar nedeni ile aktivitenin etkilenip etkilenmediği değerlendirilmelidir. Ayrıca tanıda muayene, kan, idrar tetkikleri ve ultrasonografi kullanılır.<sup>10,12</sup>

Sekonder dismenore yönetiminde ilaç tedavisi olarak; NSAIDs ve hormonlar (oral kontraseptifler) kullanılır. Tedavide ilaç dışında; egzersiz, psikoterapi ve cerrahi de kullanılmaktadır.<sup>10,12</sup>

### **Premenstrüel sendrom**

Premenstrüel sendrom (PMS); menstrual siklusun geç luteal fazında başlayıp, menstruasyonun ilk günlerine kadar süren çeşitli psikolojik fiziksel ve davranışsal yakınmalardır. Menstruasyondan bir hafta 10 gün önce başlar menstrual kanamanın başlamasıyla belirtiler sona erer.<sup>3-5,8,14-15</sup>

Premenstrüel sendrom ilk kez 1931 yılında Dr. Robert Frank tarafından Premenstrüel gerginlik sendromu (Premenstrüel Tension Syndrome-PMT) olarak tanımlanmıştır. 1950'lerde PMS, 1987'de DSM-III-R geç luteal evre disforik bozukluğu ve 1994'de DSM-IV'te premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) olarak tanımlanmıştır. 2000 yılında American College of Obstetricians And Gynecologist (ACOG) PMS'nin tanı kriterlerini belirlemiştir.<sup>14,16-18</sup> 2003 yılında da kadın sağlığı hemşireleri tarafından siklus ile ilgili perimenstrüel ağrı ve rahatsızlıklar şeklinde tanımlama yapılmıştır.<sup>17-18</sup> PMS'nin kadınlarda oldukça yaygın olduğu ve menstruasyon öncesi dönemde 150 den fazla belirtinin ortaya çıktığı bilinmektedir. Sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin sıklığının %2 ile %88 arasında değiştiği, hafif belirtiler de eklendiğinde yaygınlık oranının %90'nı bulduğu bilinmektedir.<sup>9,14-15</sup> Menarştan sonra herhangi bir yaşta PMS belirtileri ortaya çıkabilir.

**PMS'nin etiyolojisinde;** östrojen/progesteron dengesinin bozulması, aşırı prostaglandin yapımı, aldosteron salgılanmasında artış, prolaktin artışı, tiroidin az çalışması, renin anjiyotensin mekanizmasında bozulma, antidiüretik hormonun fazlalığı, serotonin eksikliği gibi

hormonal faktörler, hipoglisemi, çinko, magnezyum eksikliği ve vitamin yetersizlikleri gibi diyetle ilgili faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>21</sup> Ayrıca stresle baş etmesini bilmeyen, duygusal açıdan değişken olanlar, kişilik yapısı, yaşam tarzı, aile öyküsü ve ilk adet yaşı gibi faktörler yer almaktadır.<sup>3</sup>

PMS genellikle kadının doğurgan olduğu dönemde ortaya çıkmakta, ortalama yaş olarak ta 26 bildirilmektedir. Bazı çalışmalar PMS belirtilerinin 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetli yaşandığını ve yaşla birlikte arttığını ancak menopoza yakın dönemde tekrar azaldığını göstermektedir.<sup>8,19</sup> Türkiye’de yapılan toplum çalışmalarında kadınlarda PMS yaygınlığının % 5.9 - 76 arasında değiştiği gösterilmiştir.<sup>20</sup> Karavuş ve arkadaşlarının çalışmasında ailesinde PMS öyküsü olanların %22.0’sinde PMS gözlenirken, aile öyküsü olmayanlarda bu oran %12.4 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Menstruasyon döngüsü ile duygu durum bozukluğu arasındaki güçlü bir ilişki bildirilmektedir. Bu süreçte menstruasyon öncesi psikiyatriye başvuruda, öz kıyım davranışlarında ve depresif belirtilerde artma görülmektedir. Ayrıca PMS belirtileri ve anti depresyon birlikteliğinde anti depresan dozunun arttırılması, PMS belirtileri ile başvuranlarda depresyon tanısının olması, PMDB’na eşlik eden ruhsal bozukluklar, duygu durum bozukluğu olanlarda menstruasyon öncesi yakınmaların olması, lohusalık ve PMS arasında ilişkinin olması bu ilişkiyi desteklemektedir.<sup>16</sup>

Premenstrual sendromda görülen psikolojik belirtiler; irritabilite, değişken ruh hali, depresyon, kızgınlık, öfke, hiddet, huzursuzluk, konsantrasyon bozukluğu, kendine güvensizlik, suçluluk, karasızlık, paranoya, intihara eğilim, negativist tutum, toplumdan kaçma, motivasyon bozukluğu, libido değişiklikleri, anoreksiya, işten kaçma, aşırı susama, uyku bozukluğu, beslenmede değişiklik, yorgunluk, unutkanlık, korkular ve iştah açılmasıdır.<sup>3,14-15,21</sup> Yücel ve arkadaşlarının çalışmasında; PMS ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu ve PMS olanların %84’ünde, olmayanların %16’sında depresyon riskinin olduğu belirlenmiştir.<sup>8</sup>

Premenstrual sendromda görülen fiziksel belirtiler arasında; memelerde hassasiyet, abdominal şişkinlik, kilo artışı, bacaklarda ödem, baş ağrısı, kabızlık, diyare, titreme, ciltte, saçta yağlanma, saçta kuruluk, kas krampları, bulantı, eklem- kas ağrıları, oligüri, baş dönmesi, çarpıntı, rinitis, sıcak basması ve terleme yer almaktadır.<sup>3,14-15,21</sup> Ancak yapılan çalışmalarda belirtilerin sırası ve yüzdeleri farklılık göstermektedir. Demir ve arkadaşlarının çalışmasında (2006) PMS görülen kadınlarda belirtilerin görülme sıklığı incelenmiş; bel ağrısı (%72.4), gerginlik- huzursuzluk (%72.4), sinirlilik-öfke (%72.4), karında şişlik (%70.9),

memede ağrı-hassasiyet (%66.9), üşüme-titreme (%0.8) intihar düşüncesi (%04) şeklinde sıralandığı saptanmıştır.<sup>15</sup>

Premenstrual sendromlu kadınların belirlenmesi, sınıflandırılması ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde farklı yöntemlerin kullanılması tanı koymada sorun yaratmaktadır. PMDB ve PMS şeklinde iki ayrı tanım söz konusudur. Bu da tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır. PMDB; PMS'ye göre daha ağır tabloyu tanımlamaktadır ve PMS' nin şiddetli tipidir.<sup>15</sup>

PMDB tanınması için aşağıda yer alan kriterlerin olması gerekir.

- Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM-IV tanı kitabında yer alan 11 belirtiden en az beşinin bulunması ve belirtilerden en az birinin ilk dört belirtiden biri olması,
- İşlevsellikte bozukluk olması,
- Foliküler evrede belirtiler en az bir hafta olmaması ve
- İleriye yönelik en az ardışık 2 ay belirtilerin görülmüş olmasıdır.<sup>15</sup>

### **Premenstrual disforik bozukluk için araştırma ölçütleri**

A-1. Belirgin olarak depresif duygu durum, umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri

2. Belirgin anksiyete, gerilim, "coşkulu" ya da sınırda olma duyguları
3. Duygulanımda belirgin değişiklik (ör. Kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılıkta artma). Duygusal oynaklık.
4. Sürekli ve belirgin öfke. İrritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma
5. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (ör. İş, okul, arkadaşlar, hobiler)
6. Öznel olarak dikkati yoğunlaştırmakta zorluk
7. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi
8. İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da belirli gıdalara aşırma
9. Aşırı uyku ya da uykusuzluk
10. Öznel olarak bunalma ya da denetimden çıkma duygusu
11. Memelerde gerginlik ya da şişlik, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrıları, "şişlik" duygusu, kilo alma gibi diğer fiziksel semptomlar

B- Bu bozukluk belirgin olarak iş ya da okulu ya da olağan toplumsal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri engeller (ör. Toplumsal etkinliklerden kaçma, okul ya da işte süreklilikte ya da etkinlikte azalma)

C- Bu bozukluklar sadece majör depresif bozukluk, panik bozukluğu, distimik bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

D- A, B, C ölçütleri en az iki ardışık belirtili döngüde ileriye dönük ölçümlerle desteklenmelidir.<sup>22</sup>

Premenstruel sendromun tedavisinde değişik yöntemler denenmiş, ancak istenilen başarı elde edilememiştir. PMS'nin birçok kadında görülen, nedeni kesin belli olmayan endokrin bir hastalık olduğu ve ilaç verilmeden önce destekleyici tedavinin önemi (psikolojik destek, egzersiz, diyet) hastaya anlatılmalıdır.<sup>21</sup> Egzersiz ve diyetin yanında tıbbi tedavi yöntemi olarak; oral kontraseptifler, danazol, GnRHa, prostaglandin inhibitörler, anksiyolitikler, antidepresanlar, diüretikler ve cerrahi kullanılmaktadır.<sup>20,22</sup> Farmakolojik olmayan destekleyici tedavide diyet ise PMS için etkili ancak PMDB için etkili bulunmamıştır. Diyette temel yaklaşımlar; kompleks karbonhidrattan zengin besinlerin tüketimi ve günlük 1200 gr kalsiyum alınması (3 siklus), magnezyum sülfat alınması, günlük 400 ünite E vitamini, 50-100 mg B6 vitamini, posalı yiyeceklere ağırlık verilmesi, az ve sık beslenmeye dikkat edilmesi, ayrıca tuz, şeker, kafein ve alkolden kaçınılması önerilmektedir.<sup>17,23</sup>

### **Perimenstrual şikayetlerde hemşirelik yaklaşımı**

Perimenstrual şikayetlerde sadece kişiyi değil toplumu ve ailesini de ilgilendirmektedir. PMS'li hastaların ailesinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgalar rapor edilmiştir. Fransa, Kanada, İngiltere ve Amerika'da PMS tanısı almış kadınların cezalarında indirim yapılması söz konusudur.<sup>15</sup> Perimenstrual şikayetlerin tanılanması, önlenmesi ve azaltılması için çok boyutlu bir yaklaşım gerekir.

- Tanılamada çok iyi bir anamnez alınması gerekir. Anamnezde yaş, parite, PMS ve dismenorenin başlangıç ve bitişi, başlatan ve şiddetini artıran durumlar, fiziksel ve emosyonel semptom sayısına bakılması, aile, iş ve arkadaş ilişkileri, beslenme alışkanlıkları, sağlık alışkanlıkları, stres düzeyi ve başa çıkma yollarının ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir.<sup>9</sup>
- Tanılama testi kullanımının kadına öğretilmesi gerekir. Semptomların kişiye özel olması nedeni ile ancak semptomların doğru belirlenmesiyle tanı koymak mümkün olacaktır. Kesin tanıyı koymak için retrospektif raporlar yeterli olmayıp kadının kendi kendine uygulayacağı bir çizelgenin doldurulması gerekir.<sup>15</sup> Çizelgede arka arkaya en az iki-üç siklus semptomların her gün kaydedilmesi gerekir. Kayıtta belirtilerin görülme durumuna göre skora yapılar. 0: belirti yok, 1: hafif var, fakat aktivitelere engel değil, 2: orta derecede var, aktivitelere az da olsa engel oluyor, 3: belirtiler çok şiddetli aktivitelere engel oluyor şeklinde hastanın kayıt tutması istenir.<sup>7,23</sup>

• Bazal vücut ısısı ve kilo takibi yapılması. Hasta her sabah kalkmadan, yemeden, içmeden önce vücut ısısını ölçer ve kayıt eder. Bu takip sonunda hastanın ovulasyon dönemi, luteal faz ve menstrual siklus zamanı belirlenir. Günlük kilo takibi ise mesane ve bağırsaklar boşaltıldıktan sonra yapılmalıdır.<sup>7</sup>

Tanılama sonrası;

- Kadın ve ailesinin eğitilmesi
- Menstrual siklusla ilgili yanlış inanç ve düşüncelerin giderilmesi
- Yaşam biçimi, iş ve aile ilişkilerinde değişik yapılması
- Beslenme alışkanlıklarında değişiklik yapılması
- Stresle başa çıkma yollarında değişiklik konusunda hemşirenin yapacakları önemlidir.<sup>9</sup>
- Stresle baş etme yolları öğretilmeli (düzenli egzersiz, rahatlama yöntemleri, meditasyon, yoga (20-30 dk/ 3 gün / hafta).
- Grup eğitimleri yapılarak konu ile ilgili bilinenlerin kadınlara anlatması gerekir.<sup>7,9</sup>

### **Sonuç olarak;**

Perimenstrual şikayetlerin azaltılmasında ve önlenmesinde kadınların kendi bakımına katılmalarını sağlamak, bu sorumluluğu alarak yaşamlarında değişiklik yapmaları konusunda kadınları desteklemek gerekmektedir. Bunun yapılmasında hemşirelerin aktif rol alması ve bu sorunun çözümünde kadınların yanında olması beklenmektedir.

### **Kaynaklar**

1. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan Yayınları ve Teknik Kitapçılık Ltd. Şti.Ankara.2004.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği IV. Baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
3. Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri* 1997; 17: 184-190.
4. Öncel S, Pınar A. Premenstrual sendromda tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sendrom (Hemşirelik)* 2006; 18(9): 86-91.
5. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual sendrom ve başatme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13( 3):57-61.
6. Taşçı KD. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 226; 5(6) :435-443.



7. Yazıcı S. Premenstrual sendrom. *Türk Hemşireler Dergisi* 1992; 42(4):26-29.
8. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy M A ve ark. Adolesanlarda premenstrual sendrom yaygınlığı ve depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:55-61.
9. Kızılkaya N. Perimenstrual distres ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* 1994;8(3): 84-90.
10. Çepni İ. Dismenore.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 2005; no: 43: 151-157.
11. Durain D. Primary dysmenorrhea: Assessment and management update. *Journal Of Midwifery And Women Health* 2004; 49(6):521-528.
12. Taylor D, Miaskowski C, Kohn J. A randomized clinical trail (relif brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *The Journal of Alternative And Complementary Medicine* 2002; 8(3): 357-370.
13. Yılmaz T, Yazıcı S. The Dysmenorrheo situation of students in college health. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(3): 1-8.
14. Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı A . Manisa ilinde Premenstrual sendrom belirtileri örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18(3):215-222.
15. Demir M, Algül LY, Güvendağ ES. Sağlık çalışanlarında Premenstrual sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetri Dergisi* 2006; 3(4):262-270.
16. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün duygu durum bozukluğu üzerine etkisi var mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(4): 296-304.
17. Rapkin A. A reviev of treatment of Premenstrual syndrome and Premenstrual dysphric disorder. *Psychoneuro Endocrinology* 2003; 28: 39-53.
18. Taylor D From “it’s allyour head” to “takingack the month”: Premenstrual syndrome (PMS) research and thecontributions of the society for menstrüel cycle research. *Sex Roles* 2006; 54:377-391.
19. Nur MM, Romano ME, Siquerira LM. Premenstrual dysphoric disorders in an adolescent female. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20:201-204.
20. Üstün N, Karamustafaoğlu O, Karadağ F ve ark. [Premenstrual disforik bozukluğun epidemiyolojisi ve semptom profili]. Antalya 39. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı* 2003; p.706-708.
21. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2006;2. Baskı, Güneş Kitabevi.

22. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IV Çeviri Ed. Ertuđrul Körođlu, 4. baskı, 1994, Türk Hekimler Birliği Yayını.
23. Claman F, Miller T . Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescence. *Journal Of Pediatric Health Care* 2006; 20(5):329-333.