

**T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENSTRUAL DEĞİŞİMLE  
BAŞ ETME ÖLÇEĞİ  
TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hatice SARI ÇETİN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Nülüfer ERBİL**

**ORDU-2020**

## ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Hatice SARI ÇETİN tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirligi” adlı bu tez, jürimiz tarafından 02/01/2020 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza...

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Giresun Üniversitesi

İmza...

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
Ordu Üniversitesi

İmza...

## ONAY

30. / 01 / 2020 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21. / 01. / 2020 tarih ve 2020 / 37. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

31. / 01 / 2020

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uyularak hazırlanan bu tezin yazılması aşamasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başka eserlerden yararlanılması halinde bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, hazırlanan tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

  
Hatice SARI ÇETİN



## TEŞEKKÜR

Tüm lisansüstü eğitimim boyunca her konuda bilgi, birikim ve tecrübelerini benden esirgemeyen, sabırlı, üreten, yol gösteren ve paylaşan, her konuda yanımda olduğunu hissettiren değerli danışmanım Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez çalışmama önerileriyle katkı sağlayan Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Eda ŞAHİN'e,

İstatistik analizde destek olan Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına izin veren Gudrun KAİSER'e,

Premenstruel Sendrom Ölçeği için kullanım izni veren Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN'a

Tezimin hazırlama sürecinde çeviri-geri çeviri yapan ve çalışmamın analizine katkı sağlayan öğretim üyelerine ve uzman görüşleri için destek aldığım öğretim üyelerine,

Desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, araştırmama gönüllü olarak katılan kadınlara, çalışmamda desteği olan Fatsa Devlet Hastanesi çalışanlarına,

Bu zorlu süreçte en büyük destekçilerim olan eşime, oğluma ve kızıma,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hatice SARI ÇETİN

## ÖZET

### PREMENSTRUAL DEĞİŞİMLE BAŞ ETME ÖLÇEĞİ TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

**Amaç:** Bu çalışma, “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği” (Premenstrual Change Coping Inventory)’ni Türkçeye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak amacı ile yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Metodolojik tipte olan araştırmanın örneklemine 170 kadın alındı. Araştırmanın verileri, kişisel bilgi formu, “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği” ve “Premenstrual Sendrom Ölçeği” ile 03.12.2018-03.05.2019 tarihleri arasında toplandı. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliği sonrasında, verilerin analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktor analizi, Cronbach’s alfa katsayısı ve korelasyon analiz testi ile yapıldı.

**Bulgular:** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin dil eşdeğerliği çeviri-geri çeviri yöntemi ile kapsam geçerliliği ise uzman görüşlerine göre sağlandı. Yapılan faktör analizi sonrasında Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin Türkçe formunun orijinal ölçekteki gibi üç alt boyuttan oluştuğu saptandı. Üç boyutlu ölçeğin faktör yüklerinin 0.46-0.84 arasında değiştiği, açıklanan varyansın (%60.329) istenilen düzeyde olduğu saptandı. Yapısal eşitlik modellemesi neticesinde; ölçeğe ait elde edilen uyum indeksi değerlerinin  $\chi^2/SD$  değeri 4.19, GFI 0.93, AGFI 0.91, CFI 0.95, RMSEA 0.079 ve SRMR 0.082 olduğu ve ölçeğin bu şekli ile kabul edilebilir olduğu belirlendi. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin Cronbach alfa katsayısı 0.86 bulundu. Ölçeteki maddelerin puan korelasyonlarının 0.30’un üzerinde olduğu ve ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığı belirlendi. Ölçek alt %27 ve üst %27’lik grup puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak gruplararası anlamlı fark saptandı ( $p<0.05$ ). Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin puan ortalaması  $41.04\pm 8.99$  olarak belirlendi.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği’nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrual Değişim, Baş Etme, Güvenilirlik, Geçerlilik, Ölçme Aracı, Türkçe Form.

## ABSTRACT

### TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY OF THE PREMENSTRUAL CHANGE COPING INVENTORY

**Aim:** This study was conducted to investigate the validity and reliability of the Turkish version of the Premenstrual Change Coping Inventory.

**Material and Method:** A total of 170 women who met the inclusion criteria were included in the study. Data were collected between the dates of 05.11.2018-05.05.2019 with personal information form, Premenstrual Change Coping Inventory Turkish version and Premenstrual Syndrome Scale. After the language equivalence and content validity of the Premenstrual Coping Inventory were conducted, the data were analyzed using explanatory and confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha coefficient and correlation analysis test.

**Results:** The Prevalence of Premenstrual Change Coping Inventory was obtained through translation-back translation method and the content validity was obtained according to expert opinions. After the factor analysis, the Turkish version of the Premenstrual Change Coping Inventory consisted of three sub-dimensions as in the original scale. The factor loadings of the three-dimensional scale ranged from 0.46 to 0.84, and the explained variance (60.329%) was at the desired level. As a result of structural equation modeling;  $\chi^2 / SD$  values of the scale were found to be 4.19, GFI 0.93, AGFI 0.91, CFI 0.95, RMSEA 0.079 and SRMR 0.082, and this scale was acceptable. The Cronbach alpha coefficient of the Premenstrual Change Coping Inventory was 0.86. It was determined that item total score correlations were higher than 0.30 in all items of the Premenstrual Change Coping Inventory and there was no need to remove items from the scale. When the mean scores of the lower 27% and upper 27% of the scale were compared, a statistically significant difference was found between the groups ( $p < 0.05$ ). The mean score of the Premenstrual Change Coping Inventory was  $41.04 \pm 8.99$ .

**Conclusions:** As a result of the study, it was determined that the Turkish version of Premenstrual Change Coping Inventory was a valid and reliable measurement tool.

**Key words:** Premenstrual Change, Cope, Validity, Reliability, Measurement Tool, Turkish version.

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK SAYFASI .....	
ONAY .....	
TEZ BİLDİRİMİ .....	I
TEŞEKKÜR .....	II
ÖZET .....	III
ABSTRACT .....	IV
İÇİNDEKİLER .....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	IX
TABLolar DİZİNİ .....	X
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XI
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırma Sorusu.....	5
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Premenstrual Sendromun Tanımı.....	6
2.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi.....	7
2.3. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi.....	7
2.4. Premenstrual Sendromun Risk Faktörleri.....	10
2.4.1. Yaş.....	10
2.4.2. Parite.....	10
2.4.3. Medeni Durum.....	11
2.4.4. Sosyo-ekonomik Durum.....	11
2.4.5. Stres.....	12
2.4.6. Sigara Kullanımı.....	12
2.4.7. Diğer Risk Faktörleri.....	13
2.5. Premenstrual Sendromun Belirtileri.....	13
2.6. Premenstrual Sendromun Tanısı.....	15
2.7. Premenstrual Sendromun Tedavisi.....	17

	<b>Sayfa No</b>
2.7.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	18
2.7.1.1. Hormonal Tedavi Yöntemleri.....	18
2.7.1.2. Hormonal Olmayan Tedavi Yöntemleri.....	20
2.7.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri.....	21
2.7.2.1. Eğitim.....	22
2.7.2.2. Diyetin Düzenlenmesi.....	23
2.7.2.3. Düzenli Egzersiz.....	24
2.7.2.4. Düzenli Uyku.....	25
2.7.2.5. El Becerisine Dayalı (Manipülatif) Uygulamalar.....	25
2.7.2.6. Bitkisel Ürünler.....	27
2.7.2.7. Homeopati.....	29
2.7.2.8. Işık Terapisi.....	29
2.7.2.9. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	29
2.7.2.10.Yoga.....	30
2.7.3.Cerrahi Tedavi.....	30
2.8. Premenstrual Sendromda Ağrı Yönetimi.....	30
2.9. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Girişimleri.....	34
2.10. Ölçek Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik.....	34
2.10.1. Geçerlik Çalışmaları.....	35
2.10.1.1. Dil Eşdeğerliği.....	35
2.10.1.2. Kapsam Geçerliği.....	36
2.10.1.3.Yapı Geçerliği.....	37
2.10.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	38
2.10.2.1. Değişmezlik.....	38
2.10.2.2. İç Tutarlık.....	39
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>40</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	40
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemei .....	40
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	40



	<b>Sayfa No</b>
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	40
3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	40
3.3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	41
3.4. Veri Toplama Araçları.....	41
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	42
3.4.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği.....	42
3.4.3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği.....	43
3.4.3.1. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması ve Geçerlik ve Güvenirliği.....	44
3.5. Ön Uygulama.....	45
3.6. Veri Toplanması.....	45
3.7. Araştırmanın Etik Boyut.....	46
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>47</b>
4.1. Kadınların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	47
4.2. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.....	49
4.2.1. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Dil Geçerliliği.....	49
4.2.2. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular.....	49
4.2.3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular.....	51
4.2.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları.....	53
4.2.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analiz Bulguları.....	54
4.3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği İç Tutarlılık Bulguları.....	55
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
5.1. Dil Eşdeğerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.2. Kapsam Geçerliği İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	60

	<b>Sayfa No</b>
5.3. Yapı Geçerliği İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	61
5.4. İç Tutarlılık İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	64
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>67</b>
6.1. Sonuçlar.....	67
6.2. neriler.....	68
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>70</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>81</b>
<b>Ek 1.</b> Kişisel Bilgi Formu.....	<b>81</b>
<b>Ek 2.</b> Premenstrual Change Coping Inventory zgn Formu.....	<b>83</b>
<b>Ek 3.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme leği Türkçe Formu.....	<b>84</b>
<b>Ek 4.</b> Premenstrual Sendrom leği.....	<b>85</b>
<b>Ek 5.</b> eviri-Geri eviri Yapan Uzmanlar.....	<b>87</b>
<b>Ek 6.</b> Görüşü Alınan Uzmanlar.....	<b>88</b>
<b>Ek 7.</b> Premenstrual Change Coping Inventory Kullanım İzni.....	<b>89</b>
<b>Ek 8.</b> Premenstrual Sendrom leği Kullanım İzni.....	<b>90</b>
<b>Ek 9.</b> Kurum İzni.....	<b>91</b>
<b>Ek 10.</b> Etik Kurul İzni.....	<b>93</b>
<b>Ek 11.</b> Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	<b>94</b>
<b>ZGEMİş.....</b>	<b>95</b>

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 4.1. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı.....	55
---	----



## TABLULAR DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Kadınların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.	47
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Menstruasyona İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
<b>Tablo 4.3.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Maddelerine Ait KGİ Skorları .....	50
<b>Tablo 4.4.</b> Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri....	51
<b>Tablo 4.5.</b> Anti-İmage Korelasyonları.....	52
<b>Tablo 4.6.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları.....	53
<b>Tablo 4.7.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler.....	54
<b>Tablo 4.8.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları .....	56
<b>Tablo 4.9.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Alt %27 ve Üst %27'lik Dilim Karşılaştırma Sonuçları.....	57
<b>Tablo 4.10.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği ve Alt Boyutlarının En Alt, En Üst, Ortalama ve Standart Sapma Puanları ve Cronbach Alfa Katsayıları .....	57
<b>Tablo 4.11.</b> Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğinden Alınan Madde Puan Ortalamaları.....	58

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AGFI	: The Adjusted Goodness of Fit Statistic
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
Ca	: Kalsiyum
CFI	: Comperative Fit Index
DSM-III-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSRS	: Prospective Daily Ratings of Syptoms
FSH	: Folliculle Stimulating Hormone
GABA	: Gamma Amino Bütirik Asit
GFI	: Goodness of Fit Index
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
IASP	: International Association for the Study of Pain
ICD-11	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranları
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
LH	: Luteinizing Hormon
LSD	: Least Significant Difference
Max	: Maksimum
Mg	: Magnezyum
Min	: Minimum

n	:	Örnekleme Sayısı
NSAID	:	Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar
Ort	:	Ortalama
PMS	:	Premenstrual Sendrom
PMS-Cope	:	Premenstrual Change Coping Inventory
PMDB	:	Premenstrual Disforik Bozukluk
RMR	:	Root Mean Square Residual
RMSEA	:	Root Mean Square Error of Approximation
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	:	Standardized Root Mean Square Residual
UCSD	:	San Diego Kaliforniya Üniversitesi
Zn	:	Çinko
$\chi^2$	:	Ki-Kare

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Premenstrual sendrom (PMS) menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, çoğu siklusta tekrarlayan, menstruasyonla birlikte hızla düzelen, foliküler fazda en az bir hafta görülmeyen, bilişsel, fiziksel, somatik ve duygusal davranış değişikliklerinin görüldüğü bir tablodur (Taşkın, 2016).

PMS ile ilgili bilinenler Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. PMS ilk olarak tıbbi literatürde 1931 yılında klinik bir olay olarak tanımlanmıştır (Michelle ve ark., 2002). Greene ve Dalton 1953 yılında ilk kez PMS terimini kullanmışlardır (Dinç, 2010). Premenstrual dönemde yaşanan belirtilerin klinik veya sosyal olarak etkili olacak düzeyde olması durumunda, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III-R'de "geç luteal faz disforik bozukluğu", DSM-IV' de "premenstrual disforik bozukluk" adıyla bir psikiyatrik rahatsızlık olarak sınıflandırılmaktadır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Çatakoğlu, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü, Sağlıkla İlgili Problemlerin ve Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması Onbirinci Revizyonuna (ICD-11) Disforik Bozukluğu (PMDB) eklemiştir. PMDB'nin ICD 11'deki birincil yeri genitoüriner sistem hastalıkları bölümünde olsa da, PMDB, duygudurum semptomatolojisinin belirginliği nedeniyle depresif bozuklukların alt grubunda yer almaktadır. ICD-11, premenstrual disforik bozukluğu (PMDB) "duygudurum belirtileri paterni (depresif ruh hali, sinirlilik), somatik belirtiler (uyuşukluk, eklem ağrısı, aşırı yeme) veya bilişsel belirtiler (konsantrasyon zorlukları, unutkanlık) şeklinde tanımlamaktadır. PMS belirtileri adetlerin başlamasından günler önce başlar, adetlerin başlamasından sonraki birkaç gün içinde düzelmeye başlar ve yaklaşık 1 hafta içinde azalır veya yok olur (Reed ve ark., 2019).

PMS prevalansının incelendiği bir metaanaliz çalışmasında, Avrupa'da %40, Afrika'da %85, Asya'da %46 ve Güney Amerika'da %60 oranında PMS görüldüğü, aynı çalışmada Dünya genelindeki PMS prevalansının %47.8 olduğu belirtilmektedir (Moghadam ve ark., 2013). Türkiye'de yapılan araştırmalarda 15-49 yaş arasındaki

kadınlarda PMS yaygınlığı %5.9-76 arasında bulunmuştur (Kırcan ve ark., 2012; Can ve ark., 2015; Elkin, 2015; Kaya ve Gölbaşı 2016; Erbil, 2018).

PMS ile ilgili yapılan kapsamlı araştırmalara rağmen patofizyolojisi tam olarak bilinmemektedir. PMS'nin etiyojisine ilişkin farklı varsayımlar vardır. Bunlar; östrojen-progesteron dengesizlikleri, sıvı retansiyonu, prostaglandinlerin aşırı salgılanması, prolaktin salgısındaki değişiklikler, endojen endorfinlerin yetersizliği, renin-anjiotensin-aldesteron dengesizlikleri, troid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, diyetteki mineral ve vitamin yetersizliği, çevresel etkiler ve psikososyal faktörlerdir (Akyılmaz ve ark., 2003; Köse, 2009; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Elkin, 2015; Kaya ve Gölbaşı 2016).

PMS'nin risk faktörleri arasında, genetik yatkınlık (Matthew ve ark., 2002), sigara kullanımı (Oskay ve ark., 2008; Selçuk ve ark., 2014), geçmişte veya şimdi psikiyatrik hastalığı olma bulunmaktadır (Matthew ve ark., 2001).

PMS'li kadınlarda fiziksel, davranışsal ve psikolojik birçok belirti görülmektedir (Erbil ve ark., 2010). Fiziksel belirtiler; memelerde hassasiyet ve dolgunluk, abdominal şişkinlik ve ağrı, baş ağrısı, konstipasyon, kilo alma, mide bulantısı, diare, ödem, kas ve eklem ağrısı, özel besinlere karşı ilgi, akne, yorgunluk, sıcak basması, uykusuzluk ve aşırı uyku halidir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Davranışsal belirtiler; cinsel istekte değişiklik, çalışma alışkanlığında değişiklik, insan ilişkilerinden kaçma, kavgaya eğilim ve ağlama nöbetleridir (Köse, 2009). Psikolojik belirtiler; kızgınlık, yetersizlik hissi, depresyon, anksiyete, unutkanlık, huzursuzluk, suçluluk hissi, paranoya, ses ve ışığa aşırı duyarlılıktır. İntihar düşüncesi, şiddete eğilim ve psikoz da görülebilir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2009). Üreme çağındaki kadınların %80'i bu semptomların birçoğunu yaşamaktadır. Kadınların yaklaşık %5'inde ise bu semptomlar günlük yaşamda ve evlilikte sorunlara, cinsel işlev bozukluğuna ve aile içi sıkıntılara neden olabilmektedir (Matthew ve ark., 2002). Premenstrual dönemde görülen bu değişiklikler ekonomik kayıplara, kaza potansiyelinin artmasına, adölesanların okul başarısını, çalışma kalitesini, kendine olan güvenini, duygusal iyilik halini, günlük yaşantısını ve sosyal aktivitelerini etkilemektedir (Ölçer ve ark., 2017). Bu nedenle, kadınların premenstrual dönemde görülen bu semptomlarla baş edebilmesi çok önemlidir.



Her kadının PMS deneyimini anlamak ve bu dönemde kadında görülen şikayetleri, bunun yanında yer alan problemleri saptayarak kadının yaşam kalitesini arttırmak PMS'ye tanı konulmasında temel amaçtır. Fakat her kadının PMS deneyimini farklı yaşaması ve PMS'nin tam olarak etiyolojisinin bilinmemesi klinik olarak PMS de kesin tanı koymayı zorlaştırmaktadır (Karaca ve Beji, 2015). Farklı sağlık kuruluşları tarafından PMS tanısı için farklı ölçütler geliştirilmiştir. Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliğine göre PMS tanısı koyarken; kişinin tıbbi, sosyokültürel ve psikolojik özellikleri göz önünde bulundurulmalı ve PMS belirtilerine en az 3 siklus boyunca rastlanmalıdır. American Kadın Doğum Birliği'ne göre PMS belirtileri sadece luteal fazda ortaya çıkmalıdır ve bu belirtilerin kadının yaşam tarzını olumsuz etkilemesi gerekmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), premenstural sendromda semptomların şiddetli görülmesini premenstural disforik bozukluk (PMDB) olarak tanımlanmıştır ve PMDB'yi belirlemek için DSM-IV kriterlerini yayınlamıştır. PMDB'yi tanımlayan ve onu PMS'den ayıran kriterler; en az beş semptomun luteal fazda görülmesi ve bu semptomlardan bir tanesinin temel mood semptomu (sinirlilik, depresif ruh hali, anksiyete, gerginlik) olması; ayrıca bu semptomların kişinin ev, iş, okul hayatını ve arkadaşlık ilişkilerini etkilemesidir. Ayrıca bu semptomların en az iki ay boyunca prospektif olarak kayıt edilmesidir (Bolsoy, 2008; Süer, 2008). Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği'ne göre PMS tanısı konulabilmesi için; menstrasyondan önceki beş gün içinde belirtilerin görülmesi ve menstrasyon başladıktan sonra dört gün içerisinde bitmesi gerekmektedir (Çatakoğlu, 2016).

PMS'nin nedeninin tam olarak bilinmemesinden dolayı tedavide uzun yıllar başarı elde edilememiş, birçok semptomatik ve nonspesifik tedavi yöntemleri denenmiştir (Dinç, 2010). Denenen bu tedavi yöntemlerinin başarısında tabii ki PMS'nin derecesi de önem kazanmaktadır. PMS hafif veya orta derecede iş yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet ile iyileşme görülürken, semptomlar günlük hayatı olumsuz etkilemeye başlamışsa farmakolojik tedavi önerilmektedir (Abay ve Kaplan, 2019).

Tedavinin ilk basamağını PMS'nin bir problem olduğunun hasta tarafından kabul edilmesi oluşturmaktadır. PMS tek bir rahatsızlık olarak düşünülmemeli, farklı

problemlerin bütünü olduğu şeklinde bir perspektifle bakılmalıdır. Ancak böylece semptomlar için en etkili tedavi modeli uygulanabilir. PMS tedavisinde genel olarak kabul edilen metod “biyo psikososyal yaklaşım”dır. Bu yaklaşımda iki bileşen vardır. Bunlar; yanlış düşüncelerin ve korkuların giderilmesi ve yaşam tarzında değişiklik yapılmasıdır (Arslan ve Dökmeci, 1999). Bu nedenle sağlık çalışanları kadınlara, PMS hakkında eğitim vererek ve yaşam şekilleri ile farmakoterapi hakkında danışmalık yaparak onların PMS ve semptomlarıyla baş etmelerini sağlamaya yardımcı olmalıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2009). Günümüzde PMS tedavisinde; farmakolojik, farmakolojik olmayan ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (Karaca ve Beji, 2015).

PMS belirtileri yaşayan kadınlara baş etme yöntemlerinde, PMS hakkında bilgi vermede, iletişim kurmada ve destek olmada hemşirenin rolü büyüktür. Hemşirelerin yapacağı topluma yönelik sağlık eğitimi çok önemlidir. Özellikle okullarda ve üniversitelerde genç kızlara menstrual siklus, PMS, hormonal değişiklikler, dismenore hakkında doğru bilgiler kazandırılmalıdır. Bunun yanında beslenme, egzersiz, stres ile baş etme, ağrı gibi konularda da eğitim verilmelidir. Bu eğitim 1. ve 2. Sağlık basamaklarında, aile ortamlarında, kadınların toplu olarak bulunduğu halk eğitim merkezlerinde 15-49 yaş arası kadınlara verilmelidir (Kızılkaya, 1994). Eğitim ile menstruasyonun normal bir durum ancak PMS’un bir sorun olduğu, gerektiğinde uzmana başvurma bilinci kazandırılmalıdır (Çatakoğlu, 2016). Ayrıca kişiler kendilerinde görülen menstrual semptomlarla baş etmede ilk başvuru olan analjezik kullanmadan önce gevşeme yöntemleri uygulama konusunda desteklenmeli ve eğitim verilmelidir. (Kırca ve ark., 2012).

Ülkemizde PMS için kullanılan farklı ölçekler vardır. Özellikle PMS’nin tanımlanmasında 44 maddelik 2006 yılında Başaran Gençdoğan tarafından geliştirilmiş premenstrual sendrom ölçeği kullanılmaktadır. Ayrıca Wallenstein ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen ve Güler ve arkadaşları (2015) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan 6 maddeli adet öncesi yakınmalar etki ölçeği de kullanılmaktadır. Bu ölçekler kadınlarda PMS prevalansını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ülkemizde premenstruel dönemde meydana gelen değişimlerle baş etmeyi ölçmede kullanılan herhangi bir ölçeğe rastlanmamıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, Kaiser ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği (Premenstrual Change Coping Inventory)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak, bu alana özgü yeni bir ölçme aracı kazandırmak amacıyla yapıldı.

## **1.3.Araştırma Sorusu**

-Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Türkçe formu geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Premenstrual Sendromun Tanımı

Menstruasyon; her ay düzenli olarak tekrarlayan, kadınların yaşamlarının 30-35 yılını içine alan fizyolojik bir süreçtir (Erbil ve ark., 2011). Premenstrual sendrom (PMS) menstrual siklusun geç luteal fazında görülen, çoğu siklusta tekrarlayan, menstruasyonla birlikte hızla düzelen, folikül fazında en az bir hafta görülmeyen, bilişsel, fiziksel, somatik ve duygusal davranış değişikliklerinin görüldüğü bir tablodur (Taşkın, 2016). Kısaca PMS, adet döngüsünün geç luteal fazında ortaya çıkan ve adet başlangıcı ile kaybolan psikolojik, davranışsal ve fiziksel bir semptom olarak da tanımlanabilir (Jang ve ark., 2014).

Menstrual siklusun farklı fazlarında kadınlarda görülen psişik durumlardaki farklılaşmalarla ilgili gözlemlerin geçmişi Hipokrat dönemine kadar uzanmaktadır. “Bakirelerin Hastalığı” eserinde Hipokrat kadınlardaki bu bilişsel değişikliklerin vücutlarındaki akamayan menstural kanla bağlantılı olduğunu ifade etmiştir (Gençdoğan, 2006). Aynı şekilde Hipokrat’ın yazılarında “histeri” terimi, siklik menstrual disfonksiyonu açıklamada kullanılmış ve bu sorunun kaynağının uterusun vücut içinde dolaşarak bir yere yerleşememesi olduğu düşünülmüştür (Dilbaz, 1992).

16. yüzyılda Giovanni da Monte depresyon ve menstruasyon arasında bir ilişki olduğunu düşünürken; 18. ve 19. Yüzyılda bazı araştırmalar manik atak ile menstruasyon arasında bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır. 1840 yılında Leacock bu duruma farklı bir bakış açısından bakarak; kadınların bu dönemde karşılaştıkları histerik semptomların, huzursuzluk verici belirtilerin, kendilerinde olan hastalıkların bir alevlenmesi olduğunu savunmuştur (Sayalı ve ark., 1998).

PMS medikal bir sendrom olarak ilk defa 1931 yılında Frank tarafından tanımlanmıştır (Arslan ve Dökmeci, 1999). Frank menstruasyondan önceki 7-10 gün süresince görülen ve kanamayla birlikte hafifleyen huzursuzluk, baş ağrısı, kilo artışı, ödem ve gerilim yakınmaları olan 15 kadını gözlemlemiş ve bu durumu “premenstrual gerginlik” olarak tanımlamıştır. Ayrıca Frank bu semptomların görülmesinin nedenini over yetersizliği olarak açıklamıştır (Sayalı ve ark., 1998). PMS terimini ilk kez Greene ve Dalton 1953 yılında kullanmıştır (Dinç,2010), ilk kez PMS, Amerikan Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü’nce (1983) de tanımlanmıştır.

DSM-III-R'de "geç luteal faz disforik bozukluğu" olarak tanımlanan bu durum, DSM IV'de "premenstrual disforik bozukluk" (PMDB) olarak adlandırılmıştır (Çatakoğlu, 2015). Dünya Sağlık Örgütü, Sağlıkla İlgili Problemlerin ve Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması Onbirinci Revizyonuna (ICD-11) Disforik Bozukluğu (PMDB) eklemiştir. ICD-11, premenstrual disforik bozukluğu (PMDB) "duygudurum belirtileri paterni (depresif ruh hali, sinirlilik), somatik belirtiler (uyuşukluk, eklem ağrısı, aşırı yeme) veya bilişsel belirtiler (konsantrasyon zorlukları, unutkanlık) şeklinde tanımlamıştır (Reed ve ark., 2019).

## **2.2. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi**

PMS, üreme çağında herhangi bir zamanda görülebilir. Yapılan araştırmalarda dünyada menstrasyon gören kadınların yaklaşık %20'sinde PMS görüldüğü saptanmıştır. Özellikle menstrual siklusları az yaşadığı için kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde PMS'ye daha az rastlandığı saptanmıştır (Köse, 2009).

Dünya genelinde PMS prevelansının incelendiği bir metaanalizde, PMS prevelansı Nijerya'da %85, Çin'de %21, Fransa'da %12, İran'da %98, Pakistan'da %51 ve İspanya'da %73, Tayland'da %16.8 ve Hindistan'da da %67 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada kıta bazında bakıldığında; PMS prevelansı Avrupa'da %40, Afrika'da %85, Asya'da %46 ve Güney Amerika'da %60 olarak saptanmıştır. Ayrıca Dünya genelindeki PMS prevelansı %47.8 olarak bulunmuştur. (Moghadam ve ark., 2013).

Türkiye'de yapılan araştırmalarda 15-49 yaş arasındaki kadınlarda PMS yaygınlığı %5.9-76 arasında bulunmuştur (Kırcan ve ark., 2012; Can ve ark., 2015; Elkin, 2015; Kaya ve Gölbaşı 2016; Erbil, 2018). Yapılan çalışmalarda il bazında PMS prevelansına bakıldığında, oran Manisa'da %7.2 (Ünal ve Dündar, 2016), İzmir'de %32.8 (Kebapçılar ve ark., 2012), Ordu'da %38.8 (Erbil, 2018), İstanbul'da %32.7 (Akyılmaz ve ark., 2003), Adıyaman'da %43 (Elkin, 2015) ve Diyarbakır'da %20.1 (Demir ve ark., 2006) olarak bulunmuştur.

## **2.3. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi**

PMS'nin nedenine ilişkin farklı teoriler vardır. Bunlar; östrojen-progesteron dengesizlikleri, sıvı retansiyonu, prostaglandinlerin aşırı salgılanması, prolaktin

salgısındaki değişiklikler, endojen opioid peptidlerin yetersizliği, renin-anjiotensin-aldosteron dengesizlikleri, troid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, diyetteki yetersizlikler (mineral ve vitamin yetersizliği) ve psikososyal faktörlerdir (Akyılmaz ve ark., 2003; Köse, 2009; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010; Elkin, 2015; Kaya ve Gölbaşı 2016).

PMS'nin ergenlikten önce, menopozdan sonra ve gebelikte olmaması, ovaryan aktivitenin rol oynadığı teorisini desteklemektedir (Panay, 2009). Ovarial hormonlardan östrojen ve progesteron hormonları ile serotonin, dopamin, norepinefrin, gamma amino bütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterlerin işlevlerini düzenlediği saptanmıştır. Bu nedenle bu hormonlardaki düşüş nörotransmitter madde salınımını da düşürmektedir (Kırcan ve ark., 2012).

Aynı zamanda östrojen ve progesteron pankreasdaki langerhans adacıklarını direkt uyararak insülin salınımı üzerine etki etmektedir. Bu hormonların düşüklüğü hipoglisemiye neden olmaktadır (Şanlıer ve Yabancı, 2004). Aynı zamanda hipoglisemi teorisine göre, luteal fazda insülin reseptör sayısı foliküler fazdakinin iki katına çıkmaktadır. Bu nedenle karbonhidrat toleransı artmaktadır. Bu dönemdeki tatlı yeme isteğinin buna bağlı olduğu düşünülmektedir (Işgın ve Büyüktuncer, 2017).

PMS'de şişkinlik ve sıvı retansiyonu semptomlarının görülmesi bu semptomların nedeni olarak mineralokortikoid değişiklikleri olabileceğini düşündürmektedir. Normal menstrual siklusta aldosteron düzeyleri midluteal faz ve ovulasyonda artar. Östrojen, aldosteron sentezini artırarak tuz ve su tutulumunu artırır. Progesteron natriüretik etkisinden dolayı renin-anjiyotensin-aldosteron seviyelerinde yükselme görülür. Bu durumun sonucunun su retansiyonu, meme angorjmanı ve abdominal şişkinlik olarak görüldüğü belirtilmiştir (Çiçekçi ve ark., 2006)

Prostaglandinler, merkezi sinir sisteminde susama, iştah, mizaç, vazopressin hormonu, damar tonusu ve epilepsi gibi durumları düzenlemede nörotransmitterlere benzer rol oynadığından bahsedilmektedir (Kızılkaya, 1994). Prostaglandin inhibitörünün luteal fazda kullanılmasıyla, abdominal ve pelvik ağrı, karında şişlik,

meme hassasiyeti, depresyon ve iritabilite üzerinde olumlu etkili olduğu bildirilmiştir (Ogur, 2004).

Prolaktin hormonunun, böbrekler üzerinde direkt etkisiyle sodyum, su ve potasyum tutulumunu sağladığı ve bunun sonucunda mastidini ve ödem oluşumuna neden olduğu dşnlmekte, ayrıca memeler üzerinde direkt etkisi olması nedeniyle memeye ilgili belirtilerden sorumlu tutulabileceği belirtilmektedir (Kızılıkaya, 1994). Prolaktin hormonunun belirtilen etkileri nedeniyle, PMS ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Endorfinler biyolojik aminleri baskıladıklarından iştah, susama, ruh hali ve ağrı gibi durumları değiştirebilirler. Bunun yanında hormon salgılarını değiştirerek, ısı regülasyonunda, bağırsak fonksiyonlarında, uyku durumunda ve davranışlarda etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Normal menstrual siklusta endorfin luteal fazda artarken foliküler fazda azalmaktadır (Baysal, 2004). Bu azalmalar, hiperiritabilite, fiziksel rahatsızlık, anksiyete ve yeme isteğinde artma gibi PMS semptomlarına neden olmaktadır (atakoğlu, 2016).

Genellikle PMS'li kadınlarda troid fonksiyon testleri normaldir. Kadınlarin yaklaşık %10'unda anormal troid fonkiyonu olduğundan bahsedilmektedir. Ancak bu görülme sıklığı subklinik hipotroidi görülme sıklığı ile uyumludur. Yani subklinik hipotroidi PMS nedeni olarak kabul edilmemiş, ancak birlikte görülebileceği savunulmuştur (Ayhan ve ark., 2008).

Vitamin ve minerallerden çinko, kalsiyum, magnezyum, pridoksin ve E vitamini verilmesi ile rahatlayan olgulardan bahsedilmektedir (Ayhan ve ark., 2008). Bu durum, PMS'nin etiyolojisinde vitamin ve mineral eksikliğinin rol oynayabileceği düşündürmektedir.

PMS'nin etiyolojisinde genetik yatkınlıktan da bahsedilmektedir. Çift yumurta ikizleri ve kardeşlerine göre tek yumurta ikizlerinde premenstrual sendromun daha sık görüldüğü yapılan bir araştırmada bulunmuştur. 827 ikizle yapılan bu araştırmada premenstrual semptomlarda kalıtımsallık %35-%39.2 arasında saptanmıştır (Süer, 2008).

Ailesinde PMS yks olan kadınlarda, PMS görüldüğünü belirten araştırmalar vardır. Aşcı ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları bir çalışmada anne ve kız kardeşte

premenstrual gerginlik şikayeti varlığının PMS riskini 1.68 kat arttırdığı belirlenmiştir. Erbil ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir araştırmada PMS görülen kızların %55.5'nin annesinde de PMS görüldüğü saptanmıştır. Bunu yanında İstanbul'da 15-45 yaş arasındaki kadınlarla yapılan araştırmada aile öyküsünde PMS olanların %37.4'ünde, olmayanların ise %25.5'inde PMS saptanmıştır. Bu araştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Akyılmaz ve ark., 2003). PMS'nin genetik geçişi yanında aile içindeki anneyi ya da kız kardeşi taklit etmek yoluyla da kazanılmış bir davranış olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca PMS'de semptomların görülmesinde yalnızca biyolojik değişikliklerin değil, kadının içinde bulunduğu kültürün, çalışma ve eğitim durumunun, adet kanamasıyla ilgili aldığı bilgi durumu ve tutumunun, dismenore gibi diğer menstural problemler görülme durumunun da rol oynayabileceğinden bahsedilmektedir (Kısa ve ark., 2012; Ariöz ve ark., 2013).

## **2.4. Premenstrual Sendromda Risk Faktörleri**

Premenstrual sendromda rol oynayan bir çok risk faktörü bulunmaktadır.

### **2.4.1. Yaş**

PMS belirtileri 25-35 yaş arası kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve bu belirtiler yaşla birlikte artar, menapoza yakın dönemlerde ise azalmaktadır (Erbil ve ark., 2011). PMS ile yaş arasındaki ilişkiyi değerlendiren farklı çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda Türkiye'de 15-49 yaş grubunda PMS oranı %5.9-76 arasındadır (Tanrıverdi ve ark., 2010). Araştırmalar özellikle 17-25 yaş grubunda premenstrual sendrom görülme oranının yüksek olduğunu göstermektedir (Karavuş ve ark.,1997; İnce,2001; Aşçı ve ark., 2016).

### **2.4.2. Parite**

Fazla sayıda doğum yapan ve uzun süre emziren kadınların yaşadığı ülkelerde menstural siklusun daha az yaşanmasına bağlı PMS'nin daha az görüldüğü bildirilmektedir (Oğur, 2004). Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar, doğum sayısının PMS için risk faktörü olduğunu gösterse de bu iki durumun ilişkili olmadığını gösteren araştırmalar da mevcuttur. Bu çalışmalardan birinde (Demir ve ark.,2006)



kadınların %5.1'i doğum sonrası PMS semptomlarının azaldığını, %49.8 ise doğum sonrası hiçbir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Aynı araştırmada hiç çocuğu olmayan veya 1 çocuğu olan kadınların %25.1'inde, 2 ve üzeri çocuğu olanların ise %18.2'sinde PMS saptanmıştır. Doğum sayısı ve PMS arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bunun yanı sıra İzmir'de yapılan bir araştırmada çocuğu olmayan veya 1 çocuğu olan kadınlarda PMS oranı %36.7 iken, 2 veya daha fazla çocuğu olan kadınlarda bu oran %17.1 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada kadının doğum sayısı ile PMS arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Kebapçılar ve ark., 2012). Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada ise doğumdan sonra semptomlarda hiçbir değişiklik olmadığını belirten kadınların oranı %68.5 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada kadınların %47.4'ü doğumdan sonra PMS semptomlarından biri olan ağrı şikayetlerinin azaldığını belirtmiştir.

#### **2.4.3. Medeni Durum**

PMS için risk faktörlerinden biri de medeni durumdur. Yapılan çalışmaların bir çoğunda medeni durum ile PMS arasında ilişki araştırılmış ve anlamlı fark bulunamamıştır. Can ve arkadaşlarının (2015) sınıf öğretmenleri ile yaptıkları çalışmada medeni durum ile PMS prevalansı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Demir ve arkadaşlarının (2006) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada, evlilerde PMS daha fazla gibi görülse de, anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı şekilde İzmir'de yapılan bir çalışmada da evlilerde PMS görülme oranı daha fazla görülse de anlamlı fark bulunamamıştır (Kebapçılar ve ark., 2011). Ordu ve Manisa'da yapılan farklı araştırmalarda da, medeni durum ile PMS sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Erbil ve ark., 2011; Ünal ve Dündar, 2016).

#### **2.4.4. Sosyoekonomik Durum**

PMS de önemli risk faktörlerinden biri de kadınların sosyoekonomik durumudur. Çalışan kadınlarda PMS görülme sıklığının daha fazla olduğunu gösteren araştırmaların yanı sıra etkilemediğini gösteren araştırmalarda bulunmaktadır. Ünal ve Dündar'ın (2016) yaptıkları çalışmada ve Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada çalışma durumu ile PMS prevalansı arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Yapılan 2 farklı araştırmada çalışan kadınlarda

PMS prevalansı %20.1 ve %46.2 olarak bulunmuştur (Demir ve ark.,2006; Can ve ark., 2015). Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırma da ise çalışan kadınlarda PMS semptomlarının daha şiddetli görüldüğü saptanmıştır. Kızılkaya'nın (1994) yaptığı bir araştırmada; yaptığı işi kendi seçimiyle yapmayan kadınlarda PMS yakınmalarının fazla olduğu, ev kadınlığını kendi seçmiş ve çocuklu kadınlarda ise şikayetlerin en alt seviyede olduğu bulunmuştur. Yapılan işten memnuniyetsizliğin PMS yakınmalarını arttırdığı da elde edilen önemli sonuçlardandır. PMS prevalansının yüksek olduğu çalışan kadınlarda iş, sosyal aktivite ve kişisel ilişkilerin stresle orantılı olarak olumsuz yönde etkilendiği ve işgücü kaybı açısından en çok etkilenen grubun yönetici konumunda olan kadınlar olduğu saptanmıştır (Meşeci, 2017).

#### **2.4.5. Stres**

Yapılan farklı çalışmalar bazı stres faktörlerinin kişilerde PSM görülme riskini arttırdığını göstermektedir. Aşçı ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada öğrencilerin kendilerini stres altında hissetmesi durumunun PMS riskini 3.62 kat arttırdığı saptanmıştır. Erbil ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada üniversite eğitimi için evden ayrılmanın öğrencilerde duygusal strese neden olduğu, bu durumun PMS riskini arttırdığı saptanmıştır. Selçuk ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada öğrencilerde evde kalanlara göre yurttaki kalanlarda PMS 4.19 kat daha yüksektir. Bu araştırmalar bize yurttaki kalmanın kişilerde PMS açısından strese neden olan faktörlerden biri olduğunu göstermektedir.

#### **2.4.6. Sigara Kullanımı**

Sigara kullanımının PMS semptomlarının şiddetini arttırdığı yönünde birçok araştırma bulunmaktadır. Selçuk ve arkadaşlarının (2014) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada sigara içenlerde PMS görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Oskay ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları bir araştırmada ise hem premenstrual dönemde hem de menstruasyon sırasında şikayetlerin daha yoğun olduğu saptanmıştır. Demir ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada sigara içme miktarı arttıkça PMS sıklığının da arttığını belirtmişlerdir. Aynı araştırmada PMS yaygınlığı hiç sigara içmeyenlerde %13.9, günde 1-10 adet arası içenlerde %20.8, 11-20 adet arası içenlerde %30, 21 adetten fazla içenlerde %55.6 olarak

bulunmuştur. Kebapçılar ve arkadaşlarının (2012) araştırmalarında ise sigara içenlerin %61.7'sinde PMS saptanmıştır. Erbil ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada sigara içenlerde, içmeyenlere göre PMS semptomlarının daha şiddetli görüldüğü ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmektedir.

#### **2.4.7. Diğer Risk Faktörleri**

Ayrıca yapılan bazı araştırmalarda anemisi olan kadınlarda PMS puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ünal ve Dünder'in (2016) yaptıkları çalışmada 15-49 yaş arası kadınlarda son altı ayda anemi tanısı alanlarda PMS sıklığının arttığını belirtmişlerdir. Erbil ve arkadaşlarının (2011) 15-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları araştırmada anemisi olan kadınların PMS puanlarının daha yüksek bulunmuştur. Erbil ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ise anemi ile PMS görülme sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

#### **2.5. Premenstrual Sendromun Belirtileri**

PMS'li kadınlarda fiziksel, davranışsal ve psikolojik birçok semptom görüldüğü bildirilmektedir (Erbil ve ark., 2010). Bu semptomların menarşla başladığı, yaşla birlikte arttığı ve menopoza yaklaştıkça azaldığı belirtilmektedir (Ölçer ve ark, 2017).

PMS'ye ilişkin fiziksel belirtiler; memelerde hassasiyet ve dolgunluk, abdominal şişkinlik ve ağrı, baş ağrısı, konstipasyon, kilo alma, mide bulantısı, diare, ödem, kas ve eklem ağrısı, özel besinlere karşı ilgi, akne, yorgunluk, sıcak basması, uykusuzluk ve aşırı uyku halidir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). İnce'nin (2001) adölesanlarla yaptığı araştırmada en sık görülen fiziksel belirtiler; %45.9 ile karında ve kasıklarda şiddetli ağrı ve kramp, %45.6 ile karında gerginlik ve şişme ve %43.9 ile kendini yorgun hissetme ve kolay yorulma olarak görülmüştür. Ünal ve Dünder'in (2016) 15-49 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada %30.3 ile enerji azlığı ya da çabuk yorulma en sık görülen fiziksel belirti olarak bulunmuştur. Selçuk ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları araştırmada en sık karşılaşılan fiziksel belirtiler sırasıyla iştah değişiklikleri, şişkinlik, ağrı ve yorgunluk olarak belirlenmiştir. Erbil ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada kızların, %68.3'ünde iştahta değişiklik, %65.3'ünde şişkinlik,

%47.7'sinde yorgunluk, %61.7'sinde ağrı; Erbil (2018)'in yaptığı başka bir çalışmada, kadınların %54.5'ünde iştahta değişiklik, %62'sinde şişkinlik, %56.2'sinde yorgunluk, %51.2'sinde ağrı şikayetlerinin görüldüğü saptanmıştır. Aşçı ve arkadaşlarının (2016) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada kızlarda %17.9 oranında yorgunluk, %7.9 oranında ağrı, %8.5 oranında iştahta değişiklikleri ve şişkinlik görüldüğü saptanmıştır.

*Davranışsal belirtiler;* cinsel istekte değişiklik, çalışma alışkanlığında değişiklik, insan ilişkilerinden kaçma, kavgaya eğilim ve ağlama nöbetleridir (Köse, 2009). Demir ve arkadaşlarının (2006) sağlık çalışanlarıyla yaptıkları bir çalışmada kadınların %70.3'ü premenstrual dönemde iş verimliliklerinin ve performanslarının azaldığını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada kadınlarda cinsel isteksizlik %10.6 oranında ve yalnız kalma isteği %26 oranında bulunduğu belirtilmiştir. Can ve arkadaşlarının (2007) sınıf öğretmenleriyle yaptıkları çalışmada öğretmenlerde premenstrual dönemde yorgunluğa bağlı iş verimliliğinde azalma saptanmıştır. İstanbul'da 232 çalışan kadınla yapılan bir çalışmada PMS yaşayan kadınların %44.3'ü iş performansının bu durumdan etkilendiğini belirtmiştir. Bayram'ın (2007) basketbol takımlarında görev alan sporcu ve sedanter yaşayan hemşirelik öğrencilerini PMS yönünden karşılaştırdığı çalışmada sporcuların %50'si menstrasyon döneminde sportif performanslarının olumsuz yönde etkilenmediğini belirtmiştir. Kebapçılar ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada semptomlardan ağlamanın görülme oranı %38.7 olarak bulunmuştur.

*Psikolojik belirtiler;* kızgınlık, yetersizlik hissi, depresyon, anksiyete, unutkanlık, huzursuzluk, suçluluk hissi, paranoya, ses ve ışığa aşırı duyarlılıktır. İntihar düşüncesi, şiddete eğilim ve psikoz da görülebilir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2009). Selçuk ve arkadaşlarının (2014) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada premenstrual dönemde öğrencilerin %53.3'ünde depresif duygulanım, %22.3'ünde anksiyete ve %63.6'sında sinirlilik yakınmalarının görüldüğü saptanmıştır. Erbil ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileri ile yaptıkları benzer bir çalışmada premenstrual dönemde öğrencilerin %36.4'ünde uyku alışkanlığında değişiklik, %23.1 anksiyete, %34.7 depressif duygular, %19'unda depressif düşünceler olduğu, kadınların %38.8'inde PMS'nin değerlendirmesi gerektiği boyutta olduğu bulunmuştur. Erbil (2018)'in yaptığı başka bir çalışmada

kadınların %46.7'sinde uyku alışkanlığında değişiklik olduğu bulunmuştur. Keskin ve arkadaşlarının (2016) üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmada ise premenstrual dönemde öğrencilerin %47.7'sinde sinirlilik görüldüğü belirtilmiştir. Aşçı ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada üniversite öğrencileri arasında premenstrual dönemde depresif duygulanım oranı %20.4, sinirlilik oranı %14.6 ve depresif düşünceler oranı ise %16.9 olarak bulunmuştur.

Premenstrual dönemde görülen bu değişiklikler ekonomik kayıplara, kaza potansiyelinin artmasına, adölesanların okul başarısını, çalışma kalitesini, kendine olan güvenini, duygusal iyilik halini, günlük yaşantısını ve sosyal aktivitelerini etkilemektedir (Ölçer ve ark., 2017).

## **2.6. Premenstrual Sendromun Tanısı**

Her kadının PMS deneyimini anlamak ve bu dönemde kadında görülen şikayetleri, bunun yanında yer alan problemleri saptayarak kadının yaşam kalitesini arttırmak PMS'ye tanı konulmasında temel amaçtır. Fakat her kadının PMS deneyimini farklı yaşaması ve PMS'nin tam olarak etiyolojisinin bilinmemesi klinik olarak PMS'de kesin tanı koymayı zorlaştırmaktadır (Karaca ve Beji, 2015).

İlk olarak PMS tanısında PMS semptomlarının görülebileceği hastalıklardan PMS'yi ayırmak gerekir. PMS ile karıştırılabilecek durumlar; hipotroidi, migren, anemi, psikiyatrik bozukluklar, menopoz, meme kanseri ve nörolojik bozukluklardır (Köse, 2009). PMS'yi diğer hastalıklardan ayırmada menstural ve obstetrik anamnez çok önemlidir. Anamnezde yaş, kaç doğum yapıldığı, PMS'nin başlama yaşı, başlatan ve şiddetini arttıran durumlar, belirtilerin zamanı, semptom sayısı, uygulanan tedaviler, bu durumun kişinin iş, okul ve ev hayatını etkileme durumu v.b. konuları içine almalıdır. Bunun yanında kişinin sağlık alışkanlıkları (sigara, alkol, ilaç kullanma) ve beslenme alışkanlıkları da (öğün sayısı, vitamin, tuz, kafein kullanımı, kırmızı et, meyve, sebze tüketimi) sorgulanmalıdır (Bolsoy, 2008).

Anamnez alındıktan sonra semptomların kadının hayatını ne derecede etkilediğini anlamak için 'Premenstrual Semptom Derecelendirme Ölçeği' kullanılmalıdır (Karaca ve Beji, 2015). Bunun yanında kadının belirtilerini üç siklus süresince PMS için hazırlanmış Prospective Daily Ratings of Symptoms (DSRS) çizelgesine kaydetmesi de yarar sağlar. DSRS bize semptomların hem premenstrual

faz hem de asemptomatik foliküler faz dönemlerindeki şiddetini karşılaştırma imkanı sunar. Böylece beş veya daha fazla semptomun şiddetinde premenstrual dönemde değişme varsa ve başka bir hastalık teşhisiyle açıklanmıyorsa PMS tanısı konulabilir (Süer, 2008). PMS semptomlarını kaydetmek için mobil uygulamalar geliştirilmiştir. Premenstrual semptomları grafiksel olarak gösteren 'PreMentricS' bu uygulamalardan biridir (Walsh ve ark., 2015). Teknoloji ile yakından ilgili genç kızlar için bu uygulamalar faydalı olabilir.

Farklı sağlık kuruluşları tarafından PMS tanısı için farklı ölçütler geliştirilmiştir. Kadın Sağlığı, Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Birliğine göre PMS tanısı koyarken; kişinin tıbbi, sosyokültürel ve psikolojik özellikleri göz önünde bulundurulmalı ve PMS belirtilerine en az 3 siklus boyunca rastlanmalıdır. Amerikan Kadın Doğum Birliğine göre PMS belirtileri sadece luteal fazda ortaya çıkmalıdır ve bu belirtilerin kadının yaşam tarzını olumsuz etkilemesi gerekmektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), premenstrual sendromda semptomların şiddetli görülmesini premenstrual disforik bozukluk (PMDB) olarak tanımlanmıştır ve PMDB'yi belirlemek için DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition) tanı ölçütlerini yayınlamıştır. PMDB'yi tanımlayan ve onu PMS'den ayıran ölçütler; kendini değersiz hissetme, umutsuzluk duygusu, belirgin çökkün duygudurum ve bunaltı, endişe veya sabırsızlık, gerginlik, ani duygudurum değişiklikleri, kişilerarası çatışmalarda artış, huzursuzluk ve kalıcı öfkedir (Ayhan ve ark., 2008). Tanı konulabilmesi için bu semptomlardan en az beş tanesinin luteal fazda görülmesi ve bir tanesinin de temel mood semptomu (sinirlilik, depresif ruh hali, anksiyete, gerginlik) olması gerekmektedir. Ayrıca bu semptomların; kişinin ev, iş, okul hayatını ve arkadaşlık ilişkilerini etkilemesi, altta yatan herhangi bir hastalığın alevlenmesi olmaması ve en az iki ay boyunca prospektif olarak kayıt edilmesi gerekmektedir (Bolsoy, 2008; Süer, 2008).

Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliğine göre PMS tanısı konulabilmesi için; menstrasyondan önceki beş gün içinde belirtilerin görülmesi ve menstrasyon başladıktan sonra dört gün içerisinde bitmesi gerekmektedir (Çatakoğlu, 2016).

ICD-10 (International Classification of Diseases 10th Edition) PMS tanısı için menstural siklusta oluşan tek bir semptomun yeterli olduğunu kabul etmiş ve tanı

için günlük fonksiyonların kısıtlanması veya prospektif kaydı gerekli görülmemiştir. PMS için ICD-10 tanı ölçütleri ise; hafif psikolojik bozukluk, uyku bozukluğu, memelerde hassasiyet, kilo alma, iştah değişiklikleri, şişme hissi, dikkatte azalma, el ve ayaklarda şişme, çeşitli ağrılar ve iştah değişikliğidir (Bolsoy, 2008).

PMS tanılmasında en sık kullanılan teşhis kriterlerinden biri de San Diego Kaliforniya Üniversitesi (UCSD) tanı kriterleridir. UCSD tanı kriterlerinde PMS tanısı koyabilmek için semptomlarının geçmiş üç siklusun herbirinde ve menstruasyondan beş gün önce görülmesi ve menstrual siklusun 4. gününden 13. gününe kadar görülmemesi gerekmektedir. Ayrıca, duygusal ve somatik semptomlardan en az birer tanesinin görülmesi de gerekmektedir. Duygusal semptomlar; depresyon, anksiyete, sinir patlaması, irritabilite, sosyal çekilme ve konfüzyondur. Somatik semptomlar ise; meme hassasiyeti, ekstremitelerde şişlik, abdominal distansiyon ve baş ağrısıdır (Ayhan ve ark., 2008).

## **2.7. Premenstrual Sendromun Tedavisi**

PMS'nin nedeninin tam olarak bilinmemesinden dolayı tedavide uzun yıllar başarı elde edilememiş, birçok semptomatik ve nonspesifik tedavi yöntemleri denenmiştir (Dinç, 2010). Denenen bu tedavi yöntemlerinin başarısında tabii ki PMS'nin derecesi de önem kazanmaktadır. PMS hafif veya orta derecede iş yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet ile iyileşme görülürken, semptomlar günlük hayatı olumsuz etkilemeye başlamışsa farmakolojik tedavi önerilmektedir (Abay ve Kaplan, 2019).

Tedavinin ilk basamağını PMS'nin bir problem olduğunun hasta tarafından kabul edilmesi oluşturmaktadır. PMS tek bir rahatsızlık olarak düşünülmemeli, farklı problemlerin bütünü olduğu şeklinde bir perspektifle bakılmalıdır. Ancak böylece semptomlar için en etkili tedavi modeli uygulanabilir. PMS tedavisinde genel olarak kabul edilen metod "biyo psikososyal yaklaşım"dır. Bu yaklaşımda iki komponent vardır. Bunlar; yanlış düşüncelerin ve korkuların giderilmesi ve yaşam tarzında değişiklik yapılmasıdır (Arslan ve Dökmeci, 1999). Bu nedenle sağlık çalışanları kadınlara, PMS hakkında eğitim vererek ve yaşam şekilleri ile farmakoterapi hakkında danışmalık yaparak onların PMS ve semptomlarıyla baş etmelerini sağlamaya yardımcı olmalıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2009).

Ancak yapılan çalışmalar kadınların PMS'nin şiddetli semptomlarıyla karşılaşmalarına rağmen yeterli düzeyde sağlık kuruluşlarına başvurmadıklarını göstermektedir. Elkin'in (2015) üniversite öğrencileriyle yaptığı araştırmada öğrencilerin %66.4'ünün ağrılı adet görme ve adet öncesi problemleri için sağlık kuruluşuna başvurdukları saptanmıştır. İnce'nin (2001) adölesanlarla yaptığı araştırmada öğrencilerin %19.6'sının yakınmalar nedeniyle hekime başvurduğu görülmüştür. Karavuş ve arkadaşlarının (1999) üniversite öğrencileriyle yaptığı araştırmada sağlık kuruluşuna başvurma oranı %17.1 olarak bulunmuştur. Demir ve arkadaşlarının (2006) sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada yakınmaları nedeniyle kadınların doktora başvurma oranı %28.8 olarak bulunmuştur.

Günümüzde tedavide farmakolojik, farmakolojik olmayan ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

### **2.7.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri**

Farmakolojik tedavi yöntemleri sıklıkla başvuru edilen tedavi yöntemleridir.

#### **2.7.1.1. Hormonal Tedavi Yöntemleri**

Hormonal tedavi yöntemleri şunlardır;

##### ***Progesteron ve Östrojen***

PMS'nin etyolojisinde bahsedildiği gibi menstrual siklusun ikinci dönemindeki progesteron ve östrojen düşüşünün semptomlarda rol oynayabileceği düşünüldüğü için bu dönemde semptomları azaltmak için kadınlara progesteron tedavisi uygulanmıştır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). PMS'de progesteron tedavisi ilk kez Dalton tarafından önerilmiştir. Ancak yapılan çalışmalar progesteronun etkinliğini kanıtlamada yetersizdir (Dinç, 2010). Farklı çalışmalarda 200 mg vajinal progesteron uygulamasında PMS semptomlarında azalma saptanmazken, 400 mg vajinal progesteron ile semptomların azalmasında plasebo grubuna göre üstünlük sağlanmıştır (Arslan ve Dökmeçi, 1999). Fakat yapılan farklı çift-kör çalışmalarda progesteronun plaseboya bariz üstünlüğü saptanamamıştır (Süer, 2008). Östrojen kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada transdermal ya da subkutan östrojen kullanımının PMS'nin fizyolojik ve psikolojik belirtilerini azalttığı görülürken,



sebebi anlaşıl原因 bir şekilde oral östrojen kullanımının aynı etkiyi göstermediği saptanmıştır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011)

### ***Oral Kontraseptifler***

Kombine oral kontraseptiflerin ovulasyonu önleyerek PMS semptomlarını hafiflettiği düşünülmektedir (Dinç, 2010). Bunun yanında oral kontraseptifler kullanılmaya ilk başladıkları zaman, ödem ve irritabilite gibi PMS'ye benzer semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Kontrasepsiyon isteyen PSM'li kadınlar için iyi bir seçenek olmasına rağmen oral kontraseptiflerin PSM tedavisinde etkin olduğunu kanıtlayan araştırmalar yetersizdir (Karaca ve Beji,2015).

### ***Danazol***

Danazol, GnRH salınımını inhibe ederek östrojen ve progesteron düzeyinin düşmesini sağlamaktadır. Bunun sonucunda menstrual siklusu ve ovulasyonu baskılayarak PMS'nin tedavi edilmesini sağlar. Özellikle danazolun premenstrual depresyon, irritabilite, anksiyete, ödem ve memelerde hassasiyeti azalttığı bildirilmiştir (Doğan ve ark., 2012). Ancak ses değişiklikleri, kilo alımı, hirsutismus gibi yan etkileri nedeniyle birçok kadının bu tedaviyi devam ettirmediği saptanmıştır (Süer, 2008; Dinç, 2010).

### ***GnRH Agonistleri***

Klinik çalışmalarda PMS'nin özellikle fizyolojik belirtileri üzerinde etkili sonuçlar verdiği görülmüştür (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Doza bağlı olarak menstrual siklusu ya tamamen elimine edebilir ya da sadece ovulasyonu baskılayabilir. Ancak bu tedavi 6 ay gibi kısa bir süre için kullanılabilir. Uzun vadede “GnRH agonistleri kullanılması sonucu ortaya çıkabilecek estrojen eksikliği semptomlarını ve buna bağlı kemik erimesi gibi yan etkileri azaltmak amacıyla düşük dozda estrojen ve/veya progesteron kullanılması” olan “*add-back terapi*”yle kullanılması önerilmektedir. Tek kullanımında osteoporoz, hipoöstrojenizm ve menopoza için bu tedavi risklidir (Süer, 2008). Kadınlarda östrojen seviyesini postmenopozal seviyelere indirdiğinden sıcak basması, vajinal kuruluk, baş ağrısı ve kas ağrılarına yol açabilirler (Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

### **2.7.1.2. Hormonal Olmayan Tedavi Yöntemleri**

PMS'nin tedavisinde kullanılan çeşitli hormonal olmayan tedavi yöntemleri vardır.

#### ***Diüretikler***

Özellikle PMS'de vücutta oluşan ödemin çözülmesi ve şişkinlik hissini azaltmada kullanılır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Ancak vücuttaki sıvı kaybına bağlı olarak sıvı-elektrolit dengesi bozulabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Aldosteron agonisti olan spirinolaktin en yaygın kullanılan diüretiktir (Arslan ve Dökmeci, 1999).

#### ***B6 Vitamini***

B6 vitamini serotonin, dopamin ve triptofan sentezinde yer alan bir kofaktördür. Özellikle depresyon, yorgunluk, irritabiliteyi azaltmaktadır. Yüksek dozlarda periferal nöropatiye neden olduğu için uygun dozda dikkatli kullanılmalıdır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Ayrıca bu vitaminin besin desteği halinde alımı ile PMS arasında bir ilişki olmadığından bahsedildiği için, B6 vitaminin takviyesinin alınmasının fayda sağlayacağı ve alınan dozun uygun olması gerektiği bildirilmektedir (Işgın ve Büyüktuncer, 2017).

#### ***Kalsiyum***

Over hormonları kalsiyum metabolizmasını etkilemektedir. Özellikle östrojen bağırsaklardan kalsiyum Emilimi ve kalsiyum metabolizmasını ayrıca paratroid fonksiyonunu düzenler (Girman ve ark., 2003). Kalsiyum alımının özellikle ağrı, yeme isteğinde artış, ödem gibi semptomları azalttığı saptanmıştır (Dinç, 2010). Günlük 1200 mg alınmasının luteal faz semptomlarında etkili olduğu görülmüştür (Süer, 2008). Kalsiyum takviyesinden ziyade besin kaynaklı olmasının daha faydalı olduğu, besinler ile alınan kalsiyumun PMS prevelansında baskılayıcı bir rolü olabileceği vurgulanmaktadır (Avila, 2009).

#### ***Magnezyum***

Magnezyum özellikle duygu değişimleri, ödem ve meme hassasiyeti gibi şikayetleri düzeltmektedir (Dinç, 2010). Magnezyum az alındığında beyinde dopamin düzeyinde düşüş görüldüğü ve buna bağlı olarak adrenal korteks

hiperplazisi, aldosteron yüksekliği görüldüğü saptanmıştır. Bu durumun ödem semptomunu düzeltmesini açıklamaktadır. Günlük 200 mg magnezyum desteğinin özellikle ödem şikayetini düzelttiği görülmüştür (Işgın ve Büyüktuncer, 2017). Çift-kör randomize bir çalışmada günde 360 mg magnezyum luteal fazda kullanıldığında 3 aylık tedavi sonrası plaseboya göre faydalı olduğu saptanmıştır (Süer, 2008).

### ***Anksiyolitikler ve Antidepresanlar***

Alprozolam PMS semptomlarında etkili olduğu düşünölen anksiyolitik, antidepresan etkili bir benzodiazepin türevidir. Özellikle luteal fazda kullanıldığında anksiyetede azalma ve depresyonda düzelme gözlemlenmiştir. Alışkanlığa yol açması ve sedasyona neden olması sebebiyle dikkatli kullanılmalıdır (Dinç, 2010; Arslan ve Dökmeçi, 1999).

PMS'nin baş ağrısı, sinirlilik, uykusuzluk, seksüel disfonksiyon, yorgunluk gibi semptomlarının tedavisinde selektif seratonin reuptake inhibitörleri (SSRI) grubu antidepresanlar etkilidir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). SSRI grubu antidepresanların beyindeki seratonin balansını yenileyerek semptomları düzelttiği kabul edilir (Süer, 2008). SSRI'ların kullanımı iki şekilde olmaktadır. Birinci kullanım şeklinde bu ilaçlara menstrual siklusun son iki haftasında ovulasyon sırasında başlanır ve menstruasyon başladıktan 1-2 gün sonra kesilir. İkinci kullanım şeklinde ise ilaç sürekli kullanılır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). SSRI tedavisine hastanın inanması ve kabullenmesi çok önemlidir. Bu antidepresanlara hastaların %13'ünün hiç başlamadığı, %18.7'sinin ilacın bağımlılık yapacağı endişesi taşıdığı, %19.8'inin ilacı kullandığı fakat kullanma konusunda isteksiz olduğu saptanmıştır (Süer, 2008).

### **2.7.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri**

Premenstrual sendromda farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemlerde kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemleri yaşam biçimindeki değişiklikler, diyet, egzersiz, masaj, yoga, aromaterapi, akupunktur, ışık tedavisi, kayropraksi, refleksoloji gibi yöntemler oluşturur (Kısa ve ark., 2012). Özellikle premenstrual sendrom tedavisinde yaşam biçimindeki değişiklik önemlidir. Çünkü kişilerin kendi yaşamlarında kontrol edebilecekleri değişiklikleri yapmaları onlarda

pozitif etki yapar (Köse, 2009). PMS ile baş etmede kadınlara önerilen nonfarmakolojik yöntemler şunlardır;

### **2.7.2.1.Eğitim**

Hastaya PMS'nin tedavi edilebilir bir durum olduğunun anlatılması ve görülen belirtilerin dinlenmesi bile hastanın kendini iyi hissetmesini sağlayacaktır (Köse, 2009). Bunun yanında eğitimle stres yönetimi, alışkanlıkların değiştirilmesi ve egzersiz alışkanlığının kazandırılmasının kadın üzerinde pozitif etki yaratacağı ve tedavi edici olduğu da bildirilmektedir (Arıöz ve Ege, 2013). Arıöz ve Ege'nin (2013) premenstrual sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitim etkinliğini araştırdıkları çalışmada eğitimin PMS ile baş etmeyi arttırdığı sonucuna varılmıştır. Sayalı ve arkadaşlarının (1998) premenstrual sendrom yaygınlığını araştırdıkları çalışmada da PMS ile baş etme konusunda verilen planlı eğitimin etkin ve başarılı olduğu bildirilmiştir. Bunun yanısıra İnce'nin (2001) adölesanlarla yaptığı çalışmada PMS ile verilen eğitim arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Elkin'in (2015) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %78.2'si PMS ile ilgili daha önceden bilgi aldıklarını söylemiştir. Kısa ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada menstruasyonla ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu düşünen öğrencilerde PMS semptomlarının daha çok görüldüğü saptanmıştır. Aynı araştırmada menstruasyon görmeye ilişkin negatif tepkileri olan öğrencilerin PMS'yi daha çok yaşadığı saptanmıştır. Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada ise menstruasyonla ilgili pozitif duygulara sahip kadınlarda PMS semptomlarının görülme oranının daha düşük olduğunu belirtilmektedir. Bu bulgular bize menstruasyon hakkında yeterli veya yetersiz bilgi sahibi olmanın PMS somptomlarının görülmesi üzerine etki ettiğini göstermektedir.

Bu çalışmaların doğrultusunda dikkat edilmesi gereken bir noktada eğitim verilen dönemin önemli olduğudur. Çünkü yapılan bir çalışmada puberte sonrası verilen eğitimin yarattığı anlamlı bir farklılığın saptanmamasının nedeni olarak, menstruasyona ilişkin davranışların menarştan çok önce aileden edinilen bilgiler ve gözlemlerle şekillendiğinin düşünüldüğünden bahsedilmektedir (İnce, 2001).

### 2.7.2.2. Diyetin Düzenlenmesi

PMS'nin gerek ortaya çıkışı, gerekse semptomlarının şiddetlenmesi ya da baskılanmasının bazı besin ve besin öğeleriyle ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Bu besinlerden öne çıkanlar aşırı çay, kahve, alkollü ve gazlı içeceklerin tüketimi, yetersiz süt tüketimi, bazı mineral ve vitaminlerin yetersiz alımı, çikolata, şeker içeriği ve zengin atıştırılabilirlik tüketimidir (Işgın ve Büyüktüncel, 2017).

Örneğin PMS'nin etiyolojisinde B, A, E vitaminleri ve çinko, demir, magnezyum ve kalsiyum gibi minerallerin eksikliği yer almaktadır. Örneğin B vitaminleri ve Mg eksikliğinde glikojenin glikoza dönüşümü ve beyin glikozunda düşüş meydana gelir ve bunun sonucunda kişide iştah artışı ve tatlı yeme isteği artışı görülebilir.

Şanlıer ve Yabancı'nın (2004) genç kızlarda premenstrual sendromun besin tercihi ve fiziksel aktivite üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, kızların %17.5'nin beslenmesine dikkat ettiği, bunun yanı sıra menstruasyon döneminde sütlü tatlılar, kuruyemiş, çikolata, hamurlu tatlı isteğinin arttığı, tuzlu, ekşi ve acı besinlere karşı isteğinin ise azaldığı saptanmıştır. Köse'nin (2009) yaptığı çalışmada öğrencilerin %39.6'sının PMS ile baş etmede çikolata ve tatlı yeme yöntemini uyguladığı ve %5.3'ünün de bu durum ile baş edemediği saptanmıştır.

Güneş ve arkadaşlarının (1997) ise öğrencileriyle yaptıkları araştırmada sık kola tüketenlerde PMS sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve günde dört bardaktan daha fazla çay içenlerde en fazla iki bardak çay içenlere göre PMS sıklığı anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Selçuk ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, PMS "hazır gıda" tüketenlerde sebze meyve tüketenlere göre 2.96 kat daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada, "hazır gıda" alımı, düzensiz kahvaltı, kahve ve alkol tüketimi gibi kötü beslenme alışkanlıklarının PMS riskini önemli derecede arttırdığı bulunmuştur (Işık ve ark., 2016). Bu sonuçlardan farklı olarak, Demir ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, kola içme ve şekerli gıdaları tüketme durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

PMS yakınmalarından korunmak için diyetin, şeker ve şekerli besinlerden kısıtlı; kompleks karbonhidratlar, kalsiyum, çinko, magnezyum, B ve E vitaminlerinden zengin ve düşük yağ içerikli olması gerektiği belirtilmektedir

(Şanlıer ve Yabancı, 2004). Ayrıca çikolata, kahve, alkol, çay, kola gibi içeceklerle, tuz ve tuzlu yiyeceklerden uzak durulmasının, bol sebze ve meyve ayrıca su tüketilmesinin de yararlı olduğunu göstermektedir. Çünkü premenstrual dönemde görülen aşırı çikolata, sütlü ve hamurlu tatlı yeme isteği, kısacası enerji içeriği yüksek olan yiyeceklerin tüketiminin artması ve fiziksel aktivitenin azalması özellikle genç kızlarda obezite için önemli bir risk faktörü olabilir (Şanlıer ve Yabancı, 2004).

### 2.7.2.3. Düzenli Egzersiz

Luteal fazda endorfin salınımının azalmasını engelleyen egzersiz PMS belirtilerinin hafiflemesini de sağlamaktadır (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Egzersizin opiat aktivitesini artırarak şişkinlik ve memede hassasiyet gibi belirtileri azalttığı ve duygu durumunda iyileşmeyi sağladığı belirtilmektedir. Oskay ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %22.8'inin PMS ile baş etmede yürüyüş yapmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Bayram'ın (2007) sporcu ve sedanter bayanları PMS yönünden karşılaştırdığı çalışmada spor yapan kadınlarda sedanter kadınlara göre PMS'ye ilişkin değişikliklerin daha az görüldüğü saptanmıştır. Akkuş ve arkadaşlarının (2017) yükseköğretim öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da sedanter öğrencilerin PMS puanının sporcu öğrencilerin puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aşçı ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada da, PMS ile egzersiz (haftada üç kez, en az 20 dakika) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda egzersiz ile ilgili farklı sonuçların çıkmasına yapılan egzersiz tipinin ve şiddetini farklılığının neden olduğu düşünülebilir. Literatürde de egzersizin tipinin, süresinin PMS'deki belirtileri iyileştirmede göz ardı edilmemesi gerektiği bilgisi bulunmaktadır (Bayram, 2007). Özellikle aşırı günlük fiziksel aktivite yapan kadınlarda PMS oranının yüksek olduğunu ve bu nedenle kadınlara eylemsizlik yani sadece normal fiziksel aktivitede bulunulmasını ve aşırı fiziksel aktiviteyi önlemek için tavsiyede bulunulmasını öneren çalışmada orta fiziksel aktivitenin iyileştirici etkisinin bulunduğu ortaya belirtilmektedir (Morino ve ark., 2016).

Etkili bir fiziksel egzersiz türü olan yüzmenin de PMS'nin fiziksel ve psikolojik semptomlarının çoğunda faydalı etkisi olduğundan bahsedilmektedir

(Maged ve ark., 2018). Bunun yanında etkilemediği veya negatif yönde etkilediğini bildiren araştırmalarda mevcuttur (Teixeira ve ark., 2013).

#### **2.7.2.4. Düzenli Uyku**

PMS’de özellikle fazla kafein tüketilmesi ve kişinin ağrısının olması uykuda düzensizliklere neden olabilmektedir. Jehan ve arkadaşları (2007) uyku ile PMS arasındaki ilişkiyi araştırdıkları araştırmada özellikle luteal fazda görülen hormonal dalgalanmalar nedeniyle kişilerde uyku bozukluğu görüldüğünü belirtmişlerdir. Ayrıca azalmış melatonin salgısının PMS’nin uyku şikayetlerini açıkladığını da belirtmişlerdir. Uyku hijyen girişimlerinin PMS yaşayan kadınlarda PMS semptomlarının azaltılmasında yardımcı olabileceğinden bahsedilmektedir. Uyku hijyen girişimleri; uyku eğitimi, kitap okuma, ılık süt içme, ılık duş alma ve sohbet etme gibi uyumayı kolaylaştırıcı etmenleri içermektedir. Uyku eğitimini içeriğinde ise uykuyu bozan alışkanlıklar, uyku ve rahatlama ve uyku düzeninde değişiklikler yer almaktadır (Gürkan ve ark., 2017).

Köse (2009) yaptığı araştırmada üniversite öğrencilerinin %25.1’inin uyku sorunu ile baş edemediğini, %8’inin ise sessiz bir odada uyumaya çalışarak baş ettiğini saptamıştır. Selçuk ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada öğrencilerin %47.8’inin uyku değişiminden yakındığı belirlenmiştir. Oskay ve arkadaşları (2008) yaptıkları araştırmada öğrencilerin %23.3’ünün PSM de görülen ağrıyı geçirmede devamlı yatıp uyumayı tercih ettiğini saptanmışlardır. Keskin ve arkadaşları (2006) ise öğrencilerin %50.6’sının PMS ile baş etmek için uyuduğunu saptamışlardır.

#### **2.7.2.5. El Becerisine Dayalı (Manipülatif) Uygulamalar**

El becerine dayalı uygulamalar; masaj, refleksoloji, kayroplaksi ve akupunkturdur.

##### ***Masaj***

Masaj, vücudun yumuşak dokularının elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır. Bu uygulamayla deride bulunan çevresel reseptörler uyarılmakta ve uyarılar spinal kordla beyne iletilmektedir. Masajın duygusal ve psikolojik yönden de önemli yararları vardır. Özellikle depresyonu, kas gerginliğini ve anksiyeteyi tedavi etmede yardımcıdır (Turan ve ark., 2010). Şanlıer ve Yabancı (2004) yaptıkları araştırmada

öğrencilerin %28.9'unun PMS ile baş etmede masaj yöntemini kullandıklarını saptamıştır. Oskay ve arkadaşları ise, %26 olarak bulurken, Keskin ve arkadaşlarında (2016) ise bu oran %76.8 olarak bulunmuştur. Aynı araştırmada masaj en sık kullanılan yöntem olarak saptamışlardır.

### ***Refleksoloji***

Refleksoloji vücudun özel organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının uyarılması anlamına gelir (Bolsoy, 2008). Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasını sağlayarak vücutta fizyolojik farklılıklara yol açmaktadır (Turan ve ark., 2010). Bolsoy'un (2008) PMS'de refleksolojinin etkinliğini incelediği araştırmada deney grubuna refleksoloji, kontrol grubuna NSAID tedavisi uygulanmıştır. Sonuçta refleksoloji grubunun premenstrual distres puan ortalamalarının NSAID grubu puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Kim ve Cho'nun (2002) üniversite öğrencileriyle yaptıkları deneysel çalışmada, deney grubundaki öğrencilere 60 gün boyunca 1 saat süreyle 6 kez ayak refleksolojisi uygulanmış, kontrol grubuna herhangi bir işlem uygulanmamış, sonuçta ayak refleksolojisinin PMS semptomlarını hafiflettiği saptanmıştır.

### ***Akupunktur***

Akupunktur çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin vücudun belli noktalarına batırılması ile uygulanmakta ve uzun yıllardır hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır (Cabrioğlu ve Ergene, 2003). Akupunktur bölgelerine batırılan iğnelerle başlayan uyarılar santral sinir sisteminde kortekse gider ve mezensefalondaki gri cevher ve periventriküler bölgedeki nöronlar uyarılarak, ağrı kontrol sistemi harekete geçer. Bunun sonucunda beyin dokusunda ve plazmada beta endorfin, enkefalin, serotonin ve nörepinefrin seviyelerinde artma meydana gelerek analjezik ve antienflematuar etki ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda akupunkturun özellikle PMS semptomlarından biri olan ağrıyı hafiflettiğini ve geçirmekte etkili olduğunu göstermiştir (Cabrioğlu, 2008). Akupunkturun luteal faz ya da foliküler fazda uygulanmasının, PMS semptomlarında, %50 ve daha fazla azalma gösterdiğinden bahsedilmektedir (Jang ve ark., 2014).



### ***Kayropraksi (Şiropaksi, Chiropractic)***

Kayropraksi, eklemlerin, kas-iskelet sistemi ve vertebraların biyomekaniksel duruşu üzerine sublukasyonlarını ve disfonksiyonlarını inceleyen ve manipulatif uygulamalarla bu bozuklukları düzeltmeye çalışan bir uygulamadır. Özellikle uterin ve sakral ligamentlerle sinir köklerini etkilediği ve böylece ağrının algılanmasının engellendiği düşünülmektedir (Coşkun ve Özdilek., 2017). Randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada kayropraksi uygulanan grupta ve plasebo grubunda PMS yakınmalarının azalması etkisinin açıklanabilmesi için daha fazla araştırmaya gerek olduğunu göstermiştir (Girman ve ark., 2003).

#### **2.7.2.6. Bitkisel Ürünler**

PMS'de bazı bitkiler aromaterapide, bazı bitkiler ise kapsül, tablet veya ekstreleri damla şeklinde kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar bitkisel ürünlerin özellikle öğrenciler arasında yaygın olarak kullanıldığını göstermektedir. Keskin ve arkadaşları (2016) yaptıkları araştırmada PMS ile baş etmede öğrencilerin %66.3'ünün bitkisel ürünler kullandığı saptanmıştır. Kırca ve arkadaşları (2012) bu oranı %28.6, Yabancı (2004) ise %11.1 olarak bulmuştur. Öğrencilerin bu bitkisel ürünleri hakkında bilgiyi sağlık personelinin almaları gerekirken, yüksek oranda medyadan aldıkları, bilginin en az sağlık personelinin alındığı belirtilmektedir (Keskin ve ark.,2016).

#### ***Hayıt otu (Chasteberry, Vitex Agnus-Castus)***

Çalı veya makiye benzeyen bir bitki türü olan hayıt otundaki temel bileşenler, iridoid glikozit, flavonoidler ve esansiyel yağlardır (Girman ve ark., 2003). PMS'nin özellikle sinirlilik, baş ağrısı, depresyon ve anksiyete semptomları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Kaplan ve Aban, 2015). Hayıt otunun etkisinin dopamin yoluyla, LH ve FSH'ı etkilemeden, prolaktin sekresyonunun düzenlemesiyle ilgili olduğu düşünülmektedir (Karaca ve Beji, 2015). Bunun yanında hayıt otunun, östrojen, opioid ve kolinerjik reseptörlerle bağlandığı saptanmıştır, fakat bu durumun PMS'deki rolü halen araştırılmaktadır (Yonkers ve ark., 2005). Verkaik ve arkadaşlarının (2017) meta-analiz çalışmasında, 14 çalışmanın 13'ünde vitex angus castusun PMS semptomlarına olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir.

### ***Çuha Çiçeği Yağı***

Genellikle inflamatuvar hastalıkların tedavisinde kullanılan çuha çiçeği yağı, gama linoleik asit ve linoleik asit açısından oldukça zengindir (Panay, 2009). PMS’li kadınlarda linoleik asidin gamma linoleik aside dönüşmesinde bozulma olduğu bazı araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Bu iki asit açısından zengin olması nedeniyle çuha çiçeğinin PMS tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Girman ve ark., 2003). Ayrıca çuha çiçeği yağının E vitamininden zengin olduğu ve tedavinin depresyon ve mastaljiyi düzelttiği de belirtilmektedir (Bolsoy, 2008).

Çuha çiçeği yağı aromaterapide sıklıkla kullanılmaktadır. Aromaterapi, ağaçlardan, çiçeklerden ve bitkilerden alınan esansiyel yağların tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Bu yağlar bazen cilt üzerine masaj yağları olarak ya da kişinin burun delikleri altına konan yağlı tülbentten solumaları yoluyla uygulanır. Aromaterapinin ağrıyı önlemeye yardımcı olduğu ve stresi azalttığı düşünülmektedir (Turan ve ark., 2010).

### ***Lavanta Yağı***

Lavanta yağı PMS’de inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır. Lavantanın kısa süreli solunmasının PMS’de duygusal belirtileri hafifletebileceğinden ve en azından parasempatik sinir sistemi aktivitesinin gelişmesine katkıda bulunabileceğinden bahsedilmektedir (Matsumoto ve ark., 2013).

### ***Sarı Kantaron (St. John’s Wort)***

PMS’de özellikle duygu-durum değişiklikleri için kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada 19 PMS’li kadına iki menstrual siklus boyunca günlük 300 mg sarı kantaron özü içeren tabletler verilmiştir ve sonuçta PMS sendrom skorlarının %50 azaldığı saptanmıştır (Stevinson ve Ernst, 2001).

### ***Mabet Ağacı (Ginkgo Biloba)***

Özellikle hafızanın güçlendirilmesi için kullanılan mabet ağacının PMS’de etkili olabileceği düşünülmüştür. Özellikle meme hassasiyeti ve sıvı tutulumu belirtileri üzerinde iyileşme göstermiştir. Bu bitkinin kanama riskini arttırabileceği ve karaciğer enzimi ile etkileşime girdiği için günlük ilaç alanlarda dikkatli kullanılması gerektiği bildirilmektedir (Girman ve ark., 2003).

### **2.7.2.7. Homeopati**

Homeopati, bir hastalığın, hastalık belirtilerini sağlıklı bir bireyde ortaya çıkarabilecek maddelerin çok düşük dozlarda bireye verilmesiyle tedavi olabileceği üzerine odaklanan bir alternatif tıp yöntemidir (Coşkun ve Özdilek, 2017). Yapılan bir çalışmada homeopatik tedavi olanların %90'ında, plasebo grubunun ise %37.5'inde semptomların %30'unda iyileşme görüldüğü saptanmıştır (Girman ve ark., 2003). Etkinliğinin net olarak açıklanabilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

### **2.7.2.8. Işık Terapisi (Light Therapy)**

Bir kadının hayatı boyunca üreme hormonlarındaki değişikliklerin nöroendokrin, nörotransmitter ve sirkadiyen sistemleri olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Buradan yola çıkılarak PMS'de görülen olumsuz duygu durum semptomlarının luteal fazda biyolojik ritmin bozulmasına bağlı olabileceği bildirilmektedir (Girman ve ark., 2003). Yapılan randomize, çift kör, kontrollü bir çalışmada plasebo grubuna kırmızı, tedavi grubuna parlak beyaz ışık akşamları 30 dakika boyunca verilmiştir. Araştırma öncesi kadınların geriye dönük iki menstrual siklusu izlenmiştir. Sonuçta parlak beyaz ışığa maruz kalan kadınların başlangıçtaki luteal faz PMS puanlarının belirgin azaldığı, plasebo grubunda ise değişiklik olmadığı saptanmıştır (Law ve ark., 1999). Işık terapisi ile ilgili literatürde fazla çalışma olmaması ve mevcut araştırmaların katılımcı sayısının az olması nedeniyle özellikle duygudurum semptomlarında bir tedavi alternatifi olması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Girman ve ark., 2003).

### **2.7.2.9. Bilişsel Davranışçı Terapi**

PMS belirtileri ile baş etmede kadınlara bilişsel davranışçı terapi yardımcı olmaktadır (Karaca ve Beji, 2015). Bu yaklaşımın temelinde, eğitimin yanısıra şikayetlere ilişkin bilişsel davranışçı formülasyonun paylaşılması, daha sonra olumsuz duygusal tepkiler ve tepkilere karşı bilişsel davranışçı müdahaleler ve kişiye sorun çözme becerisinin öğretilmesi yer alır (Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Özellikle kadınların günlük hayatta karşı karşıya kaldıkları sıkıntılar, engellemeler ve başarısızlıklarla uygun baş etme yolları geliştirmekte bilişsel

davranışçı terapi yardımcı olabilir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Kadınların aile içinde özellikle eşi tarafından anlayış ve destek görmesi, eşile dostlarıyla ve sevdikleriyle yaşadıklarını paylaşması tedavi sürecini kolaylaştırır. Bu nedenle PMS'li kadınlara tedavi düzenlenirken, bu tedavi yöntemi de göz önünde bulundurulmalıdır.

### **2.7.2.10.Yoga**

Yoga, bedeni, zihni ve ruhu tamamen eğiten ve kişinin kendisini tanımasını sağlayan en eski kişisel gelişim yöntemlerindedir (Duyan, 2007). Yoganın özellikle psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğuna inanılmaktadır (Ovayolu ve Ovayolu, 2019). PMS'de yoganın etkisinin araştırıldığı birçok çalışmada PMS'nin semptomlarını önemli ölçüde azalttığı özellikle kadınların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığı görülmüştür (Wu ve ark., 2015; Tsai, 2016; Kamalifard ve ark., 2017)

### **2.7.3. Cerrahi Tedavi**

PMS semptomlarını şiddetli yaşayan kadınlarda tedavide histerektomi ve bilateral salpingo ooferektominin yararlı olduğu belirtilmiştir (Karaca ve Beji, 2015). Bu tedavi sonrasında cerrahi menopoz ve infertilite oluşacağı için dikkatli karar verilmelidir (Dinç, 2010). Aynı zamanda 50 yaşından önce cerrahi ooferektomi yapılan kadınlarda hormon replasman tedavisi (HRT) düşünülmelidir (Karaca ve Beji, 2015). Bu yöntem en son tercih edilecek tedavi yöntemi olup en kesin sonuç verenidir (Eğicioğlu, 2008).

## **2.8. Premenstrual Sendromda Ağrı Yönetimi**

İnsanların yaşadığı ortak deneyimlerden bir tanesi olan ağrı; hem karmaşık hem de bireyin yaşam kalitesini etkileyen hoş olmayan bir duygudur (Özveren ve Uçar, 2009; Özveren ve ark., 2016). Ağrıyı sadece biyolojik olarak açıklamak mümkün değildir. Ağrının doku harabiyetine karşı oluşan bir reaksiyon olarak ortaya çıktığı düşünülüyor olmasına rağmen inançlar, emosyonel özellik, genetik, kültürel ve bireysel özelliklerde ağrıyı etkilemektedir (Koçoğlu ve Özdemir, 2011). Özellikle ağrının bireysel özelliklerden etkilenmesi onun tanımlanması ve anlaşılmasını güçleştirmektedir (Özveren ve Uçar, 2009) . Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

(IASP) ağrıyla, vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan, gerçek veya olası bir doku harabiyeti ile birlikte bulunan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan emosyonel ve duyuşsal bir davranış şekli olarak tanımlamıştır (Çöçelli ve ark., 2008).

Ağrı insanlık var olduğundan beri olan bir davranış şekli olmasına rağmen çeyrek yüzyıldır ağrıya tıbbi- bilimsel yaklaşım olmuştur. John Bonica dünyada ağrı biliminin önderi olarak kabul edilir. Geçmişte ağrı sadece hastalıkların bir belirtisi olarak kabul edilirken günümüzde özellikle kronik ağrı artık bir sendrom olarak görülmektedir. 1973 yılında IASP'nın (International Association for the Study of Pain) kurulması özellikle ağrıyla ilgili çalışmaları hızlandırmıştır. Ülkemizde de birçok üniversite hastanelerinde ağrı poliklinikleri bulunmaktadır (Çöçelli ve ark., 2009).

Bireylerin ağrı deneyiminde yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerin de rol oynadığı görülmektedir. Literatürde; ağrı görülme sıklığının yaş arttıkça arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı görülmektedir (Erdoğan ve ark., 2001). Ayrıca kadınların erkeklere göre daha fazla ağrıya karşılaştığı da görülmektedir. Bu durum kadınların ağrılarını daha kolay ifade etmeleri ile özellikle anatomik, sosyo-kültürel özellik, yaşam tarzı ve fertl özellikler ile ilişkilendirilmiştir (Şahin, 2004). Koçoğlu ve Özdemir (2011)'in yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik-ekonomik özelliklerle ilişkisini araştırdıkları çalışmada sosyo-demografik ve ekonomik durumun ağrı yaşama için risk faktörü olduğu ve ağrı inançlarına yönelik kültürel faktörlerin değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar ağrı deneyiminde bireysel özelliklerin önemli olduğunu göstermektedir. Özellikle kişilerin ağrıyı ifade etmesi, ağrı görülen bölge, ağrının şiddeti, ağrıyla ilgili inançlar, baş etme metodları kişilerin bireysel özellikleri ve yaşadıkları sosyokültürel çevreye göre farklılık göstermektedir ( Koçoğlu ve Özdemir, 2011).

Koçoğlu ve Özdemir'in (2011) yaptıkları literatür değerlendirmesinde özellikle Afro-Amerikanlar ile Ortadoğu kökenli kişilerin ağrı eşik ve toleranslarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Burada şunu unutmamak gerekir ki, ağrı eşiği kişiden kişiye değişebilir hatta aynı bireyde zamanla da değişebilir. Uykusuzluk, korku, çaresizlik,

yorgunluk, öfke, depresyon, iş kaybı, stres, ailevi kaygılar ağrı eşiğini düşürürken; ruhsal durumun iyi olması, dinlenme, gevşeme, sosyal kişilik, yeterli uyku ağrı eşiğini yükselten faktörlerdir. Bu nedenle farklı zamanlarda aynı bireylerle yapılan ağrı eşiği ile ilgili çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koyabilir (Çöçelli ve ark., 2008).

Bunun yanında bazı kültürlerde ağrı bir statü kaynağı olarak algılanırken, bazılarında ise bir ceza olarak algılanmaktadır. Kültürel olarak hatta bireysel olarak farklı algılanan ağrının kontrol altına alınması bireylerin yaşam kalitesini arttırmada önemli rol oynar (Koçoğlu ve Özdemir, 2011). Çünkü kişilerin yaşadıkları ağrı, sosyal ve aile yaşantılarını, uyku düzenlerini, iş verimliliklerini ve özellikle günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitelerini düşürür (Özveren ve Uçar, 2009).

Premenstrual sendromda en sık görülen belirtilerden biri de ağrıdır. Ağrı özellikle karın, bel, baş bölgesi ve memeler ile kas ve eklemlerde görülür (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Çalışan hemşirelerde menstrual yakınmaların incelendiği bir araştırmada %89 oranında memelerde ağrı ve hassasiyet, %86.5 oranında sırt ile bel ağrısı ve %84 oranında da karın ağrısı saptanmıştır (Daşikan ve Saruhan, 2013).

Yapılan birçok araştırma, kadınların ağrının kontrolünde ilk olarak farmakolojik yöntemleri kullandığını göstermektedir. Köse'nin (2009) yaptığı araştırmada öğrencilerin %13.9'unun ağrı ile baş edemediği, %47.1'inin ağrı kesici olarak baş ettiği saptanmıştır. Kırca ve arkadaşları (2012) PMS ile baş etmede ağrı kesici kullananların oranını %47.6, Oskay ve arkadaşları (2008) %53.4, Keskin ve arkadaşları (2016) %61.4, Kısa ve arkadaşları (2011) %48.7, Eğicioğlu (2008) ise 42.1 olarak saptamışlardır. Ayrıca Eğicioğlu (2008), kadınların %43.3'ünün istirahat ederek ve %10.4'ünün sıcak uygulama yaparak PMS semptomlarını hafifletmeye çalıştıklarını belirlemiştir. Erbil ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmada da PMS'li ağrı yaşayan kadınların %32.5'inin ağrı kesici kullanarak, %27.5'inin istirahat ederek ağrıyı dindirmeye çalıştıkları saptanmıştır. Daşikan ve Saruhan'ın (2013) hemşirelerde menstrüel yakınmaları inceledikleri çalışmada ise, hemşirelerin %32.5'nin menstrüel yakınmalara karşı önlem aldığı, önlem alanların %63'ünün analjezik ilaç kullandığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar ve benzer çalışmalar kişilerin PMS'da görülen ağrıyı gidermek için ağrı kesici ilaç alma dışında kalan yöntemleri etkili kullanmadıklarını göstermektedir (Oskay ve ark., 2008).

Kolaylıkla uygulanabilir olması, kolay erişilebilmesi ve hızlı etki göstermesi sebebiyle analjezik tedavisi PMS’de en sık tercih edilen yöntemdir. Fakat bu ilaçların fazla bir şekilde ve bilinçsiz kullanılması hem kişinin sağlığına zarar vermekte hem de kişi ve ülke ekonomisine yük getirmektedir. Özellikle narkotik analjeziklerin her seferinde daha yüksek dozda alınması sebebiyle tolerans gelişmesi gibi olumsuz etkileri de vardır (Arslan ve Çelebioğlu, 2004; Özveren ve Uçar, 2009).

Farmakolojik yöntemlerin ortaya çıkardığı ekonomik yükü ortadan kaldırmak ve kişi üzerindeki yan etkilerini yok etmek için farmakolojik olmayan yöntemler kullanılabilir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin ister tek başına kullanılsın, isterse farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılsın, ağrının giderilmesinde veya şiddetinin hafifletilmesinde etkili olduğu yapılan farklı çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Fakat farmakolojik olmayan yöntemlerin bu kadar etkili olmasına rağmen araştırmalarda hemşirelerin sıklıkla ağrının kontrolünde ilaç tedavisini yeterli buldukları ve bağımsız olarak yapabilecekleri farmakolojik olmayan yöntemleri yeterince tercih etmedikleri saptanmıştır. Özveren ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada hemşireler ağrısı olan bireye bakım verirken en çok doktor istemine göre analjezik verdiklerini (%98.4) ifade etmişlerdir. Özveren ve Uçar’ın (2009) yaptığı farklı bir çalışmada da öğrenci hemşirelerin %20.6’sının ağrı kontrolünde kullandıkları yöntemin doktor istemine göre analjezik verme olduğu belirlenmiştir. Ay ve Ecevit’in (2010) araştırmasında da ağrı kontrolünde hemşirelerin doktor istemine göre analjezik kullanım oranı %77.2 olarak saptanmıştır. Özveren ve arkadaşları (2016) çalışmalarında hemşirelerin hastaların ağrılarını dindirmede %44’ünün plasebo kullandığını belirtmişlerdir. Fakat plasebo kullanımı ağrının giderilmesini geciktirmesi ve hastanın daha fazla ağrı hissetmesi nedeniyle etik bulunmamaktadır.

Sonuç olarak hemşirelerin ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemleri daha az tercih ettikleri buna sebep olarak bu yöntemler hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları ortaya çıkmaktadır (Özveren ve ark., 2016). Bu nedenle özellikle öğrenci hemşirelere eğitimleri sırasında temel hemşirelik derslerinde ağrı, ağrı kontrolü ve uygulanabilecek farmakolojik olmayan tedaviler hakkında bilgi verilmelidir. Çalışan hemşirelere de bu bilgiler hizmet içi eğitim kapsamında verilmelidir (Özveren ve Uçar, 2009).

## 2.9. Premenstrual Sendromda Hemşirelik Girişimleri

Premenstrual şikayetlerin tanınması, önlenmesi, azaltılması ve başarılı bir tedavi için “bio-psiko-sosyal yaklaşım” gereklidir. Bu yaklaşımda, kadın ve ailesinin eğitimi, menstrual sıklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin ortadan kaldırılması, yaşam şekli, iş ve aile hayatında değişiklikler, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve stresle başa çıkma yollarında değişiklikler yer almaktadır (Kızılkaya, 1994).

PMS belirtileri yaşayan kadınlara baş etme yöntemlerinde, PMS hakkında bilgi vermede, iletişim kurmada ve destek olmada hemşirenin rolü büyüktür. Hemşirelerin yapacağı topluma yönelik sağlık eğitimi çok önemlidir. Özellikle okullarda ve üniversitelerde genç kızlara menstrual siklus, PMS, hormonal değişiklikler, dismenore hakkında doğru bilgiler kazandırılmalıdır. Bunun yanında beslenme, egzersiz, stres ile baş etme, ağrı gibi konularda da eğitim verilmelidir. Bu eğitim birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında, aile ortamlarında, kadınların toplu olarak bulunduğu halk eğitim merkezlerinde 15-49 yaş arası kadınlara verilmelidir (Kızılkaya, 1994). Eğitim ile menstruasyonun normal bir durum ancak PMS'un bir sorun olduğu, gerektiğinde uzmana başvurma bilinci kazandırılmalıdır (Çatakoğlu, 2016). Ayrıca kişiler kendilerinde görülen menstrual semptomlarla baş etmede ilk başvuru olan analjezik kullanmadan önce gevşeme yöntemleri uygulama konusunda desteklenmeli ve eğitim verilmelidir. (Kırcan ve ark., 2012).

PMS nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadınlardan tıbbi hikaye, üreme sağlığı, menstrual ve PMS hikayesine yönelik sorular sorularak ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Kadında hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha sık görüldüğü belirlenmeli, kadının kendini rahat ifade edebilmesi için uygun ortam yaratılmalı ve soruları cevaplanmalıdır (Karaca ve Beji, 2015).

## 2.10. Ölçek Çalışmalarında Geçerlik ve Güvenirlik

Ölçekler, ölçmeye konu olan özelliklerin sıralanması, miktar ve ya derecelerinin saptanması ve sınıflandırılması için uyulması gereken kısıtlama ve kuralları belirleyen ölçme araçlarıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Ölçekler, ölçme işlemini basitleştirmenin yanında, elde edilen verilerin niteliğinin de saptanmasını sağlar (Tavşancıl, 2002). Belli bir kültürde ve dilde oluşturulan bir ölçek o kültüre ait



örnekleme ve kavramlaştırma özelliklerini içerir. Bu ölçeğin farklı dillerde veya kültürlerde kullanılabilmesi için yapılan çalışmalara “ölçek uyarlaması” denir (Aksoy, 2014). Uyarlama yapılmadan önemli önemli iki konunun incelenmesi gerekmektedir. Bunlardan ilki, uyarlanacak olan ölçeğin gerçekten gerekli olup olmadığıdır. Araştırmacılar ölçeğin hedefine ne kadar uygun olup olmadığı konusunda net bilgi sahibi olmalıdırlar. Çünkü bu çalışmalar önemli düzeyde kaynak ve çaba gerektirir. İkincisi ise, ölçeğin gerçekten kullanılabilir en iyi araç olup olmadığına değerlendirilmesidir (Çapık ve ark., 2018). Aynı zamanda bir ölçeğin standart bir ölçme aracı olabilmesi için güvenilirlik ve geçerlik özelliklerine sahip olması gerekmektedir (Aksoy, 2014).

### **2.10.1.Geçerlik Çalışmaları**

Geçerlik, bir ölçme aracının, başka hiçbir özellik karıştırmadan ölçmeyi planladığı özelliği, doğru ölçebilme kademesidir. Geçerliğin davranışsal özelliklerin ölçülmesinde önemli bir yeri vardır. Davranışsal özelliklerde kullanılan ölçeklerin hiçbirinin geçerliği tam değildir. Fakat yeterli sayılabilecek derecede ölçümler ölçeklerin geçerli düzeye getirilmesini sağlar (Ercan ve Kan, 2004).

Bir ölçeğin geçerliği yalnızca o ölçekle belirlenemez. O ölçeğin puanlama biçimine, kullanım amacına ve uygulandığı gruba da geçerliği bağlıdır. Bir ölçeğin geçerliğin test edilmesi için geliştirilmiş birden fazla yöntem vardır (Aksoy, 2014). Bu yöntemler çalışmanın niteliğine göre değişmekle birlikte, dil eşdeğerliği, içerik/kapsam geçerliği ve yapı geçerliğidir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

#### **2.10.1.1.Dil Eşdeğerliği**

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesinin o ölçeğin doğasını değiştirmesi kaçınılmaz bir durumdur. Bu durum dilsel farklılıklar ve kavramlaştırmadan kaynaklanmaktadır. Bir ölçek uyarlamada farkları en aza indirmek için, ölçek maddelerinin itinayla incelenmesi, çevrilen dilde anlam ifade edebilmesi için gerekli dönüşümlerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin değerlerine göre standardize edilmesi gereklidir (Öner, 1997).

Dil uyarlamasında çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniği çok önemlidir. Çevirmenler seçilirken, sadece dili iyi bilmesi yeterli değildir. Aynı zamanda her iki

kültürü yakından tanıyıp iki dili de ana dili gibi bilmelidir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Çevirmenler hedef dilin gramerini, kültürel ve deyimsel yapısını korumalı ve ayrıca konunun kavramsal içeriği de çeviriyi yaparken korumalıdır. Çeviriden sonra ölçeklerin dili doğal ve kabul edilebilir olmalıdır (Çapık ve ark., 2018).

Zaman almasına rağmen çeviri-geri çeviri yöntemi çalışmalarda en çok tercih edilen yöntemdir. Bu yöntemde ölçek orijinal dilden hedef dile çevrilir. Sonra bu çeviri her iki dili de bilen çevirmen ya da çevirmenlerce kaynak dile geri çevrilir. Yapılan bu geri çeviri orijinal ölçekle karşılaştırılır ve her madde titizlikle incelenerek gerekli düzeltmeler ve düzenlemeler yapılır (Çapık, 2013). Çapık ve arkadaşları (2018), geri çeviri yapılırken hedef çevirinin orijinal diline göre nasıl bir değişim gösterdiğini saptamak için, çevirmenlerin başlangıçta ölçeğin orijinal halini görmemesi gerektiğini belirtmektedirler. Ayrıca çevirisi yapılan formun orijinal ölçeği geliştiren araştırmacıya gönderilerek anlam farklılıklarının olup olmadığının tartışılabileceğinden de bahsetmektedirler.

#### **2.10.1.2. Kapsam Geçerliği**

Kapsam geçerliği bir bütün halinde ölçeğin ve ölçekteki maddelerin ne derecede amaca hizmet ettiğidir. Kapsam geçerliğinde ölçeğin geliştirildiği alanı ve ölçek sorusu hazırlama yöntemlerini iyi bilen uzmanların görüşü alınır. Ölçekteki her madde için, uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır ve uzmanların eleştiri ve önerileri doğrultusunda ölçek yeniden düzenlenir (Aksayan ve Gözüm, 2002). Uzmanların kapsam geçerliği için yaptığı düzenleme çeşitli tekniklerle yapılır. Bunlardan ilki 1975 yılında Lawshe tarafından geliştirilen Lawshe tekniğidir. Lawshe tekniği 6 basamaktan oluşmaktadır. Bunlar;

- Alan uzmanları grubu oluşturulması
- Aday ölçek formlarının hazırlanması
- Uzman görüşlerinin elde edilmesi
- Maddelere ait kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi
- Ölçeğe ait kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi
- Kapsam geçerlik oranları-indeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması

Lawshe tekniğinde her bir madde için en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşleri “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili fakat gereksiz” veya “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” şeklinde derecelendirilmektedir. Ayrıca maddenin hedef kitleye uygunluğu, anlaşılabilirliği amacıyla da uzman görüşleri derecelendirilebilir. Herhangi bir maddeye ait uzmanların görüşleri bir araya getirilerek kapsam geçerlik oranları bulunur. Bu oranlar, herhangi bir madde ile ilgili “gerekli” diyen uzman sayılarının, maddeye ait fikir bildiren toplam uzman sayısına oranının 1 eksiğiyle elde edilir (Yurdugül,2005).

Kullanılan diğer bir teknik Davis tekniğidir. Bu teknik uzman görüşlerini (a) “uygun”, (b) “madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “madde uygun değil” olarak derecelendirilmektedir. Burada madde uygun ve madde hafifçe gözden geçirilmeli seçeneklerini seçen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek o maddeye ait “Kapsam Geçerlik İndeksi” (KGİ) elde edilir ve KGİ'nin 0.80 olması kabul edilebilir bir seviye anlamına gelmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

### **2.10.1.3.Yapı Geçerliği**

Yapı, birbirleriyle bağlantılı olduğu düşünülen belirli öğelerin veya öğeler arasındaki ilişkilerin meydana getirdiği bir örüntüdür (Ercan ve Kan, 2004). Yapı geçerliği hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri hangi seviyede doğru ölçtüğü ile ilgilidir ve aynı zamanda ölçekten elde edilen sonuç ile bu sonucun ne ile ilgili olduğunun açıklanmasını da sağlamaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Yapı geçerliğini saptama süreci bazı basamakları kapsar. Bunlar;

- a) Ölçek performansını ölçmede kullanılacak yapıyı tanımlamak,
- b) Kavramı veya yapıyı saptayan ölçek sonuçlarına ilişkin hipotezleri teoriden çıkarmak,
- c) Çıkarılan hipotezleri test etmek için deneysel ile istatistiki çalışmalar yapma ve yorumlamalarda bulunmaktır (Ercan ve Kan, 2004).

## 2.10.2. Güvenirlik Çalışmaları

Güvenirlik, bir ölçme aracının birbiriyle tutarlı, duyarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, bir farklı deyimle aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılığıdır. Geçerlik için ön koşul güvenirliliktir. Güvenirlik bir ölçüğün her zaman aynı sonuçları vereceğini belirtir. Testin devamlılığını gösterir. Test uygulamasındaki ve test puanlamasındaki hatalar ile ölçek maddeleri ve testi yanıtlayan kişiler ile ilgili hatalar güvenirliliği olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir (Çapık, 2013). Güvenirlik hesaplaması, ölçüğün içerdiği maddelerin birbirleri ile olan ilişkisidir. Bu ilişkiyi test etmek için kullanılan korelasyon formülleri; Spearman-brown ve Kuder Richardson 20, Pearson Momentler Çarpımı, Cronbach alfa ve çift seri teknikleridir (Ercan ve Kan, 2004).

Güvenirlik ölçütü 2 ana başlık altında toplanır;

-Değişmezlik

-İç Tutarlık

### 2.10.2.1. Değişmezlik

Değişmezlik, farklı zamanlarda aynı ölçme aracının aynı kişilere uygulanması ve kişilerin verdiği cevapların tutarlı olmasıdır. Test-tekrar test ile paralel form güvenirliliği ile değişmezlik sağlanır.

Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli düzeyde hatırlamaları önleyecek kadar uzun, ancak ölçülecek özellikte değişim olmasına müsaade etmeyecek kadar kısa zaman aralığında iki kere uygulanmasıdır (Ercan ve Kan, 2004). İki ölçek uygulamasından elde edilen korelasyon katsayısının en az 0.70 olması ölçüğün değişmez olduğunu gösterir (Çapık ve Pasinlioğlu, 2015).

Paralel form güvenirliliği ölçek geliştirilirken, aynı zorluk seviyesi ve aynı içerikte maddelerden oluşan iki eşdeğer paralel form hazırlanmışsa tercih edilir. Ölçmelerin eşdeğer sayılabilmesi için ortalama ve standart sapmalarının eşit olması aynı zamanda da aynı değişkeni ölçmesi gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

### 2.10.2.2. İç Tutarlılık

Belli bir bölümü ölçtüğü düşünülen maddelerin kendi aralarında ne derece homojen olduğunun, maddelerin yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin iyi bir ölçütüdür. İç tutarlılığın benimsediği temel görüş, her bir ölçme aracının belli hedefi gerçekleştirmek için, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ile bunların bir bütün halinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

İç tutarlılığın sınıandığı yöntemlerden biri yarıya bölme yöntemidir. Formu, iki eş parçaya bölerek deneklere aynı anda iki yarının uygulanması sonucu deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki güvenilirlik ve korelasyon tahmini yapılmasını yarıya bölme yöntemi sağlar (Ercan ve Kan, 2004)

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyans toplamının genel varyansın oranlanması ile bulunan ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach (1951) tarafından geliştirilen, maddeler doğru-yanlış olacak şekilde puanlanmadığı zaman, 1-3,1-4,1-5 gibi puanlandığında tercih edilen bir iç tutarlılık yöntemidir. Hesaplanan katsayı için genel kabul en az 0.70 olmalıdır (Karakoç ve Dönmez, 2014).

Kuder-Richardson yöntemi, bütün maddelerin hem ölçeğin tamamıyla hem de birbirleriyle olan iç tutarlılığını tahmin etme amacına hizmet eder. Bu sebepten yöntem, ölçekteki bütün maddelerin aynı değişkeni ölçtüğü varsayımına dayanır. Uygulamada veri seti, ölçekteki maddelere verilen cevaplar istenilen özelliği taşıyorsa “1” puan, boş bırakılmış ya da taşıyamıyorsa “0” puan verilerek oluşturulur (Ercan ve Kan, 2004). Kuder-Richardson (KR) 20 ve 21 formları vardır. Bir ölçeğin KR-20 ve KR-21 güvenirliliği yüksek bulunmuşsa, bu ölçekteki maddelerin aynı yeterliliği ölçtüğü ve ölçek puanlarının tesadüfi hatalardan uzak olduğu sonucuna varılabilir (Karakoç ve Dönmez, 2014).

## 3.GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Kaiser ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen özgün ismi “Premenstrual Change Coping Inventory” olan, “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği”ni Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla yapılmış metodolojik türde bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Fatsa Devlet Hastanesi’nde polikliniklere başvuran kadınlara uygulanmıştır. Araştırmanın verileri, araştırma izinleri alındıktan sonra, 03.12.2018-03.05.2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

#### 3.3.1. Araştırmanın Evreni

Metodolojik olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Fatsa Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran kadınlar oluşturmuştur.

#### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneğine, herhangi bir polikliniğe başvuran ve çalışmaya alınma şartlarını yerine getiren 170 kadın alınmıştır. Metodolojik çalışmalarda örneklem sayısının saptanmasında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı alınması literatürde önerilmektedir (Öner 1987; Davis ve Robinson 1995). Bu araştırmada, ölçek 17 maddeden oluştuğu için, örneklem sayısı madde sayısının 10 katı olarak alınmıştır.

##### 3.3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18-45 yaş aralığında olma,
- En az ilkokul mezunu olma,
- Sözel iletişim kurabilme,
- Menstrual siklusu 24-35 gün aralığında olma,

- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmama,
- Jinekolojik hastalığı olmama,
- Yakın zamanda antidepresan, benzodiazepinler/antipsikotikler, kombine oral kontraseptif veya hormon kullanmama,
- Premenstruel Sendrom Ölçeği'nden 122.68 puan ve üzerinde alma ve
- Araştırmaya katılmayı kabul etmedir.

### **3.3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- 18 yaşın altında ve 45 yaşın üstünde olan,
- En az ilkokul mezunu olmayan,
- Sözel iletişim kuramayan,
- Son 3 ayda doğum yapan veya emzirme döneminde olan,
- Gebe olan,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olan, (orta ya da ciddi depresyon teşhisi, psikoz, bipolar hastalık, yeme bozukluğu, somatik semptom bozukluğu ya da akut intihar eğilimi olan),
- Jinekolojik hastalığı olan (ör: histerektomi, ooferektomi, jinekolojik kanser, polikistik over sendromu, infertilite, endometriozis)
- Yakın zamanda antidepresan, benzodiazepinler/antipsikotikler, kombine oral kontraseptif veya hormon kullanan,
- Menopozda olan,
- Premenstruel sendrom ölçeği'nden 122.68 puanın altında puan alan ve araştırmaya katılmayı red eden kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (Ek-2), dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliği yapılan Premenstruel

Değişimle Baş Etme Ölçeği (Premenstrual Change Coping Inventory)(Ek-3) ile toplanmıştır (Kaiser ve ark., 2017; Gençdoğan, 2006).

### 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, eşinin eğitim düzeyi, mesleği, ailenin gelir düzeyi, aile tipi, kadınların sigara içme durumu, ilk adet yaşı, ilk adet öncesi bilgi alma durumu, ilk adet görmeye ve şu anda adet görmeye ilişkin tepkileri, ortalama adet kanaması süresi, adet düzeni, adetlerde ağrı olma durumu, adetten 10 gün öncesine ait kendinde, annesinde ve kızkardeşinde görülen fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişimlerin sorgulanmasını içermektedir.

### 3.4.2. Premenstruel Sendrom Ölçeği

Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) “Hiç”, “Çok az”, “Bazen”, “Sık sık”, “Sürekli” gibi seçenekleri olan beş dereceli likert tipte ve 44 maddeden oluşan bir ölçektir. PMSÖ'nin uygulanması çok kolay olup ölçeğin başlangıcındaki yönergede açıklandığı gibi, madde okunduktan sonra bu durumun “*adetten bir hafta önceki süre içinde olma*” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, “*Depresif Duygulanım*” (1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7. madde), “*Anksiyete*”(8.,9.,10.,11.,13.,15.ve16.madde), “*Yorgunluk*”(12.,14.,17.,18.,25. ve 37. madde), “*Sinirlilik*” (19.,20.,21.,22. ve 23. madde), “*Depresif Düşünceler*” (24., 26., 27., 28., 29.,30. ve 44. madde), “*Ağrı*” (31.,32. ve 33. madde), “*İştah Değişimleri*” (34.,35. ve 36. madde), “*Uyku değişimleri*” (38.,39. ve 40. madde) ve “*Şişkinlik*” (41.,42. ve 43. madde) olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ” toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

Özgün çalışmada PMSÖ'den alınan toplam puana göre küme analizi sonrasında premenstrüel şikayetlerin şiddetinin derecesi açısından “*Hafif*” (81.19



puan), “Orta” (122.68 puan) ve “Şiddetli” (163.09 puan) olmak üzere üç küme altında incelenebileceği ve kümeler arası puan farkının önemli olduğu belirtilmekte, kesme noktaları için küme analizi ile ortaya çıkan değerler temel alınsa da, aslında kesme noktaları, PMS tanısı konmuş kişilerle PMS olmayan kişilerin karşılaştırılması ile daha doğru olarak belirlenebileceği belirtilmektedir. Özgün çalışmada, PMSÖ’den alınan toplam puanlar ile alt boyutlarından alınan toplam puanlara göre değerlendirme yapılmasının daha uygun olacağı belirtilmekte, PMSÖ sonuçları değerlendirilirken alınan toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın % 50’sini geçme durumuna göre PMS’nin olup olmadığı yönünde değerlendirilmesi önerilmektedir. Özgün çalışmada, PMSÖ’nün Cronbach Alfa katsayısı 0.76 olup, alt boyutların Cronbach alfa değerlerinin 0.76-0.91 arasında olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada, premenstrüel şikayetlerin şiddetinin derecesi “orta” düzeyde olan, PMSÖ puan ortalaması 122.68 puan ve üzeri alan kadınlar çalışma kapsamına alınmıştır. Kadınların PMSÖ puan ortalaması  $157.10 \pm 12.42$  (126-170 puan) bulunmuştur. PMSÖ’nün toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.733 olup, alt boyutların Cronbach alfa değerlerinin de 0.461-0.887 arasında olduğu saptanmıştır.

### **3.4.3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği**

Kaiser ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen “Premenstrual Change Coping Inventory” (PMS-Cope) (Ek 1) ölçeği Türkçe’ye “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği (PMS-Başetme)” olarak çevrilmiştir. Ölçek 17 maddelidir ve üç alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; “Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama” alt boyutu (1.,2.,3.,4.,5.,6.,7. maddeler), “Destek Arama” alt boyutu (8.,9.,10.,11.,12. maddeler), “Sağlık Bakımı Kullanma Davranışı” (13.,14.,15.,16.,17.maddeler) bu boyutta bulunmaktadır. Ölçeğin maddeleri 4’lü likert tipte cevaplanır. Ölçek “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “emin değilim”(2 puan), “katılıyorum”(3 puan) ve “kesinlikle katılıyorum” (4 puan) seçeneklerini içermektedir. Alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan ise 68’dir. Ölçeğin yönergesinde, adet başlamadan önceki günleri düşünerek cevap verilmesi istenmektedir. Ölçek, kadınlarda premenstrual değişimle baş etmede kullanılan yöntemleri tanımlamak için kullanılır (Kaiser ve ark., 2017). Ölçeğin üç alt boyutlu özgün formunda, toplam ölçek

Cronbach alfa katsayısı 0.78' olup, alt boyutlar da Cronbach alfa değerleri “*Olumlu Etkileyen Davranışlar*” için 0.79, “*Destek Arama*” için 0.71 ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” için 0.70'dir (Kaiser ve ark., 2017). Bu çalışmada *Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*'nin tüm maddeleri için Cronbach alfa katsayısı 0.860 olup, “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0.840, “*Destek arama*” alt boyutu için 0.898 ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” alt boyutu için 0.780'dir.

### **3.4.3.1. Premenstrual Değişimle Başetme Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Geçerlik ve Güvenirliği**

#### **Dil Eşdeğerliği**

Premenstrual Değişimle Başetme Ölçeği'nin dil geçerliliği test etmek için çoğunlukla kabul edilen, çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Özgün ölçeğin maddelerinin, iki uzman çevirmen tarafından öncelikle Türkçe'ye çevrilmiş olup, Türkçe'ye çevrilen ölçek, iyi düzeyde İngilizce bilen bir öğretim üyesince incelenerek bütün maddeler ve alt boyutlar için en iyi çeviri belirlenmiştir. Daha sonra, çevirisi yapılan bu ölçeğin uzman bir dil bilimci tarafından özden diline (İngilizce) geri çevirisi yapılmış, özgün ölçek ve geri çevirisi yapılan yeni ölçekteki maddeler karşılaştırılmış ve eşdeğerlik elde edilmiştir (Erefe, 2002). Türkçe diline çevirisi yapılan maddeler incelenerek ortak bir ölçek meydana getirilmiştir.

#### **Kapsam Geçerliği**

Premenstrual Değişimle Başetme Ölçeği'nin kapsam geçerliği için, dil uyarlaması yapılan maddelerin, ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini belirlemek için uzman görüşleri alınmıştır. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe formu dil ve kapsam geçerliğinin belirlenmesi için Türkiye'deki Üniversitelerin Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dallarında görevli olan 10 Öğretim Üyesine uzman görüşü için sunulmuştur (Ek-6). Uzman görüşünün değerlendirilmesinde, kapsam geçerliği sonuçları için Davis tekniği ve Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır (Erefe, 2002).

Uzmanlar, ölçeğin maddelerini Davis tekniğinde kullanılan dörtlü derecelendirmeye göre değerlendirmiştir. Her bir madde;

1. “Uygun değil” ,
2. “Uygun şekilde getirilmesi gerekir”,
3. “Uygun ama ufak değişiklik gerekiyor”,
4. “Çok uygun” biçiminde değerlendirilmiştir.

“Ölçeğin kapsam geçerliliği vardır” demek için CVI Skoru 0.80 ve üzerinde olmalıdır. Bu çalışmada da CVI skoru 0.80 ve üzeri olan maddeler kapsama alınmıştır (Esin, 2014).

### **3.5. Ön Uygulama**

Alınan uzman görüşleri ile yapılan düzenlemeler sonucu son hali oluşturulan ölçek sorularının anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla örneklem kriterlerine uygun ve araştırmaya dahil edilmeyen 17 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada kadınlardan ölçek maddelerini anlaşılabilirliği açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Kadınlardan herhangi bir öneri gelmediği için, ölçekte herhangi bir değişiklik yapılmadan oluşturulan şekli ile araştırmada kullanılmıştır. Ön uygulamada kullanılan form ve ölçekler çalışmaya alınmıştır.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Premenstrual Değişimle Başetme Ölçeği ile toplanmıştır (Ek-3) ve Premenstruel Sendrom Ölçeği (Ek-4) ile toplanmıştır. Form ve ölçekler, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların kendileri tarafından araştırmacının gözetiminde doldurulmuş, form ve ölçekler doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılmaları için davet edilmişlerdir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (Ek-11). Kadınlar önce Kişisel Bilgi Formu ve PMSÖ’ni cevaplamıştır. Anında PMSÖ puan hesaplaması araştırmacı tarafından yapılarak, PMSÖ’den 122.68 ve üzeri puan alanlara Premenstrual Değişimle Başetme Ölçeği verilerek doldurmaları istenmiştir. PMSÖ’den 122.68 puanın altında alan kadınlar

araştırma kapsamına alınmamıştır. Kişisel Bilgi Formu ve ölçek sorularının cevaplanması yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Kaiser'den "Premenstrual Change Coping Inventory (PMS-Cope)"nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için e-posta ile ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-7). Ayrıca, Premenstrual Sendrom Ölçeği'ni geliştirerek geçerlik güvenilirlik çalışmasını yapan Gençdoğan'dan ölçeğin araştırmada kullanımı için e-posta ile izin alınmıştır (Ek-8). Çalışmaya başlamadan, araştırmanın yürütülmesi için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden (12.11.2018-66501263-799) araştırma izni (Ek-9). ve Ordu Üniversitesi İnvaziv Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (29.11. 2018-244) Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek-10). Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (Ek-11).

### **3.8.Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler, SPSS for Windows 23 paket programı ve LISREL 8.51 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliliği için Davis tekniği ve Content Validity Index kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi için Kaiser-Mayer-Olkin Analizi ve Bartlett Testi, temel bileşenler analizi, varimax döndürme yöntemi, anti-imağ korelasyonu kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için  $\chi^2/SD$  değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri kullanılmıştır. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ne yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yüklerine ait PATH diyagramı oluşturulmuştur. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için iç tutarlılık analizi için, Cronbach alfa katsayısı, madde toplam korelasyonu ve alt- üst %27'lik grup karşılaştırması bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Kadınların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Kadınların yaş ortalamalarının  $30.65 \pm 6.12$  yaş (19-46 yaş) olduğu, günde ortalama  $0.81 \pm 3.46$  sigara tükettiği, ortalama sigara içme sürelerinin  $0.79 \pm 3.05$  yıl olduğu belirlenmiştir. Kadınların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de sunulmuştur. Kadınların %35.9'unun ortaokul mezunu olduğu, %87'sinin ev hanımı olduğu ve hepsinin evli olduğu belirlenmiştir. Kadınların %31.8'inin eşinin ilkokul mezunu olduğu, %86.5'inin eşinin serbest meslek sahibi olduğu, %65.9'unun çekirdek ailede yaşamakta olduğu, %68.8'inin orta düzey gelire sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların %7.1'inin sigara alışkanlığı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo Demografik Özellikler	n	%
<b>Eğitim Durumu</b>		
İlkokul mezunu	56	32.9
Ortaokul mezunu	61	35.9
Lise	34	20.0
Üniversite	19	11.2
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	148	87.0
Memur	11	6.5
Serbest meslek	11	6.5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	170	100
<b>Eş Eğitim Durumu</b>		
İlkokul	45	26.5
Ortaokul	54	31.8
Lise	49	28.8
Üniversite	22	12.9
<b>Eş Mesleği</b>		
Memur	13	7.6
İşçi	7	4.1
Çiftçi	3	1.8
Serbest meslek	147	86.5
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	112	65.9
Geniş aile	58	34.1
<b>Gelir Seviyesi</b>		
Düşük düzeyde	50	29.4
Orta düzeyde	117	68.8
Yüksek düzeyde	3	1.8
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
Evet	12	7.1
Hayır	158	92.9

Kadınların menarş yaş ortalaması  $13.48 \pm 1.14$  (10-17 yaş) olduğu ve menstruasyon süresi ortalaması  $5.58 \pm 1.33$  gün (3-10 gün) olduğu bulunmuştur. Kadınların menstruasyona ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Kadınların %71.8’inin menarştan önce menstruasyon hakkında bilgi aldığı, %60’ının bu bilgiyi “yeterli” gördüğü, %78.2’sinin menarşta ilk tepkisinin “olumlu” olduğu ve kadınların tamamının şu anda menstruasyona tepkisinin “olumlu” olduğu belirlenmiştir. Kadınların %57.1’i menstruasyonlarının “genelde düzenli” olduğunu, %86.5’i dismenoresi olduğunu, %83.5’i annesinin menstruasyona tepkisini bilmediğini, %56.5’inin annesinin premenstrual dönemde sorunlarının olduğunu ifade ettiği, %41.2’sinin kız kardeşinin premenstrual dönemde sorunları olduğunu belirttiği bulunmuştur (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** Kadınların Menstruasyona İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

<b>Kadınların Menstruasyona İlişkin Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Menarştan Önce Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	122	71.8
Hayır	48	28.2
<b>Menarş Öncesi Alınan Bilgiyi Değerlendirme (n=122)</b>		
Yeterli	102	83.6
Yetersiz	20	16.4
<b>Menstruasyona İlk Tepki</b>		
Olumlu	133	78.2
Olumsuz	37	21.8
<b>Menstruasyona Şuandaki Tepki</b>		
Olumlu	170	100
<b>Menstruasyon Düzeni</b>		
Her zaman düzenli	6	3.5
Genelde düzenli	97	57.1
Bazen düzensiz	30	17.6
Çok düzensiz	37	21.8
<b>Menstruasyonun Ağrılı Olma durumu</b>		
Evet	147	86.5
Hayır	23	13.5
<b>Annenin Menstruasyona Tepkisi</b>		
Olumlu	17	10.0
Olumsuz	11	6.5
Bilmiyorum	142	83.5
<b>Annenin Menstruasyon Öncesi Sorunları</b>		
Evet	96	56.5
Hayır	15	8.8
Bilmiyorum	59	34.7
<b>Kız Kardeşin Menstruasyon Öncesi Sorunları</b>		
Evet	70	41.2
Hayır	15	8.8
Bilmiyorum	64	37.6
Kız kardeşim yok	21	12.4

## **4.2.Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi**

Bu çalışmada “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği”nin Türk kültüründe geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olup olmadığını saptamak için, ölçeğin kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç geçerliliği incelenerek, bulgular sunulmuştur.

### **4.2.1.Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Dil Geçerliliği**

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin dil çevirisinde en çok tercih edilen yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak ölçek iki İngiliz dil bilimci tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Çevrilen bu ölçek formu Türkçe-İngilizce diline hakim, anadili İngilizce olan ve ölçeğin orijinal halini bilmeyen bir çevirmen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir.

### **4.2.2.Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Kapsam Geçerliliğine İlişkin Bulgular**

Geçerlik ve güvenirliliği incelenen Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği için öncelikle çeviri süreci tamamlandıktan sonra ölçek kapsam geçerliliğini sağlamaya yönelik olarak kültürel eş değeri de içeren değerlendirme için, uzman görüşü alınmak üzere 10 öğretim üyesinin görüşü alınmıştır.

Uzman görüşlerine göre, Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ne ait maddelerin KGİ skorları Tablo 2'de görülmektedir. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.9-1.0 arasında değişmektedir. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Maddelerine Ait KGI Skorları

<b>Madde ve Alt Boyutlar</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>KGI Skoru</b>
<b><i>Faktör 1.Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama</i></b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.0</b>
A1. Kendimi hoşlandığım şeylerle meşgul ederim.	8	2	0	0	1.0
A2. Dikkatimi başka yöne veririm.	8	2	0	0	1.0
A3. Olumlu duygular beslerim.(Olumlu düşünürüm.)	7	3	0	0	1.0
A4. Hobilerime zaman ayırırım.	9	1	0	0	1.0
A5. Hareket ederim.(yürüyüş, egzersiz v.b.)	7	2	1	0	0.9
A6. Şikayetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var. (örneğin sıcak su torbası, sıcak banyo, vb.)	3	6	1	0	0.9
A7. Arkadaşlarla buluşurum.	9	1	0	0	1.0
<b><i>Faktör 2. Destek arama</i></b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.0</b>
S1. Semptomlarımla ilgili arkadaşlarımla konuşurum.	5	5	0	0	1.0
S2. Diğer insanlardan tavsiye ve destek ararım.	4	5	1	0	0.9
S3. Şikayetlerim hakkında eşimle/partnerimle veya yakın bir arkadaşım ile konuşurum.	9	1	0	0	1.0
S4. Başkalarından anlayış beklerim.	5	5	0	0	1.0
S5. Konuyla ilgili diğer kadınlarla görüş alışverişinde bulunurum.	4	5	1	0	0.9
<b><i>Faktör 3.Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı</i></b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.9</b>
H1. Fiziksel şikayetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.	3	6	1	0	0.9
H2. Yeni tedavi seçenekleri ararım.	9	1	0	0	1.0
H3. Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)	8	2	0	0	1.0
H4. Fiziksel şikayetlerim olduğunda ilaç alırım.	6	3	1	0	0.9
H5. Bazı yiyeceklerden uzak dururum.	10	0	0	0	1.0
<b>Kapsam Geçerlilik İndeksi</b>					<b>0.96</b>



### 4.2.3.Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Kapsam geçerliliğinden sonra, araştırmada daha net bulgular saptayabilmek için Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinden önce yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanması gerekmektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini anlamak amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) analizi ve değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için de Bartlett's testi yapılmıştır (Tablo 4.4). Tablo 4.4'te görüldüğü üzere, Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin KMO değeri 0.786 olarak bulunmuştur. Bu sonuç temel bileşenler analizi için uygunluğu, örneklem hacminin yeterliliğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde Bartlett testi sonuçları da ( $\chi^2 = 1605.126$  p = 0.000) verinin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.4.** Ölçek Maddelerine Ait KMO ve Bartlett Testi Değerleri

KMO	0.786
Bartlett testi	$\chi^2=1605.426$ . p= <b>0.000</b>

Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-ımağ korelasyonlarında bakılmıştır (Tablo 4.5). Ölçek maddelerinin anti-ımağ korelasyon değerleri 0.665-0.915 arasında değişmektedir.

**Tablo 4.5. Anti-image Korelasyonları**

	Ölçek 1	Ölçek 2	Ölçek 4	Ölçek 5	Ölçek 3	Ölçek 7	Ölçek 6	Ölçek 8	Ölçek 9	Ölçek 10	Ölçek 11	Ölçek 12	Ölçek 13	Ölçek 14	Ölçek 15	Ölçek 16	Ölçek 17
Ölçek1	0.812 <sup>a</sup>																
Ölçek2	-0.361	0.802 <sup>a</sup>															
Ölçek4	0.006	-0.375	0.767 <sup>a</sup>														
Ölçek5	-0.346	0.224	-0.117	0.748 <sup>a</sup>													
Ölçek3	-0.188	-0.341	-0.154	-0.077	0.784 <sup>a</sup>												
Ölçek7	0.118	0.019	0.031	-0.012	-0.610	0.797 <sup>a</sup>											
Ölçek6	0.073	-0.032	-0.114	-0.221	-0.044	-0.081	0.915 <sup>a</sup>										
Ölçek8	-0.041	-0.112	0.203	0.030	0.061	-0.123	-0.055	0.804 <sup>a</sup>									
Ölçek9	0.072	0.051	-0.261	-0.106	0.042	0.037	0.030	-0.131	0.763 <sup>a</sup>								
Ölçek10	-0.029	-0.031	0.017	-0.059	0.086	0.018	-0.035	-0.320	-0.085	0.907 <sup>a</sup>							
Ölçek11	-0.054	-0.101	0.158	0.068	0.001	-0.086	-0.020	0.042	-0.730	-0.147	0.776 <sup>a</sup>						
Ölçek12	0.021	0.086	-0.144	0.021	0.009	-0.095	-0.027	-0.555	-0.024	-0.194	-0.055	0.848 <sup>a</sup>					
Ölçek13	0.027	0.015	0.034	-0.007	-0.010	0.158	-0.104	-0.114	0.098	0.087	-0.113	-0.054	0.728 <sup>a</sup>				
Ölçek14	0.045	-0.027	-0.110	-0.015	-0.001	-0.033	0.049	0.044	0.021	0.004	0.015	-0.079	-0.621	0.717 <sup>a</sup>			
ölçek15	-0.034	0.040	0.005	0.118	0.118	-0.195	0.047	0.150	-0.065	-0.096	-0.030	0.053	-0.128	-0.364	0.767 <sup>a</sup>		
ölçek16	0.067	-0.125	0.264	-0.182	-0.109	0.039	-0.030	0.009	0.101	-0.017	-0.129	0.085	-0.012	-0.093	0.010	0.665 <sup>a</sup>	
ölçek17	-0.093	0.094	-0.217	0.022	0.042	-0.090	-0.026	-0.055	-0.081	0.029	0.098	-0.056	-0.139	0.044	-0.073	-0.643	0.748 <sup>a</sup>

a= Örneklem yeterliliği ölçütü

#### 4.2.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

Tablo 4.5'teki bulgular doğrultusunda 17 maddeden oluşan Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ne açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler yöntemi uygulanmıştır (Tablo 4.6). Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin maddeleri, faktör yükleri ve açıklanan varyansı Tablo 4.6'da sunulduğu gibidir. Tablo 4.6 incelendiğinde Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin, orijinal ölçeğe benzer olarak üç alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.30'ın üzerindedir ve açıklanan varyans toplam Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği için %60.329'dur. Bu sebepten bu basamakta ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamış olup üç alt boyutlu yapı kabul edilmiştir. Bu üç alt boyuta orijinal ölçek yapısına uygun olarak Olumlu Etkileyen Davranışlar, Destek Arama ve Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı isimleri verilmiştir.

**Tablo 4.6.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Yönelik Faktör Analizi Bulguları

Maddeler	Faktör Yüğü		
	1*	2*	3*
1 Kendimi hoşlandığım şeylerle meşgul ederim.	<b>0.743</b>	0.044	-0.051
2 Dikkatimi başka yöne veririm.	<b>0.802</b>	0.135	0.004
3 Olumlu duygular beslerim. (Olumlu düşünürüm.)	<b>0.684</b>	0.145	0.066
4 Hobilerime zaman ayırırım.	<b>0.546</b>	0.075	0.052
5 Hareket ederim.(yürüyüş, egzersiz vb.)	<b>0.875</b>	0.034	0.018
6 Şikâyetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var. (örneğin sıcak su torbası, sıcak banyo, vb.)	<b>0.679</b>	0.275	0.102
7 Arkadaşlarla buluşurum.	<b>0.467</b>	0.242	0.136
8 Semptomlarımla ilgili arkadaşlarımla konuşurum.	0.145	<b>0.842</b>	0.078
9 Diğer insanlardan tavsiye ve destek ararım.	0.181	<b>0.812</b>	0.065
10 Şikâyetlerim hakkında eşimle/partnerimle veya yakın bir arkadaşım ile konuşurum.	0.078	<b>0.845</b>	0.048
11 Başkalarından anlayış beklerim.	0.184	<b>0.791</b>	0.149
12 Konuyla ilgili diğer kadınlarla görüş alışverişinde bulunurum.	0.150	<b>0.827</b>	0.145
13 Fiziksel şikâyetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.	-0.057	0.159	<b>0.843</b>
14 Yeni tedavi seçenekleri ararım.	0.006	0.113	<b>0.856</b>
15 Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)	-0.102	0.085	<b>0.736</b>
16 Fiziksel şikâyetlerim olduğunda ilaç alırım.	0.371	-0.011	<b>0.580</b>
17 Bazı yiyeceklerden uzak dururum.	0.408	0.119	<b>0.606</b>
<b>Açıklanan Varyans (%)</b>	22.578	21.379	16.372
<b>Toplam Açıklanan Varyans (%)</b>	<b>60.329</b>		

\*Varimax Döndürme Sonrası alt boyutlar, 1. "Olumlu Etkileyen Davranışlar", 2. "Destek Arama" ve 3. "Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı"

Açıklayıcı faktör analizin sonra daha net bulgulara sahip olmak için doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellenmesi kurulmuştur.

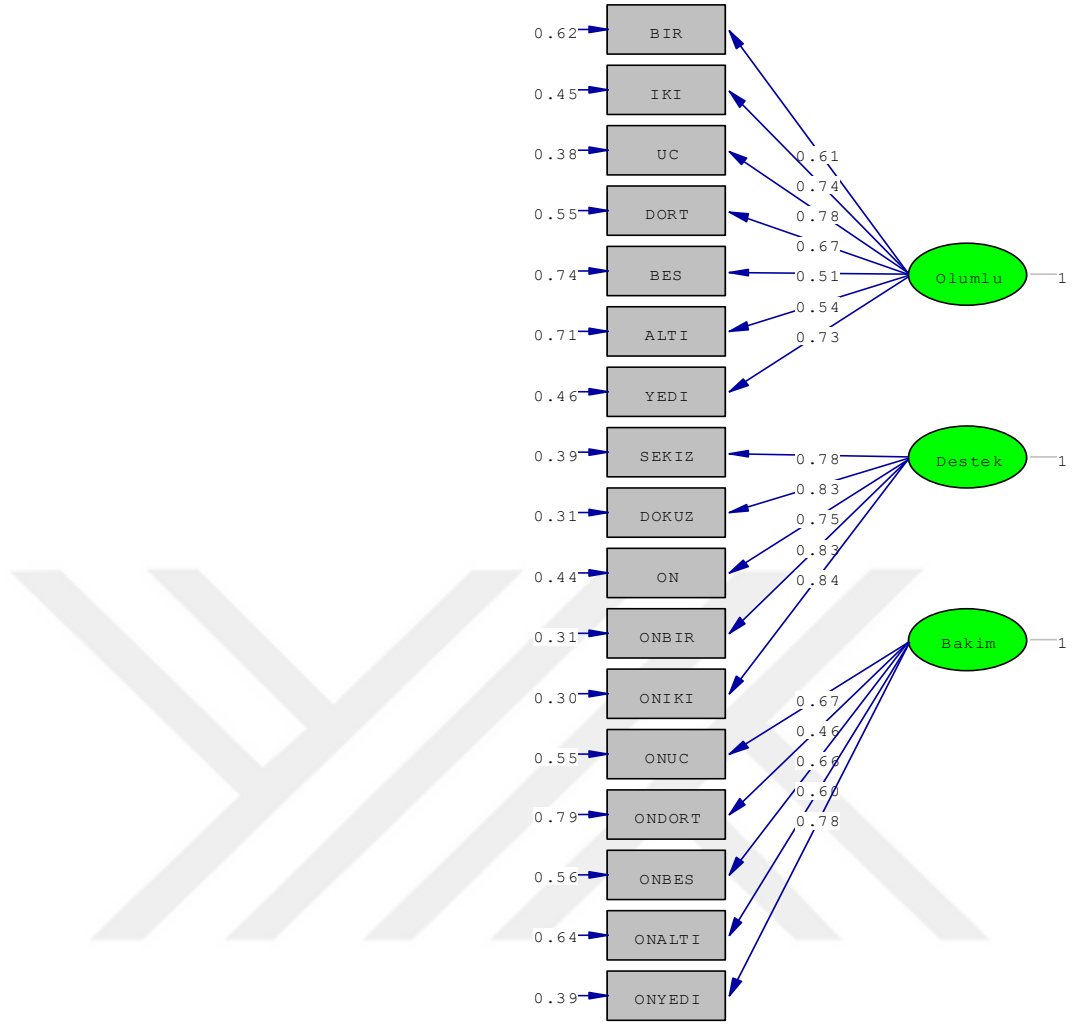
#### 4.2.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Tablo 4.7’de Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine ait elde edilen uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler gösterilmiştir. Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine ait modelin uyumunu incelemek amacıyla farklı indekslerden yararlanılmıştır. Bunlardan;  $\chi^2/SD$  değeri 4.19, GFI 0.93, AGFI 0.91, CFI 0.95, RMSEA 0.079 ve SRMR 0.082 olarak bulunmuştur. İlgili uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıkta kabul edilmiştir.

**Tablo 4.7.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bulunan değer
$\chi^2/SD$	<2	<5	4.19
GFI	>0.95	>0.90	0.93
AGFI	>0.95	>0.90	0.91
CFI	>0.95	>0.90	0.95
RMSEA	<0.05	<0.08	0.079
SRMR	<0.05	<0.08	0.082

Şekil 4.1’de Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde gösterilmiştir. Şekil 4.1’de gösterildiği üzere herhangi bir modifikasyon uygulanmadan ölçek, orijinal yapısında olduğu yapısı ile kabul edilmiştir. Modele ait faktör yükleri 0.46 ile 0.84 arasında değişmektedir. Modele ait tüm maddelerin t değerleri 1.96’nın üzerindedir.



Chi-Square=486.48, df=116, P-value=0.00000, RMSEA=0.07

**Şekil 4.1.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı

### 4.3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği İç Tutarlılık Bulguları

Tablo 4.8’de Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine ait madde ortalamaları, madde toplam korelasyonları, madde silinirse Cronbach alfa katsayıları sunulmuştur. Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğinin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri 0.848 ile 0.861 arasındadır ve pozitif değerlidir. Hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach

alfa katsayısında önemli bir yükselmeye neden olmamaktadır. Bu sebepten bu aşamada da ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

**Tablo 4.8.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine Ait Madde Toplam Korelasyonları

Maddeler	n	$\bar{x}$	SS	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse Cronbach Alfa Katsayısı
1. Kendimi hoşlandığım şeylerle meşgul ederim.	170	2.77	0.99	0.431	0.855
2. Dikkatimi başka yöne veririm.	170	2.28	1.00	0.545	0.850
3. Olumlu duygular beslerim. (Olumlu düşünürüm.)	170	2.42	1.00	0.539	0.850
4. Hobilerime zaman ayırırım.	170	1.97	1.01	0.493	0.852
5. Hareket ederim.(yürüyüş, egzersiz v.b.)	170	3.35	0.87	0.372	0.857
6. Şikâyetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var. (örneğin sıcak su torbası, sıcak banyo, vb.).	170	3.30	0.80	0.444	0.854
7. Arkadaşlarla buluşurum.	170	2.14	1.00	0.584	0.848
8. Semptomlarımla ilgili arkadaşlarımla konuşurum.	170	2.64	0.85	0.556	0.850
9. Diğer insanlardan tavsiye ve destek ararım.	170	2.27	1.02	0.553	0.849
10. Şikâyetlerim hakkında eşimle/partnerimle veya yakın bir arkadaşım ile konuşurum.	170	2.46	0.97	0.493	0.852
11. Başkalarından anlayış beklerim.	170	2.39	1.00	0.584	0.848
12. Konuyla ilgili diğer kadınlarla görüş alışverişinde bulunurum.	170	2.55	0.94	0.574	0.848
13. Fiziksel şikâyetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.	170	1.86	0.82	0.343	0.858
14. Yeni tedavi seçenekleri ararım.	170	1.48	0.65	0.237	0.861
15. Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)	170	1.71	0.80	0.366	0.857
16. Fiziksel şikâyetlerim olduğunda ilaç alırım.	170	2.89	1.15	0.417	0.857
17. Bazı yiyeceklerden uzak dururum.	170	2.54	1.18	0.535	0.850

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği alt ve üst %27’lik dilim karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Bu bulgu ölçeğin ayırt edicilik gücünü göstermede bir işarettir.

**Tablo 4.9.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Alt%27 ve Üst %27'lik Grup Karşılaştırma Sonuçları

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği	n	$\bar{x}$	SS	Test ve p
Üst %27	46	51.87	3.83	t=13.062
Alt %27	46	43.59	1.96	p=0.000

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği ve alt boyutlarından alınan en alt, en üst, ortalama ve standart sapma puanları ile Cronbach alfa katsayıları Tablo 4.10'da sunulmuştur. Tablo 4.10'da görüldüğü gibi kadınların, “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*”nden ortalama 41.04±8.99 puan aldığı ve alınan puanların 18-62 arasında değiştiği, “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutundan 18.24±4.77 puan aldıkları ve puan aralığının 7-28 olduğu, “*Destek Arama*” alt boyutundan 12.31±4.04 puan aldıkları ve puan aralığının 5-20 olduğu, “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” alt boyutundan 10.49±3.44 puan aldıkları ve puan aralığının 5-19 olduğu saptanmıştır. Ayrıca “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” Alt Boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0.841, “*Destek Arama*” Alt Boyutu için 0.898, “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” Alt Boyutu için 0.780 ve Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği toplamı için Cronbach alfa katsayısı 0.860'dır.

**Tablo 4.10.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği ve Alt Boyutlarının En Alt, En Üst, Ortalama ve Standart Sapma Puanları ve Cronbach Alfa Katsayıları

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği ve Alt Boyutları	n	En alt puan	En üst puan	$\bar{x}$	SS	Cronbach Alfa Katsayıları
Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama Alt Boyutu	170	7.00	28.00	18.24	4.77	0.841
Destek Arama Alt Boyutu	170	5.00	20.00	12.31	4.04	0.898
Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı Alt Boyutu	170	5.00	19.00	10.49	3.44	0.780
<b>Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği</b>	<b>170</b>	<b>18.00</b>	<b>62.00</b>	<b>41.04</b>	<b>8.99</b>	<b>0.860</b>

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğinden alınan madde puan ortalamaları Tablo 4. 11’de sunulmuştur. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi en yüksek puan “*Hareket ederim (yürüyüş, egzersiz vb.)*” maddesinden, en düşük puan “*Yeni tedavi seçenekleri ararım.*” maddesinden alınmıştır.

**Tablo 4.11.** Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğinden Alınan Madde Puan Ortalamaları

Ölçek maddeleri	n	Min	Max	$\bar{x}$	SS.
1. Kendimi hoşlandığım şeylerle meşgul ederim.	170	1.00	4.00	2.77	0.99
2. Dikkatimi başka yöne veririm.	170	1.00	4.00	2.28	1.00
3. Olumlu duygular beslerim. (Olumlu düşünürüm.)	170	1.00	4.00	2.42	1.00
4. Hobilerime zaman ayırırım.	170	1.00	4.00	1.97	1.01
5. Hareket ederim.(yürüyüş, egzersiz vb.)	170	1.00	4.00	3.35	0.87
6. Şikâyetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var. (örneğin sıcak su torbası, sıcak banyo, vb.).	170	1.00	4.00	3.30	0.80
7. Arkadaşlarla buluşurum.	170	1.00	4.00	2.14	1.00
8. Semptomlarımla ilgili arkadaşlarımla konuşurum.	170	1.00	4.00	2.64	0.85
9. Diğer insanlardan tavsiye ve destek ararım.	170	1.00	4.00	2.27	1.02
10. Şikâyetlerim hakkında eşimle/partnerimle veya yakın bir arkadaşım ile konuşurum.	170	1.00	4.00	2.46	0.97
11. Başkalarından anlayış beklerim.	170	1.00	4.00	2.39	1.00
12. Konuyla ilgili diğer kadınlarla görüş alışverişinde bulunurum.	170	1.00	4.00	2.55	0.94
13. Fiziksel şikâyetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.	170	1.00	4.00	1.86	0.82
14. Yeni tedavi seçenekleri ararım.	170	1.00	3.00	1.48	0.65
15. Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)	170	1.00	4.00	1.71	0.80
16. Fiziksel şikâyetlerim olduğunda ilaç alırım.	170	1.00	4.00	2.89	1.15
17. Bazı yiyeceklerden uzak dururum.	170	1.00	4.00	2.54	1.18



## 5. TARTIŞMA

Hemşirelik sürecinin herhangi bir basamağında kullanılacak olan bir ölçeğin güvenilirlik ve geçerliğinin saptanması; doğru araştırma verilerinin elde edilmesi, kanıta dayalı uygulamalar yapılabilmesi ve hemşirelik teorileri geliştirilebilmesi yönünden önemlidir (Körükçü, 2009).

Son zamanlarda bakım verilen kişi, aile ve toplumun sağlıkla alakalı tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla uyarlanan ve geliştirilen ölçekler ülkemizde hemşirelik araştırmalarında kullanılmaktadır. Bu ölçeklerin çoğunluğu farklı kültürlerde geliştirilmiş olup, bizim kültürümüze uyarlanmış ölçeklerdir (Körükçü, 2009).

Uluslararası bilgi alışverişinde bulunulabilmesi, elde edilen sonuçların karşılaştırılabilmesi, araştırmacının yeni bir ölçek oluşturmak için gerekli olan zamanı kısaltması ve uluslararası yayınlarda tanınan ve üzerinde bilgi paylaşımı yapılan bir ölçeğin Türkçe'ye kazandırılarak kullanılması araştırmacıların ölçek uyarlamasını tercih etme nedenlerindedir (Uçar, 2013).

Bu çalışma Kaiser ve arkadaşları (2017) tarafından geliştirilen Premenstrual Change Coping Inventory'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak bu alana özgü yeni bir ölçme aracı kazandırmak amacıyla yapılmıştır. Türkiye'de premenstrual sendromun varlığını ve şiddetini ölçmeye yönelik çeşitli ölçüm araçları bulunmaktadır fakat premenstrual dönemdeki değişimlerle baş etmeye yönelik herhangi bir ölçüm aracına saptanmadığı için bu çalışmaya gerek duyulmuştur.

Bu bölümde Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin dil, kapsam ve yapı geçerliği ile iç tutarlılık bulguları tartışılmıştır.

### 5.1. Dil Eşdeğerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak başvuru yöntem dil uyarlamasıdır. Bir ölçeğin farklı bir dile çevrilmesi, o ölçeğin doğasını değiştirebilir. Bu önüne geçilemez değişim dilsel farklılıklar ve kavramlaştırmadan ileri gelmektedir. Bir ölçekte dil uyarlamasında farklılıkları en alt seviyeye indirmek için ölçek maddeleri özenli şekilde incelenmeli ve çevrilen dilde anlam karmaşası olmaması için gerekli

dönüştürmeler yapılmalı ve bu dönüştürmelerde iki dile de hakim iyi bir çevirmen tercih edilmelidir (Öner, 2009).

Premenstrual değişimle baş etme ölçeğinin dil çevirisinde en çok tercih edilen yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. İlk olarak ölçek iki İngiliz dil bilimci tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Yapılan çeviriler tez danışmanı ve araştırmacı tarafından düzenlenerek ölçek formu oluşturulmuştur. Bu ölçek formu Türkçe-İngilizce diline hakim, anadili İngilizce olan ve ölçeğin orijinal halini bilmeyen bir çevirmen tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Bu çalışmalar neticesinde Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğinin Türkçe Formu'nun dil geçerliği yönünden uygun olduğu belirlenmiştir.

## **5.2. Kapsam Geçerliği İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Kapsam geçerliği, ölçek tarafından ölçülmek istenen yapının temel bileşenlerini ne derecede kapsadığını inceler (Erefe, 2002). Bir başka deyişle; bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekte yer alan her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (Aksoy, 2014).

Kapsam geçerliğinde önce incelenecek değişkenin özgül boyutlarını içeren bir taslağın, ölçeğin hazırlandığı bilim dalına ve ölçek sorusu geliştirme teknik ve yöntemlerine hakim, en az 3, en fazla 20 bilim uzmanının görüşüne sunulması gerekir. Uzmanların görüş, öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek tekrar yapılandırılır (Aksayan ve Gözüm, 2002).

Bu çalışmada “Premenstrual Değişimle Baş etme Ölçeği” dil çeviri işlemleri tamamlandıktan sonra kapsam geçerliği için, 10 akademisyen uzmanın görüşüne sunulmuş ve uzmanlardan ölçekte bulunan her maddeyi 1-4 puan (1- uygun değil, 2- maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir, 3- uygun ama ufak değişiklikler gerekiyor, 4- çok uygun) aralığında değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca uzmanlardan uygun bulmadıkları maddeler için görüş bildirmeleri istenmiştir. Kapsam geçerliği için, uzmanların görüşleri neticesinde “Premenstrual Değişimle Baş etme Ölçeği”nin 6., 12., 13.,16. maddelerinin ifadelerinde değişiklik yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin 3. alt boyutunun ifadesinde de değişiklik yapılmış olup maddeler tekrar düzenlenmiştir. Kapsam geçerliğinin sayısal ifadelerle kanıtlanabilmesi için Davis tekniği kullanılarak “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik

indeksi değeri 0.96 olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Literatürde kapsam geçerlik indeksinin değerinin 0.80'den büyük olması gerektiğinden bahsedilmektedir (Yurdugül, 2005). Bu anlamda ölçeğin kapsam geçerliği” olduğu söylenebilir.

### 5.3. Yapı Geçerliği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliği bir ölçeğin kuramsal bir yapıyı, özelliği, boyutu ne düzeyde temsil ettiği ile yani yeterli düzeyde ölçtüğünün gösterilmesi ile ilgilidir. Ölçeğin bir özelliği temsil edebilmesi için, ölçekteki ifadelerin birbiriyle tutarlı ve aynı zamanda homojen olması gerekmektedir (Öner, 2009). Yapı geçerliğinin amacı, belli bir özelliği diğer özelliklerle karıştırmadan ölçülebilen maddeleri seçerek, kendi arasında tutarlı bir ölçek oluşturmaktır (Öner, 2009). Yapı geçerliği uzman görüşü alınarak ya da faktör analizi yapılarak sağlanır. Premenstrual değişimle baş etme ölçeğinin yapı geçerliği analizlerinde faktör analizinden yararlanılmıştır. Faktör analizi, değişkenler arasındaki korelasyonun, bir alanda deneklerin verdiği cevaplara göre değerlendirilerek, aynı yapıyı ölçen ve birbiriyle bağlantılı değişkenlerin kümelendirilmesi sonucunda faktör sağlama işlemidir. Faktör analizi doğrulayıcı ve açıklayıcı olarak yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2005).

Açıklayıcı faktör analizi öncesinde yeterli örneklem büyüklüğü sağlanmalıdır. Böylelikle veri setinin faktör analizi için uygunluğu incelenir. Güvenilir sonuçlar için örneklem büyüklüğünün ölçekteki madde sayısının en az 5 katı, olabiliyorsa 10 ve ya 20 katı olması istenmektedir (Hair ve ark., 1998). Örneklem büyüklüğü değerlendirilirken; 50 çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 mükemmel şeklinde belirtilmektedir (Çokluk ve ark., 2010). Bu çalışmada örneklem büyüklüğü olarak ölçek madde sayısının 10 katı alınmıştır.

Örneklem büyüklüğünün yeterliğini anlamak ve verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) analizi yapılması gerektiğinden literatürde bahsedilmektedir. KMO değeri 0.50'nin altındaysa kabul edilemez, 0.50 “zayıf”, 0.60 “orta”, 0.70 “iyi”, 0.80 “çok iyi”, 0.90 “kusursuz” olarak kabul edilir. KMO'nin 0.60'ın üzerinde olması, verilerin faktör analizi için uygun olduğunun bir göstergesidir (Büyüköztürk, 2012). Bu çalışmada KMO değeri 0.786 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun

olduğunu ayrıca ölçüm sonuçlarının örneklem büyüklüğünden etkilenmediğini göstermektedir (Tablo 4.4).

Değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için de Bartlett's testi uygulanmaktadır. Bu çalışmada Bartlett's testi sonuçları ( $\chi^2 = 1605.126$  p = 0.000) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.4). Ayrıca, ölçek maddelerinin faktör analizine uygunluğu, anti-imağ korelasyon değeri ile ölçülmekte, bu değerin ve 0.50'den az olmaması gerektiğini belirtilmekte, değerin 0.50'den az olması durumunda bu maddenin analizden çıkarılması önerilmektedir (Çapık, 2014). Bu çalışmada, "Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği" anti-imağ korelasyon değerleri 0.665-0.915 arasında bulunmuştur (Tablo 4.5). Bu sonuç ölçeğin tüm maddelerinin açıklayıcı faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ayrıca 17 maddeden oluşan "*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*"ne açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler yöntemi uygulanmıştır (Tablo 4.6). Ölçekteki maddelerin faktörlere dağılımı incelendiğinde; "*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*"nin, orijinal yapıya benzer olarak üç alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğin faktör yükleri incelemesinde beklenen faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olmasıdır. Literatürde 0.32'nin "zayıf" olduğu, 0.45'in "güzel" veya "kabul edilebilir", 0.63'ün "çok iyi" ve 0.71 ve üzerinin "kusursuz" olduğu bildirilmektedir (Çapık, 2014). Premenstrual değişimle baş etme ölçeğine ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.30'ın üzerindedir ve faktör yükleri 0.46 ile 0.84 arasında değişmektedir (Tablo 4.6). Ayrıca açıklanan varyans toplamı Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği için %60.329'dur (Tablo 4.6). Bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır ve üç alt boyutlu yapı kabul edilmiştir. Bu üç alt boyuta orijinal ölçek yapısına uygun olarak, Türkçe formda "*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*", "*Destek Arama*" ve "*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*" isimleri verilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonrasında, ölçeğin orijinal formunun faktör yapısının ölçekteki örnekleme doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmaktadır (Yurtçiçek ve Kömürcü, 2018). Doğrulayıcı faktör analizi ile model-veri uyumuna ilişkin kullanılan birçok istatistik

yöntem vardır. Bunlardan  $\chi^2/SD$  (ki-kare), evren kovaryans matrisi ve örneklem kovaryans uyumuna bakar. Uyum iyiliği indeksi anlamında kullanılan “Goodness of Fit Index” (GFI), modelin örneklemedeki kovaryans matrisini ne oranda ölçtüğünü ortaya koyar. Sınanan modelin karşılaştırmalı uyum indeksi anlamında kullanılan “Comparative Fit Index” (CFI), değişkenler arasında hiçbir ilişkinin olmadığı düşünülerek kurulan modelin yokluk modelinden farkını gösterir. GFI testinin yüksek örnek hacmindeki eksikliğini ortadan kaldırmak amacıyla “Adjusted Goodness of Fit Index” (AGFI) kullanılır. Yaklaşık hataların ortalama karekökü anlamında kullanılan “Root Mean Square Error of Approximation” (RMSEA) ana kütledeki yaklaşık uyumun bir ölçüsüdür ve 0-1 aralığında değişir. Standartize edilmiş hataların ortalama karekökü olan “Standardized Root Mean Square Residual” (SRMR) ve “Root Mean Square Residual” (RMR) nin değeri sıfıra yaklaştıkça modelin iyi bir uyum gösterdiği ortaya çıkar (Çapık, 2014). Ölçülen  $\chi^2/df$  değerinin 5’ten küçük olması, GFI ve AGFI değerlerinin 0.90 dan yüksek olması, RMR ve RMSEA değerlerinin ise 0.05 den düşük olması, model-veri uyumunu göstermektedir (Byrne, 2001). Ayrıca, GFI’nin 0.85’ten AGFI’nin 0.80 den büyük olması, RMSEA ve RMR değerlerinin 0.10 dan düşük olması da model veri uyumu için kabul edilebilir alt sınır olarak kabul görmektedir (Duyan ve ark., 2013).

Bu çalışmada Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeğine ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır ve ayrıca net bulgulara sahip olmak için doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur (Tablo 4.7). Bunlardan;  $\chi^2/SD$  değeri 4.19, GFI 0.93, AGFI 0.91, CFI 0.95, RMSEA 0.079 ve SRMR 0.082 olarak bulunmuştur. İlgili uyum indeks değerlerinin tümü istenilen aralıkta kabul edilmiştir. Bu durum ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısının orijinal faktör yapısıyla uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Ölçeğe ait t değerlerini grafiksel olarak sunan PATH diyagramı incelendiğinde modele ait tüm maddelerin t değerleri 1.96’nın üzerinde olduğu görülmektedir (Şekil 4.1). Bu durum tüm maddelerin ölçüm özelliğinin iyi olduğunu ve herhangi bir modifikasyon uygulanmadan ölçeğin orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edilebileceğini göstermektedir.

#### 5.4. İç Tutarlılık İle İlgili Bulguların Tartışılması

İç tutarlılık, belli bir alanı ölçtüğü düşünülen soruların kendi arasında ne derecede homojen olduğunun, soruların yalnızca istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin iyi bir ölçütüdür. Sık kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür. İç tutarlılık yöntemlerinden yarıya bölme, Kuder-Richardson güvenilirlik katsayıları ve Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı en sık tercih edilenlerdendir (Ercan ve Kan, 2004). Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında iç tutarlılığın belirlenmesi için Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı ile madde toplam puan korelasyon katsayısı tercih edilmiştir (Tablo 4.8).

Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler doğru-yanlış şeklinde puanlanmadığında, 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığında kullanılabilir (Öncü, 1994). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, ölçekte bulunan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile ortaya çıkan ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı “0 ve 1” aralığında değişmektedir. Literatürde, bu katsayının 0.00 ile 0.40 aralığında olması “ölçek güvenilir değil”, 0.40 ile 0.60 aralığında olması “ölçek düşük güvenilir”, 0.60 ile 0.80 aralığında olması “ölçek oldukça güvenilir” ve 0.80 ile 1.0 aralığında olması “ölçek yüksek derecede güvenilir” olarak değerlendirme yapılabileceği belirtilmektedir. Ayrıca hesaplanan katsayı için genel kabul en az 0.70 olmasıdır (Tavşancıl, 2002; Büyüköztürk, 2017).

Bu çalışmada “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği” Cronbach alfa katsayısı 0.86 olup, ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach alfa katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle de ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. Cronbach alfa katsayıları “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutu için 0.840, “*Destek Arama*” alt boyutu için 0.898 ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” Alt Boyutu için 0.780 bulunmuştur (Tablo 4.8). Ölçeğin üç alt boyutlu özgün formunda, toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0.780 olup, alt boyutlar için Cronbach alfa değerleri “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” için 0.79, “*Destek Arama*” için 0.71 ve “*Sağlık Bakımı*

*Kullanma*” için 0.70’dir. “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*”nin güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur (Kaiser ve ark., 2017).

İç tutarlığı ölçmek için kullanılan diğer bir yöntem madde toplam korelasyonudur. Madde toplam puan korelasyonu, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2017). Genel olarak madde-toplam korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği, .20-.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda ölçeğe alınabileceği veya maddenin düzeltilmesi gerektiği (Büyüköztürk, 2017), .20’den daha düşük maddelerin ise, madde güvenilirliğini düşürdüğü için ölçekten çıkarılır (Çapık, 2014). Bu çalışmada madde toplam korelasyonları 0.237 ile 0.584 arasındadır ve madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach alfa katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle de ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır (Tablo 4.8).

Madde analizinde kullanılan diğer bir yöntem de ölçek toplam puanlarına göre oluşturulan alt %27 ve üst %27 grupların madde ortalama puanları arasındaki farkların ilişkisiz t testi ile karşılaştırılmasıdır. Gruplar arasında, istendik yönde farkların anlamlı çıkması, ölçeğin iç tutarlığının bir göstergesi olarak kabul edilir. Analiz sonuçları, maddelerin bireyleri ölçülen davranış bakımından ne derece ayırt ettiğini gösterir (Büyüköztürk, 2017). Bu çalışmada “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*” alt %27 ve üst %27’lik grup karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ), (Tablo 4.9). Bu bulgu ölçeğin ayırt edicilik gücünü göstermede bir işarettir.

Kadınların “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*” puan ortalamasının  $41.04 \pm 8.99$  olduğu, alınan puanların 18-62 arasında değiştiği, “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutundan  $18.24 \pm 4.77$ , “*Destek Arama*” alt boyutundan  $12.31 \pm 4.04$  ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” alt boyutundan  $10.49 \pm 8.99$  puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.10). Özgün çalışmada puan ortalamaları “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutu için 2.55, “*Destek Arama*” alt boyutu için

2.57 ve “Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı” alt boyutu için 2.72 olarak saptanmıştır.

**Bu çalışmada üç alt boyutlu “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği”nin Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.**





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan kadınların sosyo demografik özelliklerine bakıldığında yaş ortalamalarının  $30.65 \pm 6.12$  yaş (19-46 yaş) olduğu, %35.9'unun ortaokul mezunu, %87'sinin ev hanımı olduğu ve hepsinin evli olduğu,

- Kadınların menarş yaş ortalamasının  $13.48 \pm 1.14$  (10-17 yaş) olduğu ve menstruasyon süresi ortalamasının  $5.58 \pm 1.33$  gün (3-10 gün) olduğu, %57.1'inin menstruasyonlarının "genelde düzenli" olduğu ve %86.5'inin dismenoresi olduğu,

- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil eşdeğerliğinin olduğu,

- Uzman görüşleri sonucunda ölçeğin tüm maddelerinin KGİ değerlerinin 0.90 ile 1.00 aralığında olduğu ve toplam KGİ değerinin 0.96 olduğu,

- Ölçeğin KMO değeri (0.786) ve Bartlett testi ( $P=0.000$ ) sonuçlarına göre verilerin birbiri ile ilişkili olduğu ve faktör analizine uygun olduğu,

- Ölçeğin maddelerinin anti-imağ korelasyon değerlerinin 0.665-0.915 arasında değiştiği, tüm maddelerin açıklayıcı faktör analizine uygun olduğu,

- Orijinal yapıya benzer şekilde, Türkçe dilinde Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin "*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*", "*Destek Arama*" ve "*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*" isimli üç alt boyuttan oluştuğu,

- Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yüklerinin 0.30'ın üzerinde olduğu ve açıklanan varyans toplamının %60.329 olduğu, ölçekten madde çıkarılmasına gerek olmadığı,

- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, modele ait faktör yüklerinin 0.46 ile 0.84 arasında değiştiği,

- Ölçeğin bütün maddelere ait t değerinin 1.96'nın üzerinde olduğu, bundan dolayı modelde herhangi bir modifikasyon uygulanmasına gerek olmadığı belirlenmiştir.

- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi sonucunda; ölçeğe ilişkin elde edilen uyum indeksi

değerlerinin  $\chi^2/SD$  değeri 4.19, GFI 0.93, AGFI 0.91, CFI 0.95, RMSEA 0.079 ve SRMR 0.082 olduğu ve modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğu,

- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ne alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarının; ölçeğin tamamı için 0.860 olduğu ve alt boyutları olan “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” için 0.840, “*Destek Arama*” için 0.898 ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” için 0.780 olduğu,

- Ölçekten alınan alt %27 ve üst %27'lik grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0.000$ ) ve bu durumun ölçeğin ayırt edicilik gücünü göstermede bir işaret olduğu,

- Kadınların, “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği*”nden ortalama  $41.04 \pm 8.99$  puan aldığı ve alınan puanların 18-62 arasında değiştiği, “*Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama*” alt boyutundan  $18.24 \pm 4.77$ , “*Destek Arama*” alt boyutundan  $12.31 \pm 4.04$  ve “*Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı*” alt boyutundan  $10.49 \pm 8.99$  puan aldıkları,

- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ndeki en yüksek puanlar sırasıyla “*Hareket ederim*”, “*Şikâyetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var*” ve “*Fiziksel şikâyetlerim olduğunda ilaç alırım*” maddelerinden alınırken, en düşük puanlar ise sırasıyla, “*Yeni tedavi seçenekleri ararım.*” , “*Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)*” ve “*Fiziksel şikâyetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.*” maddelerinden alındığı bulunmuştur.

Sonuç olarak;

**- Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Türk kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur.**

## 6.2. Öneriler

Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin;

-Premenstrual dönemde görülen semptomlarla baş etme yollarını belirlemede bir ölçme aracı olarak kullanılması,

-Premenstrual sendromla ilgili deneysel çalışmalarda kullanılması,

-Farklı örneklem gruplarında kullanılarak, geçerlik ve güvenilirliğinin tekrar değerlendirilmesi,

-PMS ile ilişkili farklı ölçeklerle birlikte kullanılarak korelasyonlarının değerlendirilmesi önerilir.



## KAYNAKLAR

- Abay H, Kaplan S. (2019). Current approaches in premenstrual syndrome management. *Bezmialem Science*, 7(2), 150-156.
- Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı EA. (2007). Manisa ilindeki premenstrual sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215-222.
- Akkuş M, Tamer K, Çetin E. (2017). Investigating the effect of premenstrual syndrome in high school students doing regular sports. *International Journal of Human Sciences*, 14(4), 3379-3388.
- Aksoy EY. (2014). Oxford Doğum Endişesi Ölçeği (Owls) Türkçe Geçerlik Güvenirlik. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1),9-14.
- Akyılmaz F, Özçelik N, Polat G. (2003). Premenstrual sendrom görülme sıklığı. *Obstetrik ve Jinekoloji*, 18(2), 106-109.
- Arıöz A, Ege E. (2013). Premenstrual sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin arttırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23(3), 63-69.
- Arslan S, Çelebioğlu A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *10. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi*, 1-7.
- Arslan E, Dökmeci F. (1999). Premenstrual sendrom ve tedavisinde son görüşler. *Ankara Üniversitesi Tıp Mecmuası*, 52(4), 237-241.
- Aşçı Ö, Süt H, Gökdemir F. (2016). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 79-87.
- Ay F, Ecevit AŞ. (2010). Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı*, 22(1), 21-29.

- Ayhan A, Durukan T, Günel S, Gürkan T, Önderoğlu SL, Yaralı H, Yüce K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri. S:851-861.
- Bayram G. (2007). Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 3(3), 104-110.
- Baysal B. (2004). Jinekoloji İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevleri. S:41-48.
- Bolsoy N. (2008). Premenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Byrne BM. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*, 1(1), 55-86.
- Büyüköztürk Ş. (2012). Testlerin Geçerlilik ve Güvenilirliğinde Kullanılan Bazı İstatistikler. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı (16. bs.). Ankara: Pegem Akademi. S:167- 182.
- Cabioğlu MT. (2008). Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 93-98.
- Cabioğlu MT, Ergene N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*, 13(1), 35-40.
- Can H, Akmeşe Z, Durmuş B. (2015). Sınıf öğretmenlerinde premenstrual sendrom görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke tarzları arasındaki ilişki. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 10(1), 1-13.
- Coşkun AM, Özdilek R. (2017). Premenstrual sendromda integratif uygulamaların kullanımı. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 3(2), 75-84.

- Çapık A, Pasinlioğlu T. (2015). Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 260-269.
- Çapık C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3):196-205.
- Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3),199-210.
- Çatakoğlu H. (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çiçekçi NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi. S: 1007-1013.
- Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2010). Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları (1. bs.). Ankara: Pegem Akademi Yayınları. S: 177-206.
- Çöçelli L, Bacaksız B, Ovayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
- Çöçelli L, Avcı N, Ganıdağlı S, Görgü A, Oyucu S, Öner Ü. (2009). Ağrı kliniğimize başvuran hastaların 2001-2007 tarihleri arasında retrospektif değerlendirmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15(2), 66-72.
- Daşıkkan Z, Saruhan A. (2013). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(1), 1-7.
- Davis GC, Robinson MC. (1995). Principles and Practie of Nursing Research, A Times Mirror Compose. St. Louis: Mosby. S:373-390
- Demir B, Algül L, Güvendağ E. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrual sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, 3(4), 262-270.
- Dilbaz N. (1992). Premenstrual sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 42-47.

- Dinç Ö. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.
- Doğan S, Doğan N, Can H, Alaşehirlioğlu HV. (2012). Birinci basamakta premenstrual sendroma yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1(1), 90-93.
- Duyan EC. (2007). İş ve yaşam tatmininde yoganın etkileri üzerine bir araştırma. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1), 25-34.
- Duyan V, Kapısız S, Yakut Hİ. (2013). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin bir grup gebe üzerinde türkçeye uyarlama çalışması. *The Journal of Gynecology-obstetrics and Neonatology*, 10(39), 1609-1614.
- Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köken G. (2014). Premenstrual sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1), 10-17.
- Eğicioğlu H. (2009). Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Elkin N. (2015). Sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 94-110.
- Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 427-438.
- Erbil N, Karaca A, Kırış T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal Medical Sciences*, 40(4), 565-573.
- Erbil N. (2018). Prevalence of depressive symptoms among Turkish women experiencing premenstrual symptoms and correlated factors. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(4), 549-553.

- Ercan İ, Kan İ. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Erdoğan S, Hamzaoğlu O, Özkan Ö, Balta E, Domaç M. (2001). Türkiye’de erişkinlerin ağrı prevalansı. *Ağrı*, 13(2), 22-30.
- Erefe İ. (2002). Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset. S:169-188.
- Gençdoğan B. (2006). Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(2), 82-86.
- Girman A, Lee R, Kligler B. (2003). An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(3), 56-65.
- Gözüm S, Aksayan S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 9-14.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.
- Güler ÖM, Ataç T, Yayıcı E, Çetin A, Çetin M. (2015). Validation of Turkish version of Premenstrual Symptoms Impact Survey (PMSIS) for assessing status of premenstrual syndrome in women of reproductive age. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 205-211.
- Güneş G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. (1997). Malatya’da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center*, 4(4), 403-406.
- Gürkan ÖC, Potur DC, Kömürcü N, Ögün ST. (2017). The effect of a sleep hygiene interventions in women with premenstrual syndrome. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 162-167.



- Işgın K, Büyüktuncer Z. (2017). Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(3), 249-260.
- Işık H, Ergöl Ş, Aynıoğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 695-701.
- Jang SH, Kim D, Choi MS. (2014). Effects and treatment methods of acupuncture and herbal medicine for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: Systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 14(11), 1-13.
- Jehan S, Auguste E, Hussain M, Seithikurippu R, Perumal P, Brzezinski A, Gupta R, Attarian H, Jean-louis G, Mcfarlane S. (2016). Sleep and premenstrual syndrome. *Journal of Sleep Medicine Disorders*, 3(5), 1-17.
- Kaiser G, Kues JN, Kleinstauber M, Andesson G, Weise C. (2017). Methods for coping with premenstrual change: development and validation of the German premenstrual change coping inventory. *Women & Health*, 58(9), 1-18.
- Kamalifard M, Yavari A, Asghari-Jafarabadi M, Ghaffarilaleh G, Kasb-Khah A. (2017). the effect of yoga on women's premenstrual syndrome: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(3), 205-211.
- Kaplan M, Aban M. (2015). Ethinyl estradiol-drospirenon versus vitex agnus-castus extract in efficacy of the treatment of premenstrual syndrome. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 1-4.
- Karaca P, Beji N. (2015). Premenstrual sendromun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 178-186.
- Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.

- Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. (1997). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 17, 184-190.
- Kaya D, Gölbaşı Z. (2016). Hemşirelik/Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 305-311.
- Kebapçılar A, Taner C, Başoğul Ö, Okan G. (2012). İzmir Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(3), 111-114.
- Keskin T, Yeşilfidan D, Adana F, Okyay P. (2016). Aydın Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde premenstrual şikâyetler ve başa çıkma yöntemleri. *Turkish Armed Forces Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 382-388.
- Kim YH, Cho SH. (2002). The effect of foot reflexology on premenstrual syndrome and dysmenorrhea in female college students. *Korean Journal of Women Health Nurses*, 8(2), 212-221.
- Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. (2012). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1), 19-25.
- Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 284-297.
- Kızılkaya N. (1994). Perimenstrual distress ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 8(31), 84-90.
- Koçoğlu D, Özdemir L. (2011). Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi. *Ağrı*, 23(2), 64-70.
- Körükçü H.(2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi A Versiyonu'nun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

- Köse S. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Maged AM, Abbassy AH, Sakr HRS, Elsayah H, Wagih H, Ogila AL, Kotb A. (2018). Effect of swimming exercise on premenstrual syndrome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(4), 951-959.
- Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. (2013). Does lavender aromaterapy alleviate premenstrual emotional symptoms?: A randomized crossover trial. *BioPsychoSocial Medicine*, 7(12), 1-10.
- Michelle L, Matthews MD, Bradley S, Hurst MD, Paul B, Marshburn MD. (2002). Diagnosis and management of the premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology*, 8(2), 1-23.
- Meşeci E. (2017). Çalışan Türk kadınlarında premenstrual sendrom ve premenstrual distrofik bozukluk prevalansı ve iş performansına etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 152-156.
- Moghadam AD, Kaikhavani S, Sayehmiri K.(2013). The worldwide prevalence of premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis study. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 16(65), 8-17.
- Morino S, Egawa M, Hirata H, Nishimura F, Aoyama T, Konishi I. (2016). Association between premenstrual syndrome and daily physical activity levels. *Journal of Women's Health, Issues&Care*, 5(5), 1-4.
- Oskay Ü, Can G, Taş D, Sezgin Ö. (2008). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde görülen premenstrual sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(63), 157-164.
- Ovayolu Ö, Ovayolu N. (2019). Yoga uygulamalarında kanıtlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(1), 44-49.

- Ölçer Z, Bakır N, Aslan E. (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikayetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 30-37.
- Öner N.(1997). Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntembilim modeli. *Psikoloji Dergisi*, 6(21), 80-83.
- Öner E. (2009). Belirli Alanlara Özgü Risk Tutumları Ölçeğinin Türk Üniversite Öğrencilerine Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Öztürk S, Tanrıverdi D. (2010). Premenstrual sendrom ve baş etme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 57-61.
- Özveren H, Uçar H. (2009). Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 59-72.
- Özveren H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Özveren H, Faydalı S, Özdemir S.(2016). Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(4), 99-105.
- Panay N. (2009). Management of premenstrual syndrome. *The Journal of Family Plainning and Reproductive Health Care*, 35, 187-194.
- Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W. ve ark. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18 (1), 3-19.
- Sayalı E, Doğangün Z, Atay O, Okyar M, Karadağ B, Yıldız Ö. (1998). Premenstrual sendrom: Yaygınlığı ve değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 2(2), 72-75.

- Selçuk K, Avcı D, Alpyılmaz F. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2),98-103.
- Stevinson C, Ernest E. (2001). Complementary/Alternative therapies for premenstrual syndrome: A systematic review of randomized controled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(1), 227-235.
- Süer N. (2008). Premenstrual sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23(3), 76-80.
- Şahin Ş.(2004). Ağrı ve cinsiyet. *Ağrı*,16(2), 17-25.
- Şanlıer N, Yabancı N. (2004). Genç kızlarda premenstrual sendromun besin tercihi ve fiziksel aktivite üzerine etkileri. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 9(3), 27-36.
- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. (2010). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 52-57.
- Taşkın L.(2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık. S:736-738.
- Teixeira AL, Oliveira E, Dias MR. (2013). Relationship between the level of physical activity and premenstrual syndrome incidence. *Revista Brasileira Ginecologia and Obstetricia*, 35(5), 210-214.
- Tsai SY. (2016). Effect of yoga exercise on premenstrual symptoms among female employees in Taiwan. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*, 13, 721-732.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. (2010). Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 103-108
- Türkçapar F, Türkçapar H. (2011). Premenstrual sendrom ve premenstrual disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 14, 241-253.

- Ural A, Kılıç İ. (2005). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Ünal S, Dündar P. (2016). Manisa’da iki aile hekimi bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom sıklığı ve ilişkili faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(6), 240-246.
- Verkaik S, Kamperman AM, Van Westrhemman R, Schulte PFJ. (2017). The treatment of premenstrual syndrome with preparations of vitex agnus castus: A systematic review and meta-analysis. *American Jynecology Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 150-166.
- Walsh S, Ismaili E, Naheed B, Brien S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and managemant of premenstrual syndrome. *The Obstetrician&Gynaecologist*, 17, 99-104.
- Wu WL, Lin TY, Chu IH, Liang JM. (2015). The acute effects of yoga on cognitive measures for women with premenstrual syndrome. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(6), 364-369.
- Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M, Sampson-Landers C, Rapkin A. (2005). Efficacy of A new lowdose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3), 492-501.
- Yurdugül H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 1-6.
- Yurtçiçek S, Kömürcü N. (2019). Kadın Fiziksel Aktivite Öz-Değer Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16 (3): 205-209

## EKLER

### Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Anket No:

Bu çalışmanın amacı “Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği” nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Hatice SARI ÇETİN  
Ordu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Yaşınız:.....

2.Eğitim durumunuz:

1)İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4)Üniversite mezunu

3. Mesleğiniz?

1) Ev hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5)Diğer (.....)

4.Medeni durumunuz nedir?

1) Evli 2) Bekar

5. Eşinizin eğitim durumu:

1)İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3) Lise mezunu 4)Üniversite mezunu

6. Eşinizin mesleği:

1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest meslek 5) Diğer (.....)

7. Aile tipiniz?

1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

8. Ailenizin gelir seviyesi:

1)Düşük düzeyde 2) Orta düzeyde 3)Yüksek düzeyde

9. Sigara içiyormusunuz? Cevabınız “Evet” ise günde kaç adet sigara içersiniz?

1)Evet.....adet/gün 2)Hayır

10. Kaç yıldan beri sigara içiyorsunuz?.....yıl

11. İlk adet yaşınız: .....

12. İlk adet öncesi bilgi alma durumunuz:  
1) Evet, aldım 2) Hayır, almadım
13. İlk adet öncesi aldığınız bilgiyi değerlendirme durumunuz  
1) Yeterli 2) Yetersiz
14. İlk kez adet olduğunuzda adet görmeye ilişkin ilk tepkileriniz:  
1) Olumlu 2) Olumsuz
15. Şu anda adet görmeye ilişkin tepkileriniz:  
1) Olumlu 2) Olumsuz
16. Adet kanamanız ortalama kaç gün sürer?  
.....gün sürer
17. Adet düzeninizi aşağıdakilerden hangisi ile tanımlarsınız?  
1) Çok düzenli 2) Genelde düzenli 3) Bazen düzensiz 5) Çok düzensiz
18. Adetleriniz ağrılı olur mu?  
1) Evet, her zaman ağrılı olur 2) Bazen ağrılı olur 3) Hayır, ağrılı olmaz
19. Annenizin adet olmaya ilişkin tepkisi nasıldır?  
1) Olumlu 2) Olumsuz 3) Bilmiyorum
20. Anneniz adet öncesi 10 gün içerisinde sinirlilik, karın ağrısı, ödem ve kilo alımı, iştah değişiklikleri ve göğüslerde hassasiyet gibi sorunlar yaşar mı?  
1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum
21. Kız kardeşiniz adet öncesi 10 gün içerisinde sinirlilik, karın ağrısı, ödem ve kilo alımı, iştah değişiklikleri ve göğüslerde hassasiyet gibi sorunlar yaşar mı?  
1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum 4) Kız kardeşim yok



## Ek 2. Premenstrual Change Coping Inventory Özgün Formu

### PREMENSTRUAL CHANGE COPING INVENTORY INSTRUCTION

In the context of the premenstrual syndrome (PMS), women experience different physical changes and/or psychological complaints in the days before menses starts. Usually, this phase lasts for several days. With the onset of menses the complaints decline. Think about yourself: when you experience psychological or physical premenstrual symptoms, you probably apply a variety of strategies to reduce distress or to improve the way you deal with the symptoms. The following questionnaire aims at assessing the coping strategies you use. When answering the questions, please ensure to refer to the days before menses starts.

	Not true at all (1 point)	Nearly not true (2 point)	Moderately true (3 point)	Totally true (4 point)
<b><i>Seeking Positive Affect-inducing Activities</i></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A1. I occupy myself with things I enjoy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A2. I distract myself.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. I purposefully induce positive feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. I make time for my hobbies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. I get in motion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. I have my personal strategies to deal with symptoms (e.g. hot-water bottle, hot bath, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. I meet friends.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><i>Seeking Support</i></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S1. I talk with friends about my symptoms.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S2. I purposely look for advice and support from other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S3. I talk to my partner or a close friend about my complaints.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S4. I seek comfort and understanding from others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S5. I exchange views with other women concerned.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><i>Healthcare Use Behavior</i></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H1. I increasingly look for information about my physical complaints.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H2. I look for new treatment options.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H3. I try different alternative treatment options (e.g. evening primrose oil, light therapy, homeopathy, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H4. I take medication for my physical complaints.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H5. I avoid certain foods.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Ek 3. Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Formu

#### Yönerge:

Premenstrual sendrom (PMS) bağlamında, kadınlar adeti başlamadan önceki günlerde farklı fiziksel değişiklikler ve/veya psikolojik şikayetler yaşarlar. Genellikle, bu şikayetler ve değişiklikler birkaç gün sürer. Adetin başlaması ile şikayetler azalır. **KENDİNİZ HAKKINDA DÜŞÜNÜN:** Adet öncesi psikolojik veya fiziksel belirtilerle karşılaştığınız zaman, sıkıntılarınızı azaltmak veya semptomlarla baş etmek için çeşitli stratejiler uygulayabilirsiniz. Aşağıdaki maddeler, kullandığınız baş etme stratejilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Soruları cevaplarken, lütfen adetiniz başlamadan önceki günleri dikkate alınız.**

	Kesinlikle Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Olumlu Etkileyen Davranışlar Arama</b>				
1. Kendimi hoşlandığım şeylerle meşgul ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Dikkatimi başka yöne veririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Olumlu duygular beslerim. (Olumlu düşünürüm.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hobilerime zaman ayırırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hareket ederim. (yürüyüş, egzersiz v.b.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Şikayetlerle baş etmek için kişisel yöntemlerim var. (örneğin sıcak su torbası, sıcak banyo, vb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Arkadaşlarla buluşurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Destek Arama</b>				
8. Semptomlarımla ilgili arkadaşlarımla konuşurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Diğer insanlardan tavsiye ve destek ararım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Şikayetlerim hakkında eşimle/partnerimle veya yakın bir arkadaşım ile konuşurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Başkalarından anlayış beklerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Konuyla ilgili diğer kadınlarla görüş alışverişinde bulunurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Sağlık Bakımını Kullanma Davranışı</b>				
13. Fiziksel şikayetlerim hakkında giderek daha fazla bilgi ararım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Yeni tedavi seçenekleri ararım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Farklı alternatif tedavi seçeneklerini denerim. (örneğin, çuha çiçeği yağı, ışık tedavisi, homeopati, vb.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Fiziksel şikayetlerim olduğunda ilaç alırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Bazı yiyeceklerden uzak dururum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### Ek 4. Premenstrual Sendrom Ölçeği

##### PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma** durumunu cümlelerin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmasını değerlendirmeyiniz. **Hiçbir soruyu boş bırakmayınız** ..

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

<b>ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE</b>							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

## **Ek 5. Çeviri-Geri Çeviri Yapan Uzmanlar**

Öğr. Gör. Manolya Akyüz

Ordu Üniveristesi Uluslararası İlişkiler Birimi

Öğr. Gör. Ece Özpınar

Ordu Üniveristesi Uluslararası İlişkiler Birimi

Catherine Yiğit



## Ek 6. Görüşü Alınan Uzmanlar

Prof. Dr. Kamile KABUKÇUOĞLU

Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Ümran YEŞİLTEPE OSKAY

İstanbul Üniversitesi  
Florence Nightingale  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

SANKO Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr. Emel TAŞÇI DURAN

Süleyman Demirel Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr. Hatice YANGIN

Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN

İnönü Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Dr. İlkay ARSLAN

Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İstanbul Okan Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT

Ege Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Dr. Zeynep DAŞIKAN

Ege Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü



## Ek 8. Premenstrual Sendrom Ölçeği Kullanım İzni

07.01.2020

Posta - HATİCE sarı - Outlook

Yanıtla Sil Gereksiz Engelle

### Re: PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ

BG

Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr>  
9.04.2018 Pzt 12:57  
Siz

↩ ↪ → ...

Article.pdf  
110 KB

premenst II-2 form.doc  
79 KB

2 ek (190 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba Hatice hanım  
2006 yılında geliştirmiş olduğum Premenstrual Sendrom Ölçeğini tezinizde ve araştırmanızda kullanabilirsiniz.  
Ölçeğin makalesini ve ölçeği ekte gönderiyorum. Kolay gelsin

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN  
Atatürk Üniversitesi  
K.K. Eğitim Fakültesi

Yoncalık-ERZURUM  
GSM=05437251288


---

**Kimden:** "HATİCE sarı" <sari\_hatice5@hotmail.com>  
**Kime:** basaran@atauni.edu.tr  
**Gönderilenler:** 8 Nisan Pazar 2018 21:38:35  
**Konu:** PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ

Merhaba Sayın Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN,  
ben Hatice SARI ÇETİN, Ordu Fatsa Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesinde meslek dersi öğretmeni olarak çalışmaktayım. Aynı zamanda Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezimde premenstrual sendrom ölçeğinizi kullanmak için izninizi istiyorum.  
Saygılarımla.....




## Ek 9. Kurum İzni



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
ORDU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ORDU HASTANE  
HİZMETLERİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ  
12/11/2018 08:18 - KONTROL: 799 - E 875



0090613903

Sayı : 66501263-799  
Konu : Araştırma İzni Hk.  
(Hatice SARI ÇETİN)


DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ordu Üniversitesi Rektörlüğünün 08/11/2018 tarih ve 48162032-14788 sayılı yazısı.

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Program Öğrencisi Hatice SARI ÇETİN' in "**Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği**" konulu çalışmasının sağlık tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurulu raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla uygun görülmüş olup, alınan komisyon kararı yazımız ekinde sunulmuştur. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr.Mesut SAKA  
Başkan

Bayram ÖZATA  
VHKİ  
Bu Evrakın 5070 sayılı Kanun gereğince  
E-İmza ile imzalandığı tasdik olunur.  
/2018

Ek:  
1 - Komisyon Kararı ve İş Birliği Protokolü

Dağıtım:  
Gereği:  
Ordu Üniversitesi


Bilgi:  
Fatsa Devlet Hastanesi

Buank Muh.İbni Sina Cad. No:18 Altınordu/ORDU  
Faks No:0452231432  
e-Posta:ezgi.kanikoc@saglik.gov.tr İnt.Adresi: kb652.ikaynaklari@saglik.gov.tr

Bilgi için:Ezgi ALAY  
Unvan:MEMUR  
Telefon No:04526662501-1514

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cb635555-3161-4f62-bb90-c8fcae1a73c kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 9. Kurum İzni (Devam)

 <b>T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI</b> <b>ORDU VALİLİĞİ</b> ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ			
<b>ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI</b>			
UNVAN	AD/SOYAD	ÇAŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM
Öğrenci	Hatice SARİ ÇETİN	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Fatsa Devlet Hastanesi
			ARAŞTIRMANIN YAPILACAKI TARİH
			05/11/2018 05/05/2019
			ARAŞTIRMA KONUSU
			Premenstrüel Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirliliği

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya çalışmaya katılanların gönüllüğü esasına göre katılımlarının sağlanması, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstermek suretiyle çalışma sonunda edindiği verilerin Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi ve etik kurul raporu alındıktan sonra çalışmaya başlanması şartıyla 06/11/2018 tarih 48162032-14788 sayılı bapvuru dilekçesi ve ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere istinaden uygun görülmüştür. 11/2018

Dr. Mesut İZMAK  
BAŞKAN  
Uygundur/Uygun değildir.

Dr. Ergül ERDAL ÖZ  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun değildir.

Uzm. Dr. Deniz AYDIN  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun değildir.

Dr. Ergül ERDAL ÖZ  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun değildir.

Dr. Ergül ERDAL ÖZ  
BAŞKAN YARDIMCISI  
Uygundur/Uygun değildir.

## Ek 10. Etik Kurul İzni



ORDU  
ÜNİVERSİTESİ



T.C.  
ORDU ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
29/11/2018	23	15.30	2018-244

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V. Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

### KARAR NO: 2018/ 244

Sorumlu yürütücü Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'in KAEK 247 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplanmaya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARATAŞ  
Ordu Üniversitesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## Ek 11. Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

#### Değerli Katılımcı,

Ben Hatice SARI ÇETİN, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında Yüksek lisans tezi olarak, “*Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği*” adlı çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile *Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'nin* Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması ve böylece premenstruel dönemde görülen değişimlerin değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Bu nedenle kadınların premenstrual değişimlerle baş etmede kullandıkları yöntemleri belirlemek için geliştirilen, *Premenstrual Değişimle Baş Etme Ölçeği'ni* Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapacağım.

Araştırma için Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmadaki veri toplama formlarını doldurmanız ortalama 20–25 dakikanızı alacaktır. Soru formlarına isim yazmanız gerekmemektedir. Soru formlarını doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğinizi göstermektedir. Çalışmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı:**

**Adres:**

**Telefonu:**

**Tarih ve İmzası:**

**Araştırmacının Adı Soyadı:**

**İş Adresi :**

**Telefonu:**

**E-Posta:**

**Tarih ve İmzası:**

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı Soyadı</b>	Hatice SARI ÇETİN
<b>Doğum Yeri</b>	Fatsa/Ordu
<b>Doğum Tarihi</b>	24.02.1986
<b>Yabancı Dili</b>	İngilizce
<b>E-posta</b>	sari_hatice5@hotmail.com
<b>İletişim Bilgileri</b>	Fatsa Lokman Hekim Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi

### Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Giresun Üniversitesi	2008

### İş Deneyimi

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Fatsa Devlet Hastanesi/ Ordu	2009-2010
Öğretmen	Burdur Sağlık Meslek Lisesi	2010- 2011
Öğretmen	Fatsa Lokman Hekim MTAL	2011-Halen