

Bölüm 21

ÜREME SIKLUS ANOMALİLERİ

Dilek Coşkuner POTUR¹

İÇİNDEKİLER

- ◆ Giriş
- ◆ Normal Menstrüel Siklus Özellikleri
- ◆ Anormal Uterin Kanamalar
- ◆ Dismenore
- ◆ Premenstrüel Sendrom



ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Hedef 1	Normal menstrüel siklusun gerçekleşebilmesi için gerekli koşulları açıklayabilme
Hedef 2	Normal menstrüel siklus özelliklerini sayabilme
Hedef 3	Anormal uterin kanamalara ilişkin genel tanım ve şekillerini açıklayabilme
Hedef 4	Anormal uterin kanamaya neden olan faktörleri açıklayabilme
Hedef 5	Anormal uterin kanama sorununa ilişkin anamnez alabilme ve tanı yöntemlerini sıralayabilme
Hedef 6	Anormal uterin kanamada uygulanacak tedavi yöntemlerini bilme
Hedef 7	Anormal uterin kanamaya ilişkin hemşirelik yaklaşımını açıklayabilme
Hedef 8	Dismenore tanımını ve sınıflamasını bilme
Hedef 9	Dimenorenin etyolojisi ve risk faktörlerini bilme
Hedef 10	Dismenoreye ilişkin anamnez alabilme ve tanı yöntemlerini sıralayabilme
Hedef 11	Dismenoreye ilişkin tedavi yöntemlerini bilme
Hedef 12	Dismenoreye ilişkin hemşirelik yaklaşımını açıklayabilme
Hedef 13	Premenstrüel Sendrom tanımını ve sınıflamasını bilme
Hedef 14	Premenstrüel Sendromun etyolojisi ve risk faktörlerini bilme
Hedef 15	Premenstrüel Sendroma ilişkin anamnez alabilme ve tanı yöntemlerini sıralayabilme
Hedef 16	Premenstrüel Sendromda uygulanacak tedavi yöntemlerini bilme
Hedef 17	Premenstrüel Sendroma ilişkin hemşirelik yaklaşımını açıklayabilme

¹ Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., dilekcp@yahoo.com

AKILDA KALMASI GEREKENLER

Üreme fonksiyonunun sağlıklı bir şekilde olması, menstrüel siklusun normal sıklık, düzen, kanama süresi ve miktarının yanı sıra kanama ile dismenore ve PMS gibi sorunların da yaşanıp yaşanmadığına bağlıdır. Bir menstrüel siklusun normal kabul edilebilmesi için sıklığı 24- 38 günde bir, kanama süresi 8 gün ve miktarı 5-80 ml'yi geçmemelidir. Bu göstergeler dışında kalan her şey Anormal Uterin Kanama (AUK) olarak değerlendirilmektedir. AUK jinekolojide en sık karşılaşılan problemlerden biri olmanın yanı sıra dört jinekolojik müdahalenin birisinde tanı AUK'dır. Özellikle premenopozal dönemdeki kadınlar da AUK nedeni ile operasyon oranı artmaktadır. AUK şikayeti olan kadınlar kan kaybı ile birlikte, cinsel ve üreme sağlığının bozulması, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın ve ekonomik kayıpların artması gibi sorunlar ile karşılaşmaktadır. AUK'un yarattığı bu sorunların kadının yaşama kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır.

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu'nu AUK gelişiminin nedenlerini veya olası nedenlerini araştırılmasını kolaylaştıran bir PALM-COEIN sınıflama geliştirilmiştir. Bu sınıflama gebelik dışı kanamalar için kullanılmaktadır. Bu sınıflamada PALM (Polip, Adenomyosis, Leiomyoma/Myom, Malignite) uterusun yapısal lezyonlarını içerirken, COEIN (C-Koagülopatiler, Ovulasyon sorunları, Endometrium kaynaklı kanamalar, İyatrojenik, N-Sınıflanmayan) ise yapısal olmayan lezyonların sınıflandırılmasıdır.

AUK şikayeti olan kadından AUK'a detaylı anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri (Beta hCG, kan sayımı, serum demir, demir bağlama, hormon profili, koagülasyon faktörleri), transvajinal ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemlerinin yanı sıra, endometriyal biyopsi ve histereskopi gibi invazif yöntemler uygulanabilir.

AUK tedavisinde etiyolojik nedene göre medikal (NSAI, Anti-fibrinolitik ajanlar gibi hormonal olmayan medikal tedaviler ya da KOK, progesteron, GnRH analogları, SPRM, progeteronlu RİA gibi hormonal medikal tedaviler) veya cerrahi (küretaj, endometriyal ablasyon uterin arter embolizasyonu, histerektomi) tedavi uygulanır.

AUK sorunu yaşayan kadına tanılama, tedavi ve izlem aşamalarında hemşirelik bakımı verilir. AUK'da verilen hemşirelik bakımının da kadının menstruasyon fizyolojisi konusunda bilgilendirilmesini, kendi menstrüel siklusunu izleyebilmesini sağlamak ve yaşadığı soruna yönelik fiziksel, psikolojik ve sosyal olumsuzluklarla baş etmesine destek olmaktadır.

AUK dışında menstrüel sıklusa yönelik bir diğer sağlık sorunu ağrılı mensyruasyon yani dismenoredir. Primer (pelvik anatomiye sahip olan prostaglandinlerin aşırı üretimi kaynaklı) ve sekonder (jinekolojik bir patolojiye bağlı) olmak üzere iki tipi bulunan dismenore anamnez üreme çağında en çok görülen jinekolojik şikayettir. Ağrı ile birlikte bulantı kusma, baş ağrısı, sinirlilik vb bazı belirtilerde beraberinde yaşanmaktadır. Dismenore



ve birlikte yaşanan belirtiler, okula/işe gideme ve sosyal yaşamda kısıtlamaya neden olacak kadar şiddetli olabilmektedir. Dismenore kadın yaşamını bu kadar olumsuz etkilemesine rağmen bu soruna yönelik sağlık kuruluşuna başvurma oranı oldukça düşüktür. Dismenore tanısı anamnez fizik muayene ile konulabildiği gibi, sekonder dismenore yani pelvik bir patolojiden şüphelenildiği durumda MR gibi görüntüleme yöntemi ya da laparoskopi gibi cerrahi bir operasyondan da yararlanılabilir. Dismenore tedavisinde farmakolojik (NSAI, kombinasyon oral kontraseptifler, yalnızca progesteron) nonfarmakolojik (masaj, egzersiz, yoga, TENS, akupresör, akupunktur) tedavi yöntemleri ya da yaşam tarzı (beslenme alışkanlıkları, stresle baş etme yöntemleri vb.) değişiklikleri önerilebilir. Dismenore yaşayan kadına verilecek hemşirelik bakımının amaçları menstruasyon ve dismenoreye ilişkin bilgilendirme, ağrıyı giderme konforu sağlama ve ağrı ile baş etme de kullanılan yöntemlerin etkisini dismenore izlem formu ile izlemektir.

Menstrüel sağlığı etkileyen bir diğer sağlık sorunu da ovulasyondan sonra, menstrüel kanama başlamadan 4-10 gün önce (luteal fazı/siklusun ikinci yarısında) ortaya çıkan, davranışsal, fiziksel ve emosyonel belirtilerin görüldüğü dönem olarak tanımlanan Premenstrüel Sendromdur. PMS'nin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte gelişiminde sıvı retansiyonu, over hormonlarındaki dengesizlik ve ovulasyon yani overyan aktivite rol oynadığı düşünülmektedir. PMS'la iliş-

kili oldukça fazla sayıda (150-200) belirtiler mevcuttur. Bu belirtiler duygusal (sinirlilik, anksiyete, depresyon vb.), davranışsal (uyku bozukluğu, iştah değişimleri odaklanma sorunu, ilgisizlik vb.) ve fiziksel (vücutta şişlik, memelerde hassasiyet, anksiyete, baş ağrısı, kilo alma vb.) olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılır. PMS'ye yönelik çok sayıda semptom bulgu olması ve her kadının bunları değişik yaşaması ve laboratuvar testleri ile de tanının doğrulanma şansı olmayışı PMS tanısı koymayı güçleştirmektedir. PMS semptomları premenstrüel dönemde görülmesi ve bu semptomların kadının günlük yaşamını negatif etkilemesi ile tanı konulabileceği gibi bu durumun en az 3 menstrüel sıklısta yaşanması gerektiği de belirtilmektedir. PMS tanısını güçleştiren bir diğer önemli durum yaşanan belirtilerin retrospektif (geriye dönük) olduğunda güvenilir bulunmamaktadır. Bu nedenle premenstrüel dönemde PMS'yi hatırlatacak şikayetleri olan kadınlara PMS günlüğü en az iki siklus süresince kayıt altına alınması istenir. PMS'nin dört basamaklı tedavisinin birinci basamağında egzersiz, BDT, B vitamin desteği, SSRI kullanımı, ikinci basamakta, kombinasyon oral kontraseptifler ve progesteronlu RİA, yüksek doz SSRI, üçüncü basamakta GnRH analogları ve HRT, dördüncü basamakta ise cerrahi tedavi ve/veya HRT şeklindedir. PMS sorunu yaşayan kadınları bilgilendirmek, PMS tanısını doğru koyabilmek, ve premenstrüel semptomları hafifletmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ya da uygulanacak tedavi yöntemleri konusunda danışmanlık vermektir.

SORULAR

1. **Aşağıda menstrüel siklus anamnezinde hangisi normal menstrüel siklus özelliklerini taşımaktadır?**
 - a. Sıklık 38 gün, düzen 10 günlük farklılık, kanama süresi 5 gün, günde 3-4 pet
 - b. Sıklık 24 gün, düzenli, kanama süresi 1 gün, günde 2 pet
 - c. Sıklık 28 gün, düzenli, kanama süresi 4 gün, günde 5 pet
 - d. Sıklık 26 gün, düzenli, kanama süresi 8 gün, günde 1 paket
 - e. Sıklık 20 gün, düzen 6 günlük fark, kanama süresi 4 gün, günde 4 pet

2. **Aşağıdakilerden hangisi anormal uterin kanamaların etyolojisinde rol almaz**
 - a. Polip
 - b. Servikal erezyon
 - c. Myom
 - d. Koagülasyon sorunları
 - e. Adenomyozis

3. **Primer amenorenin hemşirelik bakımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
 - a. Adölesanın detaylı anamnezi ve değerlendirilmesi sağlanır.
 - b. Birey ve ailesinin tanı ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ve gerekli birimlere yönlendirilmeleri sağlanır.
 - c. Amenoreye neden olan faktörlere ilişkin eğitim planı hazırlanır ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bireye ve ailesine danışmanlık verir.
 - d. Önerilen medikal tedaviyi uygulamak için birey ve ailesi eğitilir.
 - e. Sikluslarına ilişkin farkındalığı arttırmak amacı ile menstrüel takvim ile menstruasyon günlerinin izlenmesi konusunda eğitim vermek.

4. **Akut başlayan ağır menstrüel kanama ile ilgili aşağıdaki hangi laboratuvar testi uygulanmaz?**
 - a. Kanda K vitamini
 - b. Beta hCG.
 - c. Tam kan sayımı.
 - d. Hormon profili (FSH, Östrojen, Progesteron, Prolaktin, Serbest testosteron)
 - e. Koagülasyon faktörleri.

**5. Aşağıdaki ifadelerden primer dismenore ile ilgili olarak hangisi yanlıştır?**

- Ağrının nedeni endometriyumda üretilen protaglandin artışıdır.
- Ağrı nadiren 72 saatten fazla sürer.
- Alt abdominal kadranda lokalize doğum ağrısına benzer şiddetli bir ağrıdır.
- Ağrı yapısı başlangıç zamanı tüm sikluslarda değişkendir.
- Ağrı dışında mide bulantısı ve kusma, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi ve uyku bozuklukları da görülebilir.

6. Premenstrüel sendromu tanılamının bilinen en iyi yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- Ovulasyondan sonra siklusun ikinci yarısında kanda progesteron takibi.
- Her siklusta belirtileri menstrüel takvime işlemek
- Vücut ısısı takibi
- Servikal akıntı değişimlerini takip etmek
- Menstrüel kanamadan bir iki gün önce ağrı,vücutta şişlik, memelerde hassasiyet gibi belirtilerin gözlenmesi.

Cevaplar:

1	2	3	4	5	6
C	B	E	A	D	B



KAYNAKLAR

1. Park YJ, Shin H, Jeon S, et al. Menstrual cycle patterns and the prevalence of premenstrual syndrome and polycystic ovary syndrome in Korean young adult women. *Healthcare*. 2021; 9: 56.
2. Coşkun A.M. Üreme sistemi yapı ve fonksiyonu. İçinde: Coşkun A, edi. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 2012; 39-68.
3. Özkan Arslan H, Çetin Abalı S. Üreme organları fonksiyon bozuklukları. İçinde: Özkan Arslan H, edi. Kadın sağlığı ve hastalıkları. 1. Baskı İstanbul: Akademişyen Kitapevi, 2019; 623-38.
4. Hoffman BL, Schorge JO, Bradshaw KD et. al. Williams gynecology, 3rd ed. New York: McGrawHill Education. 2016; 334-368.
5. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207: 259-65.
6. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018; 143: 393-408.
7. Davis E, Sparzak PB. Abnormal Uterine Bleeding. [Updated 2021 Feb 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532913/>
8. Bradley LD, Gueye NA. The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214: 31-44.
9. Oruç Nİ, Göksever Çelik H, Gündüz N, et al. Evaluation of the patients with abnormal uterine bleeding based on PALM-COEIN classification. *İstanbul Med J*. 2019; 20: 477-81.
10. Pai M, Chan A, Barr R. How I manage heavy menstrual bleeding. *Br J Haematol*. 2013; 162: 721-9.
11. Matthews ML. Abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015; 42: 103-15.
12. Twiss JJ. A new look at abnormal uterine bleeding. *Nurse Pract*. 2013; 38: 22-31.
13. Deneris A. PALM-COEIN Nomenclature for abnormal uterine bleeding. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61: 376-9.
14. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working group on menstrual disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011; 113: 3-13.
15. Marnach ML, Laughlin-Tommaso SK. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding. *Mayo Clin Proc*. 2019; 94: 326-335.
16. Sabre A, Serventi L, Nuritdinova D, et al. Abnormal uterine bleeding types according to the PALM-COEIN FIGO classification in a medically underserved American community. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2021; 22: 91-96.
17. Sağır H, Anaormal uterin kanamalar. İçinde Çakmak BD edi., Jinekolojide Pratik Bilgiler. France: Livre de Lyon 2020; 23-36.
18. Oberman E, Rodriguez-Triana V. Abnormal uterine bleeding: treatment options. *Clin Obstet Gynecol*. 2018; 61: 72-75.
19. Fraser IS, Critchley HOD, Broder M, Munro MG, The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med*. 2011; 29: 383-90.
20. American College of Nurse-Midwives. Clinical bulletin no. 15. Abnormal uterine bleeding. *J Midwifery Womens Health*. 2016; 61: 522-527.
21. Bahamondes L, Ali M. Recent advances in managing and understanding menstrual disorders. *F1000Prime Rep*. 2015; 7: 33.
22. Fraser, IS, Critchley HO, Munro M G, et al., A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. *Fertil Steril*, 2007; 87: 466-76.
23. Şahin NH. Anormal uterin kanamalar. İçinde Beji NK. Edi. Hemşire ve ebelerle yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015; 85-89.
24. Karanisoğlu H, Dinç H: Üreme Organ Yapı ve Fonksiyon Bozuklukları, Coşkun A., Edi. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 2012;417-43.
25. Taşkın L. Üreme Siklusu Anomalileri. İçinde: Taşkın L edi. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği XIII. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016;719-39.
26. Diaz A, Laufer MR, Breech LL. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics*. 2006; 118: 2245-2250.
27. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril*. 2008; 90: S219-S225.
28. Klein DA, Paradise SL, Reeder RM. Amenorrhea: A Systematic Approach to Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2019; 100: 39-48.
29. Mülayim B, Çelik N, Mülayim S, Primer amenore: olgu serileri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 40: 71-74.
30. Kafel, H., Rukh, R., Zubair, A et.al. Prevalence and factors associated with functional secondary amenorrhea. *International Journal of Pharmacy* 2014; 4: 16-21.
31. Pereira K, Brown AJ. Secondary amenorrhea: Diagnostic approach and treatment considerations. *Nurse Pract*. 2017; 42: 34-41.
32. Master-Hunter T, Heiman DL. Amenorrhea: evaluation and treatment. *Am Fam Physician*. 2006; 73: 1374-1382.
33. Nawaz G, Rogol AD, Kuehl D. Amenorrhea (Nursing) [Updated 2021 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Ava-



- ilable from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568773/>
34. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/3924-amenorrhea>
 35. He Y, Zheng D, Shang W, et al. Prevalence of oligomenorrhea among women of childbearing age in China: A large community-based study. *Womens Health (Lond)*. 2020;16:1745506520928617. doi:10.1177/1745506520928617
 36. Kazemijalish H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Khalili D, Hosseinpanah F, Azizi F. A Population-Based Study of the Prevalence of Abnormal Uterine Bleeding and its Related Factors among Iranian Reproductive-Age Women: An Updated Data. *Arch Iran Med*. 2017;20(9):558-563.
 37. Hapangama DK, Bulmer JN. Pathophysiology of heavy menstrual bleeding. *Womens Health (Lond)*. 2016; 12: 3-13.
 38. Davies J, Kadir RA. Heavy menstrual bleeding: An update on management. *Thromb Res*. 2017; 15: S70-S77.
 39. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Heavy Menstrual Bleeding*. London: RCOG Press; January 2007.
 40. Magnay JL, O'Brien S, Gerlinger C, Seitz C. A systematic review of methods to measure menstrual blood loss. *BMC Womens Health*. 2018; 18: 142.
 41. Sezgin Evim, M, Baytan, B, Meral Güneş, A. Ağır adet kanaması olan ergenlerin kanama diyetezi açısından değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*. 2018; 16: 160-169
 42. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiol Rev*. 2014; 36: 104-13.
 43. Potur Coşkuner D., Kömürçü N. Dismenore yönetiminde tamamlayıcı tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10: 8-13.
 44. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39: 585-595.
 45. Berkley KJ. Primary dysmenorrhea: an urgent mandate. *Pain Clin Updates*. 2013; 21: 1-8.
 46. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary dysmenorrhea: diagnosis and therapy. *Obstet Gynecol*. 2020; 136: 1047-1058.
 47. Fernandez H, Barea A, Chanavaz-Lacheray I. Prevalence, intensity, impact on quality of life and insights of dysmenorrhea among French women: A cross-sectional web survey *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020; 101889.
 48. Potur DC, Bilgin NC, Komurcu N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Manag Nurs*. 2014; 15: 768-777.
 49. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol*. 2018; 132: e249-e258.
 50. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother*. 2012; 13: 2157-2170.
 51. Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 13: 019-025.
 52. Işgın K, Büyüktuncer Z. Nutritional approach in premenstrual syndrome. *Turk Hij Den Biyol Derg*. 2017; 74: 249-260.
 53. Abay H, Kaplan S. Current approaches in premenstrual syndrome management. *Bezmialem Science* 2019; 7: 150-6.
 54. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. 2015. Premenstrual syndrome (PMS).
 55. Doğan S, Doğan N, Can H, Alaşehirlioğlu HV. Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2012; 90-3.
 56. Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. *BJOG* 2017; 124: e73-e105.
 57. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol B. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database of Systematic*. 2012; 1-34.
 58. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 3: CD003415.
 59. Kelderhouse K, Taylor JS. A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nurs Womens Health*. 2013; 17: 294-305.
 60. Szmilowicz ED, Adler GK, Williams JS, et al. Relationship between aldosterone and progesterone in the human menstrual cycle. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91: 3981-3987.
 61. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*, 5th edn. Washington DC: APA; 2013
 62. Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses (AWHONN). *Evidence-Based Clinical Practice Guideline: Nursing Management for Cyclic Perimenstrual Pain and Discomfort*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses; 2003.p.23
 63. American College of Obstetricians & Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin (No:15): Premenstrual Syndrome*, Washington, DC: American College of Obstetricians & Gynecologists, 2015.
 64. Palas Karaca P, Kızılkaya Beji N. Premenstrual sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 3: 178-186
 65. Er Korucu, A., Premenstrual Sendrom Olan Üniversite Öğrencilerinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizi ve Kinezyo Bantlama Uygulamalarının, Stres, Depresyon ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2019.
 66. Coşkuner Potur D. Lokal düşük doz ısı uygulamasının dismenore üzerine etkileri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi*, İstanbul, 2009.



KISALTMALAR

GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon/ Gonodotropin-releasing hormon
FSH	: Folikül Situmulan Hormon
LH	: Lüteinizan hormon
PMS	: Premenstrüel Sendrom
FIGO	: The International Federation of Gynecology and Obstetrics=Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu
AUK	: Anormal Uterin Kanama
hCG	: Human koryonik gonadotropin
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
RIA	: Rahim İçi Araç
NSAI	: Non-Steroid Antienflamatuar İlaç
SPRM	: Selektif Progesteron Reseptör Modülatörleri
PID	: Pelvic İnflamatuar Disease=Pelvik Enflamatuar Hastalık
MR	: Magnetik Rezonans
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation=Transcutaneous Elektriksel Sinir Stimülasyonu
GKÖ	: Gösel Kıyaslama Ölçeği
GABA	: Gamma-Aminobutirik Asit
LNG-IUS	: Levonorgestrel-Releasing Intrauterin System=Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Araç
ISPMD	: International Society for Premenstrual Disorders=Uluslararası Premenstrüel Bozukluklar Derneği
NAPS	: National Association for Premenstrual Syndrome = Ulusal Premenstrüel Sendrom Birliği
APA	: American Psychological Association= Amerikan Psikiyatri Birliği
ACOG	: American College Of Obstetricians And Gynecologists Amerikan Kadın Doğum Birliği
AWHONN	: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses=Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliği