

156223

TC.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

**TEKSTİL SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN 15-49 YAŞ ARASI  
KADIN İŞÇİLERİN PERİMENSTRUEL  
ŞİKAYETLERİNİN VE BUNU ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

156223

**Dilek ÇEÇEN**

Celal Bayar Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği Uyarınca  
Hemşirelik Anabilim Dalı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Eylül -2004

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DÖKÜMANTASYON MERKEZİ  
TEZ VERİ FORMU**

Tez No:  
Kodu:

Konu No:

Üniv.

**Tez Yazarının**

**Soyadı:** ÇEÇEN

**Adı:** Dilek

**Tezin Türkçe Adı:** Tekstil Sektöründe Çalışan 15-49 Yaş Arası Kadın İşçilerin, Perimenstruel Şikayetlerinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.

**Etkinliğinin Değerlendirilmesi**

**Tezin Yabancı Dildeki Adı:** To Determine Of Perimenstrual Complaints And The Factors That Effect Them Of Female Workers Between 15-49 Ages Who Work In A Textile Company.

**Tezin Yapıldığı Üniversite:**

Celal Bayar Üniversitesi

**Tezin Yapıldığı Enstitü:**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Tezin Türü:**

Yüksek Lisans

**Tezin Dili:** Türkçe

**Tezin Sayfa Sayısı:** 125

**Tezin Referans Sayısı:** 101

**Tez Danışmanı:**

Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

**Türkçe Anahtar Kelimeler:**

1. Menstruel Siklus
2. Premenstruel sendrom
3. Dismenore
4. Sürekli Kaygı

**İngilizce Anahtar Kelimeler:**

1. Menstruel Cycle
2. Premenstruel Syndrome
3. Dysmenore
4. Permanent Anxiety

Tarih: .../.../....

İmza  
İsim Soyadı

Dilek ÇEÇEN'in YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı "Tekstil Sektöründe Çalışan 15-49 Yaş Arası Kadın İşçilerin, Perimenstruel Şikayetlerinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi " başlıklı çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

13/09/2004

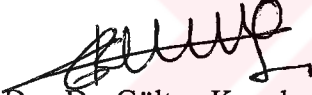
Üye: Doç.Dr. Ferda Özbaşaran (Danışman: C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı)



Üye: Doç.Dr. Ümran Sevil (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı)



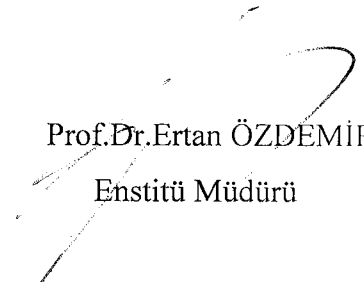
Üye: Yrd.Doç.Dr. Gülten Karadeniz (C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı)



---

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21.10.2004 gün ve ....16... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Ertan ÖZDEMİR  
Enstitü Müdürü



**TEKSTİL SEKTÖRÜNDE ÇALIŞAN 15-49 YAŞ ARASI KADIN İŞÇİLERİN  
PERİMENSTRUEL ŞİKAYETLERİNİN VE BUNU ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ  
ÖZET**

**Amaç:** Çalışma tekstil sektöründe çalışan, 15-49 yaş arası kadın işçilerin perimenstruel şikayetlerinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışmanın yapıldığı tarihte işyerinde çalışan tüm kadın işçiler (N=178) araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Kadınlara Menstruel Distres Şikayet Listesi, Süreklilik Kaygı Envanteri, ve tanıtıcı bazı özelliklerini belirlemek için hazırlanan anket formu uygulanmıştır.

**Bulgular:** Kadınların sıklıkla adet döneminde menstruel yakınmalarının olduğu, en çok ağrı, negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğu alt grup semptomlarını deneyimledikleri saptanmıştır.

Kadınların, yaş grupları ile menstruel yakınma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak yaş grupları arttıkça kadınların, adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları artmaktadır (52.87 ±28.63).

Evli olan kadınların adet öncesi yakınma puan ortalamaları evli olmayan kadınlara göre daha yüksek olup, evli olma durumları ile adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t=2.179, p<0.05).

Çocuk sahibi olan kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları çocuk sahibi olmayan kadınlara göre daha yüksek belirlenmiş olup, aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t=2.038, p<0,05).

Kadınların menarş yaşları ile adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş olup, 13 yaşından önce menarş olanların adet öncesi menstruel yakınmaları daha yüksek bulunmuştur (t=3.148, p<0,05).

Kadınların süreklilik kaygı puan ortalaması 50.25 ± 8.15 ve minimum kaygı puanı 19, maksimum kaygı puanı 76 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların adet dönemi menstruel yakınma puanları ile süreklilik kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t=2.700, p<0.05).

# TO DETERMINE OF PERIMENSTRUAL COMPLAINTS AND THE FACTORS THAT EFFECT THEM OF FEMALE WORKERS BETWEEN 15-49 AGES WHO WORK IN A TEXTILE COMPANY

## SUMMARY

**Purpose:** This study has been made to determine of perimenstrual complaints and the factors that effect them of female workers between 15-49 ages who work in a textile company.

**Method:** All the women (N=178) who work there on date which this study was made form the whole study. Menstrual Distress Quastionare, Premanent Anxiety Scale and the quastionare which was formed to determine some definitive features of women, were applied to women.

**Findings:** These women have the complaints frequently during while menstrual periods and during this period they mostly have pain, negative emotion and concentration disorders.

We didn't find a significant relation between age groups and the scores of menstrual complaints. But as of the age increases while menstrual period complaint score increases ( $52.87 \pm 28.63$ ).

The married women have more high premenstrual period complaint scores than unmarried women and there is a significant statistic relationship between married stuation and premenstrual period complaint scores ( $t=2.179, p<0.05$ ).

Premenstrual period complaint scores of women who have children are higher than women who haven't children, there is a significant relationship between them. ( $t=2.038, p<0,05$ )

There is a relationship in premenstrual period between complaint scores and menarch ages. Premenstrual periods complaint scores of women , whose menarch ages are before 13th. age are higher than other. ( $t=3.148, p<0,05$ )

Women's permanent anxiety points levels were found as  $50.25 \pm 8.15$  and they have minimum point 19, maximum point 76.

There are statistic relation while menstrual period and post menstrual period between the complaints scores and permanent anxiety points.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında bana yardımcı olan tez danışmanım;  
Sayın Doç.Dr. Ferda ÖZBAŞARAN 'a,

Tezimin hazırlanmasında bilgi ve deneyimleri ile bana yardımcı olan;  
Sayın Doç. Dr. Erhan ESER'e,

Araştırmada kullandığım Menstruel Distress Şikayet Listesine ulaşmama olanak  
sağlayan; Sayın Doç.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye,

Araştırmanın uygulanmasına izin veren işyeri yöneticisi;  
Sayın Vedat KARAKAŐ'a,

Araştırmaya katılan tüm May Tekstil San. A.Ő çalışanlarına,

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi ve yazım aşamasında bana yardımcı olan tüm  
arkadaşlarıma,

Yapmış oldukları yardım ve desteklerinden dolayı tüm hocalarıma sonsuz  
teşekkürlerimi sunuyorum.

**Dilek ÇEÇEN**  
**MANİSA-2004**

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖZET</b>	iv
<b>SUMMARY</b>	v
<b>TEŞEKKÜR</b>	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b>	vii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	viii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	ix
<b>GRAFİKLER DİZİNİ</b>	x
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>GİRİŞ</b>	1
1.1 Araştırmanın amacı	2
1.2 Genel Bilgiler	3
1.2.1 Menstruel siklus	3
1.2.1.1 Ovarial siklus	4
1.2.1.2 Endometrial Siklus	5
1.2.2 Menstruel Siklusu Gerçekleştiren Hormonlar	8
1.2.2.1 Gonadotropin releasing hormon	8
1.2.2.2 Hipofizer gonadotropinler	9
1.2.2.3 Over steroidleri	10
1.2.2.4 Prostaglandinler	11
1.2.3 Perimenstruel Distress	11
1.2.3.1 Premenstruel sendrom	11
1.2.3.1.1 Premenstruel sendromun nedenleri	18
1.2.3.2 Dismenore	
1.2.3.2.1 Primer dismenore	27
1.2.3.2.2 Sekonder dismenore	28
1.2.4 . Menstruel Yakınmaları Değerlendirme ve Tanılama	29
1.2.5 Menstruel Yakınmalarla Baş Etme Yöntemleri ve Hemşirelik Yaklaşımları	32
1.2.6 Kaygı	36
1.3 Hipotezler	39
1.4 Tanımlar	39
<b>BÖLÜM II</b>	
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>	40
2.1. Araştırmanın Tipi	40
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	40
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	41
2.4. Veri Toplama Yöntemi	41

## İÇİNDEKİLER (Devam)

	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>2.4.1. Veri Toplama Araçları</b>	41
<b>2.4.1.1 Anket Formu İle Veri Toplama</b>	41
<b>2.4.1.2 Menstruel Distres Şikayet Listesi (Menstruel Distres Envanteri)</b>	42
<b>2.4.1.2.1 Menstruel Distres Şikayet Listesinde Yer Alan Menstruel Semptomlar</b>	42
<b>2.4.1.2.2 Menstruel Distres Şikayet Listesinin Geçerlik Ve Güvenilirliği</b>	44
<b>2.4.1.3. Süreklilik Kaygı Envanteri</b>	46
<b>2.4.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması</b>	46
<b>2.5 Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri</b>	47
<b>2.6 Verilerin Değerlendirilmesi</b>	47
<b>2.7 Süre Ve Olanaklar</b>	48
<b>BÖLÜM III BULGULAR</b>	49
<b>3.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular</b>	49
<b>3.2. Kadınların Menstruel Yakınmalarına İlişkin Bulgular</b>	54
<b>3.3. Kadınların Menstruel Yakınmalarını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Bulgular</b>	74
<b>BÖLÜM IV TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	90
<b>4.1. TARTIŞMA</b>	90
<b>4.1.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi</b>	90
<b>4.1.2. Kadınların Menstruel Yakınmalarının İncelenmesi</b>	93
<b>4.1.3. Kadınların Menstruel Yakınmalarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi</b>	97
<b>4.2. SONUÇ</b>	103
<b>4.2.1 Öneriler</b>	109
<b>KAYNAKLAR</b>	111
<b>EKLER</b>	
<b>EK.I. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Anket Formu</b>	119
<b>EK.II. Menstruel Distres Şikayet Listesi</b>	121
<b>EK.III. Süreklilik Kaygı Envanteri</b>	124
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	125



## TABLolar DİZİNİ

<b><u>Tablo No:</u></b>	<b><u>Sayfa No:</u></b>
1. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.	49
2. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	49
3. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.	50
4. Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı	50
5. Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı.	51
6. Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	51
7. Kadınların Menstruel Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı	52
8. Kadınların Kontrasepsiyon Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	53
9. Kadınların Menstruel Dönemlerine Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
10. Kadınların Menstruel Şikayet Listesi Alt Gruplarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	55
11. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	57
12. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	59
13. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.	61
14. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	63
15. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	65
16. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Davranış Değişikliği Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	67
17. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	69

## TABLÖLAR DİZİNİ (Devam)

### Sayfa No:

### Tablo No:

18. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	71
19. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
20. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	76
21. Kadınların Menstruel Siklus Sürelerine Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Ortalamalarının Dağılımı	78
22. Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	80
23. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	82
24. Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem Ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	83
25. Kadınların Menarş Yaşlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem Ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı	84
26. Kadınların Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı	85
27. Kadınların Adet Öncesi Dönem Yakınma Puanları İle Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	85
28. Kadınların Adet Dönemi Yakınma Puanları İle Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	86
29. Kadınların Adet Sonrası Dönem Yakınma Puanları İle Süreklilik Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	86

## ŞEKİLLER DİZİNİ

**Sayfa No:**

**Sekil No:**

1. Menstruel Siklusun Overler Endometrium ve Kan Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişki..... 7

## GRAFİKLER DİZİNİ

**Sayfa No:**

**Grafik No:**

1. Kadınların Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Menstruel Dönemlerine Göre Grafik Dağılımı. 54
2. Kadınların Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Menstruel Distres Şikayet Listesi Alt Gruplarına Göre Grafik Dağılımı. 56
3. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 58
4. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 60
5. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı 62
6. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 64
7. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 66
8. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 68
9. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı. 70
10. Kadınların Menstruel Dönemlerinde Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımı 72
11. Kadınlarda Adet Dönemi Adet Öncesi Dönemde En Fazla Yaşanan Şikayetlerin Yüzdelerik Dağılımı. 73

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

Kadınlar cinsiyet faktörünün vücut yapısındaki özellikleri, analık fonksiyonu ve sosyal nedenlerle, çalışma hayatında özel bir risk grubu oluştururlar (1,2). Kadın işçilerin özellikleri genel olarak şöyle özetlenebilir:

Kadınların beden gücü, erkeğin gücünden %25-30 azdır. Buna karşılık el maharetleri fazladır. Uzun süre çalışınca erkeklerden daha çabuk yorulurlar. Menstruasyon, gebelik, laktasyon, kadınların çalışma hayatındaki en büyük fizyolojik güçlüklerdir (3).

Kadın yaşamının büyük bir bölümünü kapsayan menstruasyon olgusu, onun çalışma yaşamını olduğu gibi tüm yaşam aktivitelerini de etkileyen bir süreçtir (4,5). Özellikle menstruel yakınmalar, üreme çağındaki kadınların en sık karşılaştığı sağlık problemlerinden birisidir. Kadınların deneyimledikleri bu semptomlar için, menstruel distres yada perimenstruel distres terimi kullanılmaktadır (6,7,8).

Perimenstruel distres menstruel siklusun ikinci yarısında oluşan ve mensesin başlaması ile yada menses süresince sona eren semptomlar topluluğudur. Semptomlar sıklık ve tekrarlayıcıdır. Bu semptomlar hafif olabileceği gibi, normal yaşamı ve kişiler arası ilişkilerini etkileyecek kadar şiddetli olabilir (6,9,10).

Kadın popülasyonunun % 70-90'ının yaşamlarının belirli dönemlerinde perimenstruel şikayetleri deneyimledikleri, % 20-40 'ında bu şikayetlerin fizik ve mental kapasitesini etkileyecek şiddette, %5-10'unda ise çok şiddetli olduğu kabul edilmektedir (11,12,13).

Kızılkaya çalışmasında, Dalton'un, premenstruel dönemde annelerde çocuklarına zarar verme ve onlara karşı olumsuz davranışların yaşandığını belirtmiştir. Premenstruel semptomların zamanla daha fazla distres yarattığını, çocuklara rehberlik

ve ebeveynlik rolünde gerilemeye neden olduğunu vurgulamıştır (6). Ayrıca Kirckpatrick, premenstruel şikayetlerin ücretli çalışan kadınların % 80'inde görev başında bulunamama ve iş üretkenliğinde azalma nedeni olduğu bildirmiştir. Kadınların erkeklerden % 43 daha fazla görev başında bulunamaması, kadınlardaki hata/ kaza oranlarının artması ve kadınların % 30-40'ının kişisel ve profesyonel yaşamında geçici, tekrarlayan bozulmalar perimenstruel distrese atfedilmektedir (14).

Menstruel siklusun çeşitli tıbbi ve psikiyatrik hastalıklar üzerinde de etkisi olduğu saptanmıştır. Premenstruel evrede ve menstruasyon sırasında epilepsi, astım, alerjik hastalıklar, migren ve psikiyatrik hastalıkların alevlendiği belirtilmektedir. Premenstruel evrede intihar vakalarının arttığı, psikiyatrik yatışların sıklığı bildirilmiştir (6,8,15).

Tüm bu olumsuz durumlara neden olmasından dolayı, menstruel yakınmalar kadın yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Seksüel olgunluk çağındaki kadınların büyük bir bölümünde görülmesi nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır ( 16,17).

Ülkemizde menstruel şikayetlerin yaygınlığını, kişinin yaşamına, ailesine, işine olan etkilerini ve bunlarla baş etme yöntemlerine yönelik hemşirelik çalışmaları azdır (6,17).

Menstruel yakınmaları olan kadınların artması, kadınların yaşamsal, kişisel, ailesel ve mesleki işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle güncel ve araştırılması gereken bir konudur (17,18,19).

## **1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Çalışma yaşamında, sadece kadın olmasından kaynaklanan sorunlarına rağmen toplumdaki yerini korumaya çalışan kadınların sayısı günümüzde giderek artmaktadır.

Kadın olmak, anne olmak ve beraberinde gelen fizyolojik değişim süreci kadının çalışma yaşantısını, aile içinde iletişimini, sosyal yaşantısını etkilemektedir.

Kadın sağlığında önemli bir sağlık sorununu oluşturan menstruel yakınmalar kadınların rol ve fonksiyonlarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen bu yakınmaların tanılanması, önlenmesi, azaltılması yada başarılı bir tedavisi için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımın gerekli olduğu kabul edilmektedir (6,17,19). Böyle bir yaklaşımda kadın ve ailesinin eğitimi, menstruasyon ve menstruel sıklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi, yaşam biçimi, iş ya da aile ilişkilerinde değişiklikler önemli bir yer tutmaktadır. Kadınların bu düzenlemeleri sağlaması ve değişiklikleri yapabilmesi için danışmanlık ve eğitim alması gerekmektedir (18,19).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda araştırma,

- ✓ Çalışan kadınların tanıtıcı özellikleri hakkında bilgi edinmek,
- ✓ Adet dönemleri süresince menstruel şikayetlerini saptamak,
- ✓ Menstruel şikayetlerini etkileyen/ etkileyebilecek olan faktörleri saptamak,
- ✓ Menstruel yakınmaları ile kaygı durumları arasındaki ilişkiyi saptamak, amacıyla planlanmıştır.

## **1.2. GENEL BİLGİLER**

### **1.2.1. MENSTRUEL SIKLUS**

Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için bütün organizmada özellikle üreme organlarında, menarştan menapoza kadar devam eden ve her ay muntazam görülecek bazı değişikliklerin olması beklenir (20,21).

Kadın üreme sistemi menstruel siklus denilen regüler siklik değişiklikler gösterir (22). Bu değişikliklerin en belirgin göstergesi endometriyal tabakasının dökülmesi şeklinde ortaya çıkan vaginal kanamadır. Normal menstruel siklus,

hipotalamus, overler ve endometrium arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkmaktadır (23,24).

Menstruel siklusu kontrol eden hormonlar: hipofizer gonadotropinler (Luteinizan hormon- LH, folikül stimule edici hormon- FSH), prolaktin, over steroidleri (östrojen, progesteron, androjenler) dir. Menstruel siklusun uzunluğundan ve siklik değişikliklerin düzenlenmesinde esas rol ovaryumlar üzerindedir. Doğurgan yaşta bulunan kadınların menstruel siklustaki kanamaları her 25 – 35 (ortalama 28 günde) günde bir gerçekleşir. Ovulasyondan menstruel siklusun başına kadar geçen süre (sekretuar ve luteal faz) kısmen sabit olup 14+ 2 gün kadardır. Normal menstruasyon süresi 2-7 gündür. Menstruasyon esnasında kaybedilen kan miktarı 30-150 cc arasında değişir. Menstrual kan fibronojen içermediğinden pıhtılaşmaz (25,26,27).

Hormonal etkenlerin dışında bazı çevresel faktörler de; iklim, beslenme, stres, alınan ilaçlar vb. menstruel siklusları etkileyebilir (28).

Menstruel siklus ovarial siklus ve endometrial siklus olmak üzere iki bölümde incelenir (20).

### 1.2.1.1.OVARIAL SIKLUS

Ovarial siklus foliküler faz, ovulasyon ve luteal faz olarak üç fazda gerçekleşir (Şekil.1).

- 1. Foliküler Faz:** Bu faza folikül olgunlaşması da denir. Folikül stimulan hormon (FSH) etkisi ile ovaryumlarda çok sayıda folikül olgunlaşmaya başlar. Foliküllerden bir tanesi hızlı gelişerek östrojen salgılamaya başlar ve diğerleri atrofi olur. Bu duruma folikül atrezisi denir. Foliküllerden salgılanan östrojen folikül hücreleri içine dolar. Folikül etrafında theca interna (iç), theca externa (dış) olmak üzere iki tabaka oluşur. Theca interna 'da ovulasyona yakın, östrojenin etkisi ile vaskularizasyonda artma gözlenir. Gelişen bu foliküle Graff folikülü denir. Çapı 10-15 mm' dir. Folikül içindeki yumurta hücresi de bir mayoz bölünmesini tamamlayarak 23 kromozomlu oosit II adını alır. Östrojen

hormon düzeyindeki artış olası bir gebelik için uterusun myometriyum ve endometriyum tabakalarında proliferasyon süreci başlatır. Endometriyum kalınlığı 3-4 mm 'ye ulaşır. Adetin ilk gününden başlayıp siklusun ilk yarısını oluşturan ovulasyona kadar geçen süreyi kapsar. Bazal vücut sıcaklığı düşüktür (20,28,29).

**2. Ovulatuvar Faz ( Ovulasyon) :** Foliküler fazdan luteal faza geçiş dönemidir. Ovulasyon siklusun ortalama 12-14 günleri arasında Luteinizan Hormon (LH) pikinin başlamasından 24 saat sonra oluşur. Bu sırada kan östrojen seviyesi en yüksek noktasına ulaşmıştır (30,31). Over yüzeyinin gerilmesi, foliküler sıvının sağladığı iç basıncın artışı ile graff folikülü çatlar ve oosit II folikülden atılır. LH pikinden sonra östrojen düzeyleri düşmeye başlar. FSH baskılanır ve LH ise uyarılır. Bu arada tubaların fimbria uzantılarıyla tuba boşluğuna çekilen yumurta 2. mayoz bölünmesini de tamamlayarak OVUM adını alır. Olgun ovum, 120-150 mikron çapında, büyük hareketsiz bir hücredir. Fertilize olmamışsa yaşam süresi 24-48 saattir (32,33).

**3. Luteal Faz:** Ovulasyonun başlamasından adetin başlamasına kadar geçen süredir. Ovulasyondan sonra folikül duvarı büzülür ve içine kanla birlikte lipid içeren sarımsı hücreler birikir. Luteinize olmuş gronüloza hücreleri ve theca interna – externa tabakalarından korpus luteum (sarı cisim) meydana gelir. Korpus luteumdan çok miktarda progesteron, az miktarda östrojen salgılanır. Progesteron etkisiyle endometrial bezler gelişir. Salınmış ovumu destekler ve endometriumu implantasyona hazır hale getirir. Eğer fertilizasyon olmamış ise korpus luteum menstruasyondan bir hafta önce gerilemeye başlar. Fertilizasyon varsa korpus luteum gebeliğin ilk 3 ayına kadar işlevlerini sürdürür. Bazal vücut sıcaklığında yükselme ( 0,3- 0,5 ° C 'lık artış) olur (20,28).

### 1.2.1.2. ENDOMETRIAL SIKLUS

İkinci bir siklus , ovarial siklustan etkilenerek fertilize ovumun implantasyonu için hazırlanan endometriyumda görülür. Endometriyum tabakası ; zona bazalis, zona



spongiosa ve zona kompakta olmak üzere üç tabakadan oluşur. Aylık değişiklikler zona spongiosa ve kompakta tabakasında olur (20).

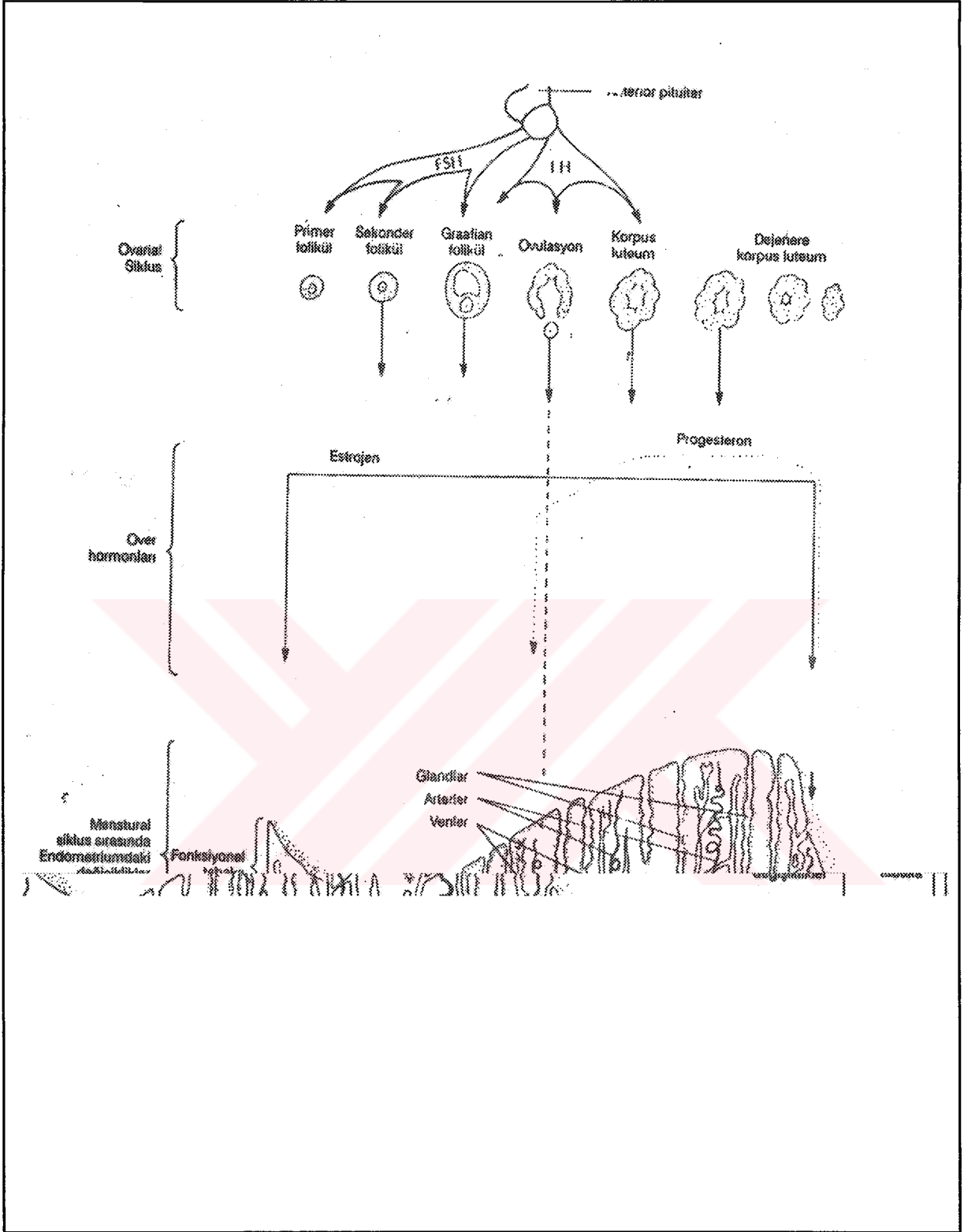
Endometrial siklus poliferatif faz, sekretuar faz, menstruel faz olmak üzere üç fazdan oluşur ( 28).(Şekil.1).

**1. Proliferatif Faz:** Menstruasyonu takiben fonksiyonel ve bazal tabaka yeniden yapılır. Bu yapılanmayı östrojen hormonu sağlar. Östrojen endometrium epitelinin çoğalarak (proliferasyonu) kalınlaşmasına neden olur. Zona spongiosa daki glandlar uzar ve damarlaşma artar. Endometriumun kalınlığı ovulasyon zamanında 3-4 mm ' ye ulaşır (20,28,33).

Proliferatif faz menstruel fazın başlangıcından itibaren yaklaşık 5. günde başlar ve ovulasyona kadar devam eder. Proliferatif faz ovarial siklusun foliküler fazının kontrolü altındadır (32,33).

**2. Sekretuar Faz:** Ovulasyonu takiben korpus luteumdan salgılanan progesteronun etkisi ile endometrium kalınlaşmaya devam eder. Endometrial bezler kıvrılır, sekresyonları artar ve stromal ödem oluşur. Endometrium fertilize ovumun yerleşmesi için hazır hale gelir. Eğer fertilizasyon olmaz ise, korpus luteum geriler, östrojen ve progesteronun kandaki düzeyleri düşer. Fonksiyonel tabaka geriler ve oluşan iskemi sonucu deskuamasyon başlar. Sekretuar faz ovarial siklusun luteal fazının kontrolü altındadır (28,33).

**3. Menstruel Faz (Menstruasyon) :** Kandaki östrojen ve progesteronun düşmesi ile spiral arterlerde spazm olur ve endometrium tabakasında gerileme başlar. Oluşan iskemi sonucu hücreler ölür, kan damarlarında nekroz ve kanama sonucu deskuamasyon başlar. Kanamanın artması ile nekroze olan fonksiyonel tabakanın atılmasına neden olur. Uterus kavitesinde dökülen doku



**Şekil.1.** Menstruel Siklusun Overler Endometrium Ve Kan Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişkileri.

(Taşkın L., *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1998)

ve kanın vaginal yolla atılmasına menstruasyon, regl veya adet denilmektedir. Endometriumda deskuamasyon ile rejenerasyon aynı zamanda olur. Adetin 2. gününde artan östrojen etkisiyle rejenerasyon başlar (28,32,33).

## **1.2.2. MENSTRUEL SIKLUSU OLUŞTURAN HORMONLAR**

### **1.2.2.1.GONADOTROPİN RELASİNG HORMON (GnRH)**

GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon) gonadotropin salınımını kontrol eden hipotalamik bir hormondur. On aminoasidden meydana gelen bir dekaeptiddir. Hipotalamustaki nöronlarda üretilir ve portal dolaşıma salgılanır. Bu sistem GnRH'ü hipofiz ön lobuna taşır.

Üreme siklusunun kontrolü GnRH'un sabit ve düzenli salınımına bağlıdır. Bu işlev, salgılatıcı hormonlarla diğer hormonların (hipofizer gonadotropinler ve gonad hormonları) karmaşık ve koordineli ilişkilerine bağlıdır. GnRH hem FSH hem de LH'nın aynı hücreden sentez ve salınımını stimüle eder. Ayrıca santral sinir sisteminden köken olan nörotransmitterler ve endojen opioid peptidler hipotalamustan GnRH salınımı üzerine etkide bulunurlar (31,32).

Nörotransmitterlerden norepinefrin hipotalamik GnRH nöronlar üzerine pozitif etki yaparken, dopamin ve serotonin negatif etkide bulunarak düzenlemeye yardımcı olurlar (32).

Endojen opioid peptidler (EOP) hipotalamusu baskılayarak GnRH ve gonadotropin salınımını inhibe ederler. Gonadol steroidler ve EOP aktiviteyi düzenlerler. GnRH salınımı etkileyen başlıca opioidler beta endorfinlerdir. Majör etkileri noradrenalin düzenleyicisidir. Östrojenleri katekolaminlere çeviren katekolestrojen adlı enzim hipotalamusta konsantre olur. Katekolaminler ile GnRH salımı arasındaki bağlantıda rol aldıkları düşünülmektedir (20,33).

### 1.2.2.2. HİPOFİZER GONADOTROPİNLER

Luteinizan hormon (LH) ve folikül stimüle edici hormon (FSH) glikoprotein yapısındadırlar. Hipofiz ön lobundan gonadotropin relasing hormon (GnRH) stimülasyonu ile salgılanır. Ayrıca bu hormonların salgılanmasında östrojenler, progesteron ve inhibin hormonların pozitif ve negatif geri bildirimleri ile regülasyonu sağlanmaktadır. Normal menstruel siklusta LH ve FSH'ın serum konsantrasyonları menstruasoyndan birkaç gün önce artmaya başlar. FSH başlangıçta LH'a göre daha hızlı bir artma göstermektedir. FSH foliküler fazın ilk yarısında maksimum düzeyine ulaşır. FSH folikül fazının diğer yarısında azalmaya başlar. FSH'ın preovulatuvar dönemde konsantrasyonundaki düşme bu periyottaki östradioldeki yükselmeye bağlıdır. LH düzeyi foliküler fazda kademeli olarak yükselme gösterir. Siklusun ortasında LH düzeyi 1-3 gün süren bir pik yapar. Sonradan luteal fazın geç dönemine kadar kademeli olarak LH düzeyinde düşme görülür (23,24,32).

FSH reseptörleri overlerdeki granüloza hücresi membranında bulunur. FSH'ın etkisi;

- ✓ Granüloza hücrelerinde foliküler gelişmede rol alır.
- ✓ LH reseptörlerinin oluşumunu stimüle eder.
- ✓ Aramatoz enzimleri aktif hale getirir.
- ✓ Granüloza hücrelerinde FSH ve LH reseptör sayısını arttırarak foliküler gelişmeyi sağlar. FSH artmasıyla östrojen miktarında azalma meydana gelir.

LH reseptörleri siklusun tüm evrelerinde teka hücrelerinde bulunur. FSH ve östrojenin etkisi altında folikülün olgunlaşmasından sonra, granüloza hücrelerinde ortaya çıkar.Etkisi;

- ✓ LH teka hücreleri ile androjen sentezini stimüle eder.
- ✓ Granüloza hücreleri üzerindeki LH reseptörleri yeterli sayıda olduğunda LH doğrudan granüloza hücrelerini etkileyerek luteinizasyona ve progesteron üretimine yol açar.

### 1.2.2.3. OVER STEROİDLERİ

Overler; progesteron, östrojen ve androjenleri salgılar. Bu hormonların ayrıca adrenal glandlar tarafından da salgılandığı bilinmektedir (28).

**Östrojenler:** GnRH etkisiyle overlerden salınır. Beta estrodiol ve estrone olarak iki şekli vardır. Östrodiol biyolojik potensi ve periferel hedef dokular üzerindeki çeşitli etkileri nedeni ile overlerin en önemli sekretuar ürünüdür. Hipotalamus ve hipofizi geri bildirim mekanizması ile etkiler (23,26). Primer ve sekonder seks karakterlerinin gelişimini sağlar. Uterusun fallop tüplerinin, vaginanın ve dış genital organların pubertede gelişmesini sağlar. Gebelikte artan miktarlarda salgılanarak, uterus ve vagina da damarlaşmaya ve hücrelerde büyümeye neden olur. Menapozda östrojen düzeyindeki düşme, üreme organlarında atrofiye neden olur. Endometrial siklusta, sekretuar ve proliferatif fazları kontrol eder. Endometriumun fonksiyonel tabakasının kalınlaşmasını ve arteriollerin uzamasını sağlar. Uterusu hipofiz arka lob hormonu olan oksitosine karşı duyarlı kılar. Östrojen vaginadaki epitel hücrelerinin sayısını arttırarak yüzeysel hücre tabakasının kalınlaşmasını sağlar. Böylece hücre içindeki glikojen miktarı artar. Glikojen miktarındaki bu artış doderline basillerinin artışına neden olur. Doderline basilleri glikojeni laktik aside çevirerek vajen pH'sını artmasına böylece patojen mikroorganizmalara karşı rezistans oluşmasına neden olur (20,28).

**Progesteron:** LH etkisiyle oluşan korpus luteumdan salınır. Siklusun luteal fazında endometriumun sekretuar döneminden sorumludurlar. LH 'u negatif geri bildirim ile baskılar (23). Progesteron gebelikte gebeliğin devamını sağlar. Progesteron etkisiyle servikal glandlar kalın bir mukus salgılar. Mukus sayesinde spermlerin geçişi zorlaştığından progesteronların kontraseptif etkisinde önemlidir. Gebelikte uterus kontraksiyonlarını baskılar. Memelerde östrojen ile beraber alveolar gelişmeyi sağlayarak laktasyona hazırlar. Solunum merkezini uyararak solunumu arttırır. Bu nedenle siklusun ikinci yarısında ve gebelikte kan karbondioksit düzeyi azalır (20,28).

#### **1.2.2.4. PROSTOGLANDİNLER**

Fonksiyonları açısından hormonlara benzeyen prostoglandinler, organizmanın tüm dokularında bulunur ve çoğunlukla sentez edildikleri hücre veya organ üzerine etkili olurlar. Bununla beraber reseptörlerinin bulunduğu hedef organları da vardır. Salgılanma yeri vezikula seminalistir ve seminal maide fazla miktarda bulunur (20). Menstruel siklusta prostoglandinler LH'nın salgılanmasını teşvik eder. Endometriumda sentez edilen prostoglandin uterus mobilitasını arttırmaktadır (23). Dismenoreli kadınların menstruel kanında prostoglandin daha yüksektir (20).

#### **1.2.3. PERİMENSTRUEL DİSTRES**

Perimenstruel distres terimi ile menstruel siklusun hem premenstruel hem de menstruel döneminde ortaya çıkan semptomlar ifade edilmektedir (19). Premenstruel semptomlar, menses başlangıcından 10 gün öncesinden ortaya çıkabilmekte ve mensesin başlamasından birkaç gün içinde ortadan kaybolmaktadır. Premenstruel sendrom hem ovulasyonlu, hem de ovulasyonsuz sikluslarda görülür ne yaş nede parite ile ilgili değildir. Ağrılı menstruasyon olan dismenore ise genellikle ovulasyonlu sikluslarda görülür ve parite artışı ile negatif ilişkilidir (19,21).

Bazı literatürler menstruel şikayetlerden premenstruel sendrom ile dismenorenin birbirinden bağımsız olmadığını, aralarında kuvvetli birliktelik olduğunu vurgulamaktadır. Menstruel ve premenstruel dönemleri birlikte ele alarak inceledikleri görülmektedir (34,35).

Bu nedenle araştırmada dismenore ve premenstruel sendrom ayrı ayrı incenecektir.

#### **1.2.3.1. PREMENSTRUAL SENDROM**

İlk kez 1931 yılında Frank, Premenstruel Tension' adı ile isimlendirmiş olup 1953 yılında Greene ve Dalton bu durumunu hem somatik hem de psikolojik öğeleri

içeren 'premenstuel sendrom' adı altında tanımlamışlardır (5,6,). Uzun yıllar geçmesine karşın, halen günümüzde bu sendromun epidemiyolojisi ve patofizyolojisi çözümlenememiştir. Kadınları fiziksel ruhsal davranış açısından etkileyen, ağır olduğu zaman sosyal ve çalışma hayatını engelleyen bu sendromdan kadınların % 30-40'ı etkilendiğine göre nedenin ortaya çıkarılarak tedavisinin bulunması acilen gerekmektedir (5,36,37).

Üreme çağındaki kadınların %80-90'ında Premenstruel Molimina ,% 30-40'ında da Premenstruel Sendrom vardır. %3-5 kadarında ise semptomlardan biri veya daha fazlası kadını ileri derecede distrese sokacak düzeydedir (38,39).

İnsanlar arası iletişimi, normal günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozuklukları ile karşımıza çıkan , fiziksel ve psikolojik bulguları kapsayan ve her luteal fazda siklik olarak görülen bir sendromdur (38,39,40). Kadınların %80-90'ında premenstuel dönemde onu rahatsız etmeyecek bir veya birden fazla semptom olabilir. Buna 'premenstuel molimina 'denir (41). Premenstruel sendrom (PMS) 'da görülen birçok semptom organik ve psikolojik hastalıklarda görülebilir (5). Bu nedenle de şu özellikler mutlaka aranmalıdır:

- Organik bir neden olmamalıdır.
- Semptomlar siklik olmalı ve siklusun 2. yarısında ortaya çıkmalıdır ancak; her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir.
- Foliküler fazda en az 7 gün tamamen asemptomatik olmalıdır.
- Menstrasyonun başlaması ile semptomlar kaybolabilir.
- Siklik ovarian aktivite ile ilgilidir.Prepubertal,postmenapozal ve gebelik dönemlerinde görülmez.
- Menstruasyon şart değildir. Overleri korunmuş hysteroktemi olmuş kadınlarda da görülebilir.
- Semptomlar hastanın yaşam ve iş kalitesini etkileyecek düzeyde olmalıdır (5).

Ovulatuvar fonksiyonlu kadınların çoğunda, menstuel siklusun luteal fazında, normalde o kişide bulunmayan semptomlar belirir. Kadınların yaklaşık %10'unda premenstuel semptomlar tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetlidir. Premenstruel sendromun genel kabul görmüş bir tanımlaması olmamakla beraber, premenstruel sendrom'a uyan bir semptom bileşkesi bulunmalıdır, semptomlar sadece ovulatuvar menstuel siklusun luteal fazında görülmelidir, semptomlar kişinin yaşamını bozacak kadar şiddetli olmalıdır. Menstruasyona ilişkin diğer bozukluklarda olduğu gibi premenstruel sendrom'un spesifik tanısına götürücü kapsamlı bir değerlendirme önemlidir (42,43).

Premenstruel sendrom ile bağıntılı semptomlar çeşitlidir ve kadın kendine özgü bir grup şikayetten bahseder. Genel ruh hali, toplumsal davranış ve kognitif fonksiyon değişikliklerine rastlanır. Somatik yakınmalar da genellikle semptom bileşkesinin bir kısmıdır. Kadınların çoğu tüm siklusun karakteristik döneminde beliren birkaç semptom tanımlar. Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluklar, sıklıkla premenstruel sendrom ile karıştırılır ve tedaviye başlamadan önce bunların bulunmadığından emin olunmalıdır. Bu hastalar gerçek premenstruel sendromda görülen semptomatolojinin dönemselliğini göstermez. Tanıyı kesinleştirmek için hastanın menstuel takvim tutması ve günlük semptomlarını kaydetmesi istenir. 2 aylık semptom listesi genellikle yeterlidir (44,45,46).

Premenstruel sendrom tanısı koyabilmek için fizyolojik ve organik bozuklukları ekarte edebilmek ve bunun için bazı labaratuvar tetkiklerini yapmak gerekmektedir. Tiroid hastalıklarında da halsizlik ve irritabilite olabilir, bunun için T3-T4 ve TSH bakılmalıdır. Premenstruel sendromlu hastalar TRH stimulasyon testine bazen artmış bazen de azalmış yanıt verebilmektedir (5,23). Premenstruel sendromda hafif tiroid bozuklukları olabilir, ancak nedensel bir ilişki yoktur. Gerçek bir tiroid hastalığı şüphesi yoksa premenstruel sendrom için TRH stimulasyon testi yapılmaz. Halsizlik primer yakınma ise anemiyi ekarte etmek için tam kan sayımı yapılmalı ve kronik böbrek ve karaciğer hastalıklarını ekarte etmek için gerekli biyokimyasal testler istenmelidir. Kadın perimenapozal devrede ise premenstruel sendromu ekarte etmek



için kan FSH düzeyine bakılmalıdır. Galaktore mevcutsa kanda prolaktin tayini yapılmalı ve hiperprolaktinemi nedeni araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Depresif durumlar bazen Cushing Sendromunda da olabilir, bu nedenle hipertansiyon, diabet, gövdesel şişmanlık olup olmadığına bakılmalıdır (5,47).

Bazı otörler premenstruel sendromun batı kültürüne spesifik bir hastalık olduğunu düşünmektedirler (5). Son zamanlarda premenstruel sendromun ırk, kültür ve sosyoekonomik durum göz önüne alınarak araştırılmıştır (5,48). Kadınları çok doğuran ve emziren ülkelerde menstruasyon siklusları az yaşandığı için premenstruel sendromun daha az görüldüğü saptanmıştır (49). Abraham, yaptığı eski bir çalışmada Japon kadınlarında premenstruel sendromun Amerikan, Türk, Nijeryalı kadından çok daha az görüldüğünü bildirmiştir (41).

Premenstruel sendrom üreme çağındaki bir kadında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir ise de sıklıkla bu çağın sonuna doğru görülmektedir. Bunda da geçmişteki menstruel siklusların sayısının etkili olduğu düşünülmektedir. Premenstruel sendrom birden oluşmaz, oluştuğunda ise zamanla bazı semptomların daha da şiddetlendiği gözlenir. Başlangıçta semptomların şiddeti hayat stresine bağlı olarak aydan aya değişir, daha sonra sabit kalır. Premenstruel sendrom kendiliğinden yok olmaz ancak menapozda sona erer (45,47,50).

Premenstruel sendromun gebelikten sonra başlayacağı yada biteceği hakkında güvenilir bilgiler yoktur. Premenstruel sendromu olan kadının gebe kalınca rahatladığı bilinmektedir ancak postpartum devrede daha kötü olduğu tahmin edilmektedir. Yeni doğanın yükü ve ailenin büyümesinin bunda rol oynadığı düşünülmüştür (10,11,14).

Hereditenin sorumlu olduğunun bilinmemesine karşın bazı çalışmalar genetik faktörlerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Kişnişçi, Dalton ve arkadaşlarının monozigotik ikizlerin her ikisinde de premenstruel sendrom oluşumunun, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğünü ve anneler ve adölesan yaşlardaki kızlarında premenstruel sendrom semptomlarının benzerlik

gösterdiğini saptadığını vurgulamaktadır (5). Premenstruel sendroma, psikiyatrik hastalığı olanlarda daha sık rastlanıp rastlanmadığı konusunda tartışmalar vardır. Premenstruel sendromlu kadınlarda, kontrol grubuna göre yalnızca luteal fazda daha fazla depresyon görüldüğü belirtilmiştir (18,51). Ayrıca premenstruel sendrom ve endojen depresyon olguları psikolojik profiller ve kortikal sekresyon dinamiği açısından karşılaştırıldığında, endojen depresyonda görülen depresif ataklar premenstruel sendrom'dan farklı bulunmuştur (15,45,52).

Premenstruel sendromun psikolojik semptomları, kadınları en fazla tedavi arayışına götüren semptomlar olduğu bildirilmiştir. Freeman ve arkadaşları PMS lu kadınlar da en fazla rastlanan beş semptomu saptamıştır. Depresyon (%56), irritabilite (%48), anksiyete (% 36), mizaç oynamaları (%26), baş ağrısı (%23) olarak saptanmıştır (42). Hurt ve arkadaşları en fazla görülen premenstruel semptomlarını anksiyete, ruhsal değişiklikler, depresyon, düşük konsantrasyon ve uyku bozuklukları olarak saptamıştır (53). Tomruk ise araştırmasında en fazla anksiyete (%79,9), gerginlik (%77,4), yorgunluk (%73), göğüs ağrısı (%70,2), karında şişme (%64,6) olarak belirlemiştir (8).

Premenstruel sendromda, değişik bir çok alt gruplar öne sürülmüştür. Rudolf H. Moos sekiz değişik alt grupta 47 adet semptom ele almıştır (54). Abraham değerlendirmesinde Premenstruel sendromu dört kategoride incelemiştir (41).

PMS-A: Anksiyete, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, yetersizlik

PMS-H: Kilo alma, karında şişme, memelerde duyarlılık, ödem.

PMS-C: İştah artması, tatlılara istek, baş ağrısı, yorgunluk, değişik istekler.

PMS-D: Depresyon, uykusuzluk, unutkanlık, ağlama, konfüzyon.

Premenstruel sendrom 150'den fazla semptom içermektedir. En yaygın görülen fiziksel semptomlar; baş ağrısı, karında şişlik, ekstremitelerde ödem, kilo artışı, göğüslerde gerginlik, yorgunluk, sivilce ve kas ağrılarıdır. Emosyonel semptomlar ise; gerginlik, depresyon, ruhsal değişiklikler, anksiyete, saldırganlık, öfke, şiddetli yeme isteği (tatlı, tuzlu, çikolata vb.) cinsel değişiklikler, uyku bozuklukları ve konsantrasyon

bozukluğudur (55,56,57). Kızılkaya çalışmasında yaygın olarak görülen, sistemlere ilişkin premenstruel sendrom semptomlarını şu şekilde gruplandırmıştır (6):

### **Yaygın Görülen Premenstruel Sendrom Semptomları**

#### **Mizaç ile ilgili belirtiler**

Gerginlik

Anksiyete

Kızgınlık, öfke

Huzursuzluk

Duygulanım değişiklikleri

#### **Bilişsel Belirtiler**

Konsantrasyon azalması

Şüphencilik

Reddedilmeye duyarlılık

İntihar düşüncesi

Suçluluk duygusunda artma

Kendine olan güvenin azalması

#### **Ağrı**

Baş ağrısı

Kas ve eklem ağrıları

Genel ağrılar

Sırt ağrısı

#### **Sinir Sistemi Belirtileri**

Uyku düzensizlikleri

İştahsızlık

Bazı yiyeceklere aşırı istek

Yorgunluk

Ellerde ayaklarda duyu kaybı

Cinsel değişiklikler

Sakarlık, sersemlik

Baş dönmesi, bayılma

Migren

Epilepsi atakları

Titreme

Terleme

### **Gastro- İntestinal Sistem Belirtileri**

Bulantı- kusma

Konstipasyon, diyare

Karında şişlik

Yeme ihtiyacı ve sürekli yeme

Kilo alma

### **Dermatolojik Belirtiler**

Akne, çıban

Saçlarda yağlanma, kuruma

Ürtiker

Kolay morarma, çürüme

Uçuk(herpes)

### **Solunum Sistemi Belirtileri**

Rinit, sinüzit

Ses kısıklığı, boğaz ağrısı

Soğuk algınlığı

Astım

### **Ürolojik Belirtiler**

Sistit, üretrit

Oligüri, enürezis

İdrar retansiyonu, ödem

### **Gözle İlgili Belirtiler**

Konjunktivit, arpacık

Görmede değişiklik

### **Göğüsle ilgili Belirtiler**

Göğüslerde gerginlik, dolgunluk

Ağrı, büyüme, ağırlaşma

**Davranışsal Belirtiler**

Motivasyon azalması

Sosyal izolasyon

Hareket kontrolünde azalma

Etkinliklerde azalma

Alkol içme nöbetleri

**1.2.3.1.1. PREMENSTRUEL SENDROM NEDENLERİ**

Premenstruel sendromun ovaryan steroid hormonlar ,endojen opioid peptidler, santral nörotransmitterler, prostoglandinler ve periferal otonomik ve endokrin sistemler arasında kompleks olan ve az bilinen bir etkileşimin sonucu meydana geldiği sanılmaktadır (5,58,59).

Ovulasyonlu sikluslar, çeşitli endokrin faktörlerin değişimiyle premenstruel sendromun başlangıcını oluşturmaktadır. Premenstruel sendroma eğilim kişinin psikolojik predispozisyonu ile azalıp çoğalabileceği gibi bu olayda yaşam tarzı da etkili olabilir (5,60,61).

Bugüne kadar premenstruel sendromun patofizyolojisini açıklayan tek bir etken gösterilmemiş olup birçok faktör suçlanmış ve 50 yıldır bu konuda sürdürülen çalışmalar sonuçsuz kalmıştır. Patofizyolojiyi açıklamaya çalışan etiyolojik faktörler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Son zamanlarda en çok üzerinde durulan nöroendokrin hipotezi olup bu alanda çok sayıda çalışma yapılmaktadır (5).

**Premenstruel Sendrom Patofizyolojisinde Rol Oynadığı Düşünülen Faktörler \*:**

1.  $\beta$  Endorfinlerde düşme
2. Serotonin eksikliği
3. Prostoglandinlerde düşme
4. Steroid hormon imbalansı

5. Tiroid fonksiyon bozukluğu
6. Çinko eksikliği
7. Magnezyum eksikliği
8. Pridoksin eksikliği
9. Diğer vitaminlerin eksikliği
10. Allerji
11. Hipoglisemi
12. Sıvı retansiyonu
13. Genetik faktörler
14. Psikososyal nedenler

\* (5): Kışnişçi ,Gökşin, Durukan ve Ark., *Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996.

### 1. Endojen Opiat peptidlerde (EOP) azalma:

Vücutta oldukça geniş dağılım gösteren endorfinler biyojenik aminleri inhibe ettiklerinden ruh halini, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon sekresyonlarını değiştirerek, davranışlarda, uyku durumunda, ısı regülasyonunda ve barsak fonksiyonlarında da etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Akut opiat kesilmelerinde hiperirritabilite ve agresivite gibi semptomların geliştiği bilinmektedir. Normal menstruel siklusta  $\beta$  -endorfin luteal fazda artmakta, folliküler fazda azalmaktadır. Chuong ve arkadaşları luteal fazdaki endorfin düzeyini, premenstruel sendromlu hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulmuşlardır. Periferdeki bu azalmanın santral azalmayı da yansıtabileceğini düşünmüşlerdir (61). Literatürde estrogen ve endorfin düzeylerinin paralellik gösterdiği, estregenler arttığı zaman endorfinin de arttığı, premenstruel sendromdaki sıcak basmalarının, menapozdakine benzediği ve bunun nedeninin hipoestrogenemi sonucu endorfinlerin düşmesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (5) . Tüm bunlar sonucunda aşağıdaki fikirler ileri sürülmüştür.

- Premenstruel sendromda luteal fazda endorfinlerin düşmesi ile kişinin kendi endorfinlerine karşı yoksunluk sendromu yaşaması
- Bu durum, ortamdaki progesteronun santral sinir sistemindeki (SSS) estrogen reseptörlerini bloke ederek hipoestrojenik bir ortam yaratması ve endorfin düşmesi ile açıklanmaktadır (5).

## 2. Serotonin Eksikliği:

Depresyonda, santral sinir sistemi (SSS)'nde serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir. Premenstruel sendromda da depresyon olduğuna göre luteal fazda bir serotonin eksikliği olup olmadığı sorusunu akla getirmiştir. Potent bir serotoninin re-uptake inhibitörü olan fluoxetine ile yapılan çalışmada premenstruel sendrom semptomlarında iyileşme olduğu söylenmiştir. Stone ve arkadaşları fluoxetine tedavisiyle yalnız ruhi semptomların değil, aynı zamanda anksiyete nörovejatif belirtiler, konsantrasyon bozuklukları, şişkinlik ve meme hassasiyetinde de düzelme meydana geldiğini ileri sürmüşlerdir. Buspirone, domipramine, fenfluramine gibi seratojenik ilaçlarla da aynı sonuçlar alınmıştır. Sıçanlarda yapılan çalışmalarda da estrogen ve progesteronun santral seratojenik nöral aktiviteyi etkilediği gösterilmiştir. Estrogenin hipotalamusta serotonine ait diurnal patern oluşturduğu, progesteron ise serotoninin geri dönüşümünü hızlandırdığı bilinmektedir. Premenstruel sendromda kanda ve trombositlerde serotoninin up-take'inin azaldığı bildirilmiştir.

Hayvan çalışmaları ile SSS'deki serotonin seviyelerinin L-triptofanın (LT) 5-OH tryptamine çevrilmesine bağlı olduğu ve ikincisinin kan-beyin bariyerini aşmadığı anlaşılmıştır. Karbonhidrattan zengin diyetler LT'ı artırırken, proteinden zengin diyetler azaltır. Premenstruel sendromda karbonhidrat tüketimi artmıştır. L-triptofanla birlikte 5 aminoasit aynı taşıyıcı proteine bağlanır. Kişnişçi, yapılan bir çalışmada, plasma L-triptofanın aminoasitlere oranının folliküler faz, luteal faz ve kontrol grubu arasında bir fark bulunmadığını ifade etmiştir. Ancak premenstruel sendromda serotonin eksikliği üzerinde çok durulmakta ve bu alanda çalışmalar devam etmektedir (5,59,60).

### 3. Prostaglandinler (PG):

Premenstruel sendromda PG yetmezliği öne sürölmüştür. Esansiyel yağ asitlerinin PG E1 'e çevriliminde bir defekt olduğu ve bu defektin ve PG E1'in prekürsörü olan gama linoleik asitin dihomogalinoleik aside çevrilmesinde kullanılan bir kompetitif enzim bloğundan kaynaklanabileceği bildirilmiştir. PG eksikliği açısında foliküler faz ile luteal faz arasında bir fark bulunamamıştır. Evening Primrose oil (EPO) % 9 oranında gamalinoleik asit içermektedir. Bu ilaçla kompetitif bloğun yok edilebileceği düşünölmüştür. Bazı çalışmalarda da PG inhibitörü olan mefenamik asitin verilmesi ile premenstruel sendromun bazı semptomlarının düzeldeği görölmüştür. Burada çelişkili bir durum ortaya çıkmaktadır, zira hem PG yapımında kullanılan hem de PG yapımını inhibe eden iki ajanın premenstruel sendrom semptomlarını düzelittiği söylenmektedir. PG'lerin de  $\beta$  endorfinleri etkilediği düşünölmektedir (5,62).

### 4. Steroid Hormon İmbalansı:

İlk kez 1931 yılında Frank, kanda steroid hormonların normalden yüksek olmasının premenstruel sendroma neden olduğunu ileri sürmüştür. 1950 yılının ortalarında Dalton luteal fazda progesteron yetmezliğinden bahsetmiş ve bu fikri benimsetmiştir (5). Premenstruel sendrom tedavisinde uzun yıllar progesteron kullanılmış ve başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Bu çalışmaların hiç birinde plasebo grubu ile karşılaştırma yapılmamıştır. Daha sonra plasebo grubu kurularak progesteronla (vaginal suppozitivar) yapılan çalışmalarda başarı elde edilememiştir. Sadece oral mikronize progesteronla yapılan çalışmada plaseboya üstünlük gösterilmiş olup başka araştırcılar uygun istatistik metodlarının kullanılmadığı açısında eleştiri almışlardır. Bazı araştırcılar premenstruel sendromda progesteronun normalden yüksek olduğunu savunmuşlar, ancak destek bulamamışlardır. Bu tezi savunanlar menapozda östrojen verdikleri olgulara progesteron ilave edildiğinde premenstruel sendroma benzer semptomların çıktığını bildirmişlerdir. Premenstruel sendromlu hastalarda semptomların menapozdan sonra yok olması göz önüne alınarak estrogenin



normalden yüksek olmasını savunanlar da olmuştur. Premenstruel sendromda menapozdaki gibi sıcak basmalarının olması da bazılarında estrogen eksikliğini düşündürmüştür. Ancak tüm çalışmalarda premenstruel sendromlu hastalarda estrogen progesteron oranı (E/P) açısından kontrol grubu ile farklılık saptanamamıştır. Asta Cerin yaptığı bir çalışmada PMS ve kontrol grubu arasında hormonal bakımdan hiçbir farklılık bulamamıştır (59). Bloch ve arkadaşları, premenstruel sendromlu hastalarda FSH, LH, prolaktin ve kortizol düzeylerine bakmışlar ve kontrol grubundan farklılık saptayamamışlardır (45). Steroid hormonların SSS'deki nörotransmitterleri etkilediği ve premenstruel sendromu oluşturduğu yolunda yapılan çalışmalardan da henüz bir sonuç alınmamıştır. Tek bilinen husus overlerin susturulması ile premenstruel sendromun ortadan kalktığıdır (59).

### **5. Tiroid Fonksiyon Bozukluğu:**

Hipotiroidinin premenstruel sendromlu hastaların % 94'ünde sublinik olarak görüldüğü, tiroid hormonu verildiğinde semptomların düzeldiği bildirilmiştir (5). Tiroid disfonksiyonu bipolar ve depresif psikiatrik hastalarda da görülebilir. Premenstruel sendromlu hastaların TRH stimülasyon testine anormal yanıt verdiği dair literatür bilgileri de vardır. İki ayrı çalışmada premenstruel sendrom gruplarında kontrol gruplarına göre daha fazla sublinik hipotiroidi saptanmıştır ancak foliküler faz ve luteal faz arasında fark bulunamıştır. Yapılan bir çalışmada TRH stimülasyonu ile TSH ve Prolaktin düzeyleri açısından premenstruel sendrom ile kontrol grubu açısından fark saptanamamıştır. Araştırmacılar, sublinik hipotiroidiyi premenstruel sendrom nedeni olarak kabul etmemekte, ancak birlikte görülebileceğini vurgulamaktadırlar (23,62).

### **6. Çinko (Zn) Eksikliği:**

Çinkonun, kadında emosyonel ve mental olaylar ile ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin sekresyonlarını etkilediğini gösteren bazı mekanizmalar vardır (51,63). İleri sürülen mekanizmalar şunlardır:

- Sıçan beyni ile yapılan çalışmalarda çinkonun opiatların kendi reseptörlerine bağlanabilirliğini sağladığı gösterilmiştir.
- SSS'deki nörotransmitterlerin değişiminde rol oynayabilirler.
- İnvitro olarak prolaktin, gonad hormonlar ve LH'ın hem sentezi hem de sekresyonunun değiştirebilir.
- Zn bu etkilerini Ca +2 calmoduline bağlı olayları antagonize ederek yapar.
- PGE sentezinde önemlidir. Lipid ester kaynağından dihomogamalinoleik asidin sekresyonunu sağlar.
- Endometriumun Progesteronu bağlamasında rol oynar.

Premenstruel sendromlu hastalar karbonhidrat ve şekeri çok tükettiklerinden bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği düşünülmüştür. Çinkonun emosyonel ve mental olaylarla ilişkili olduğu düşünüldüğünden bu mineralin eksikliği araştırılmıştır (51). Kaleli ve ark. premenstruel sendromlu hastaların luteal fazında serum çinko düzeylerini düşük bulmuşlar, bunun premenstruel sendrom nedenlerinden biri olarak düşünülebileceğini vurgulamışlardır (63).

### **7. Magnezyum(Mg) eksikliği:**

İlk kez 1983 yılında Abraham, premenstruel sendrom etyopatogenezinde Mg yetmezliğini öne sürmüştür (41).

Mg, birtakım enzimatik olaylarda kofaktör olarak rol oynamaktadır. İleri derecede Mg yetmezliği anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, generalize adale spazmları ve tremor yapmaktadır (5,64).

Mg da azalma ile ruhsal durumda negatif etkiler meydana gelir ve davranış bozukluğu ortaya çıkabilir. Premenstruel sendromda Mg'un düşme nedeni azalan gastro intestinal sistem emilimine veya hızlanan renal atılıma bağlayanlar olmakla beraber, bu konu henüz açıklığa kavuşmamıştır. Aksi bir düşünceye göre ise premenstruel sendrom Mg azalmasına yol açmaktadır. Diyetteki Mg ve Ca ilişkileri

üzerinde durulmuştur. Sıçanlarda Mg 'dan fakir diyet verilerek guatr oluşturulmuş ancak TRH stimülasyonuna abartılı bir cevap alınamamıştır. Diğer bir çalışmada sıçanlar tiazid grubu diüretikler verilmiş (Mg kaybettiren) hipofonksiyone glandlar ve guatr oluşmuştur. Premenstruel sendromda görülen subklinik hipotiroidi nedeninin Mg eksikliği olabileceği düşünülmüştür (5,64).

Pridoksinin eritrositlerde Mg'ü arttırdığı saptanmıştır. Çoğu araştırmacılar Mg'un serumda değil eritrositlerde ölçülmesi gerektiğini aksi takdirde Mg eksikliğinin saptanamayacağını ifade etmişlerdir (5,64). 1993 yılında Posacı ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada premenstruel sendromlu grupta kontrol grubuna göre luteal devrede serum Mg 'unun belirgin düşüklüğünü göstermişlerdir (51). Ca+2 ile çalışmalar henüz yapılmaya başlanmıştır.

### **8. Diğer vitaminler:**

Premenstruel sendromda retinol (vitamin A), gama-tokoferol ( vitamin E) normal bulunmuştur. Eritrositlerde tiamin (vitamin B1) veya pridoksin (vitamin B6)e bağlı enzimlerde farklılık saptanmamıştır (5).

### **9. Pridoksin Eksikliği:**

Vitamin B6 bazı nörotransmitterlerin sentezinde önemli bir kofaktördür. Ayrıca vücutta Mg düzeyini ayarlar. Dopamin ve serotoninin biosentezinin son basamağında bir koenzim rolü oynadığından beyinde vitamin B6 azalması premenstruel sendromun bazı semptomlarını açığa çıkarabilir (5,43,65). Ancak premenstruel sendromda vitamin B6'nın ne kesin ne de relatif olarak eksikliğini destekleyen objektif bir bulgu yoktur. Premenstruel sendromun siklik natürünü destekleyecek ovarian hormonlar ile vitamin B6 düzeyleri arasında bağlantı kurulamamıştır (5).

### **10. Allerji:**

Progesterona karşı allerji reaksiyonunun premenstruel sendroma yol açabileceği ileri sürülmüştür ancak premenstruel ürtiker çok nadir olarak görülmektedir. Kendi hormonlarına karşı antikor oluşma tezi ortaya atılmışsa da bu antikorların varlığı saptanamamıştır (5).

### **11. Hipoglisemi:**

1950 yıllarında hipoglisemi semptomlarının (yorgunluk, açlık, sinirlilik, terleme, belirsiz GİS yakınmaları) premenstruel sendromun bazı semptomlarına benzemesinden dolayı etiyoloji de rol oynayıp oynamadığı düşünülmüştür (5,65). Hem oral hem de IV GTT testleri menstruel siklusun değişik fazlarında uygulanarak insulin, glikoz ve glukagon düzeylerine bakılmış olup bunlarla kontrol grubu arasında farklılık saptanamamıştır. Ancak hassas analitik metodlarla yapılan son çalışmalar menstruel siklusun luteal fazında insuline hassasiyetin azaldığını göstermiştir. Ayrıca euglisemik insulin kramp tekniği ile premenstruel sendromlu kadınlarda hücre glikoz uptake'inde premenstruel anormallikler demostre edilmiş olup kontrol gruplarında ise bu durum gözlenememiştir. Premenstruel sendromun bazı semptomları için bu durum kabul edilebilirliği henüz belli değildir. Premenstruel sendromun tedavisinde hipoglisemi için diet verilmesinin rolü şimdilerde bilinmemektedir (5).

### **12. Sıvı Retansiyon Teorisi:**

Premenstruel sendromda sıklıkla şişkinlik ve sıvı retansiyonu şikayetlerinin olması, premenstruel sendrom semptomlarının potansiyel bir nedeni olarak minerolokortikoid değişiklikleri olabileceğini düşündürmüştür (5,65). Ayrıca, minerolokortikoidler ruh hali üzerine santral bir etkiye sahiptir.

Normal menstruel siklusta serum aldosteron düzeyleri ovulasyonda ve midluteal fazda artar. Midluteal fazdaki düzeyler foliküler fazdaki düzeylerin 2

mislidir. Estrogen aldosteron sentezini arttırarak su ve tuz tutulumun arttırır. Progesteron ise başlangıçta natriüretiktir. Ama bu etkisine sekonder olarak renin-angiotensin-aldosteron sistemini aktive eder. Aldosteron düzeyleri mens öncesi düşer. Minerolokortikoidler ile premenstruel sendrom arasında teorik bir ilişkiden bahsediliyorsa da çalışmalar premenstruel sendrom ve kontroller arasında aldosteron düzeylerinde herhangi bir belirgin bir farklılık göstermemiştir (5).

Sodyum veya su retansiyonu olmaksızın bir sıvı şifti olduğu ileri sürülmüştür. Geç luteal fazda, mevcut olan artmış plazma kolloid osmotik basıncı interstisyel sıvılarda artmaya neden olabilir. Premenstrue l sendromda hasta hep premenstruel kilo artımından bahsederse de yapılan kontrollü titiz çalışmalar foliküler faz ile luteal faz arasında bir fark bulamamışlar, premenstruel sendromu olanlarla olmayanlar arasında farklılık saptayamamışlardır. Çok yeni yapılan bir çalışmada premenstruel sendromda vasküler regülasyonun stabil olmadığından bahsedilmekte olup, sıvı retansiyonundan çok sıvının dağılımındaki değişimin şişkinlik hissinden sorumlu olduğu hipotezi ortaya atılmıştır (5,59,60).

### **13. Genetik:**

Premenstruel sendromun monozigot ikizlerde dizigotik ikizlerden daha fazla görülmesi ve adölesan kızlar ile annelerinin premenstruel sendrom semptomlarının benzer olması genetik faktörleri düşündürmektedir (5,59).

### **14. Psikososyal teori:**

Menstruel ve premenstruel durum ve davranışlar şüphesiz kültürel inançlar, sosyal faktörler ve hayat stresinden etkilenir (39,40). Çok sayıda yapılmış çalışmalar premenstruel sendrom ile kontrol grubu arasında davranış açısından fark olmadığını göstermiştir. Ancak daha önce majör depresyon geçirmiş kadında premenstruel sendrom daha sık görülmektedir (44). Eğer kadının psikolojik bozuklukları varsa premenstruel sendrom semptomlarını şiddetlendirebilir. Sosyal çevre değişiklikleri

premenstruel sendrom semptomlarını azaltır veya arttırabilir. Ancak overlerin alınması halinde ve menapozda bu hastalığın geçmesi ve adneksler hariç histeroktomi olanlarda bu hastalığın devam etmesinin nedeninin psikolojik değil biyolojik olduğunu düşündürmektedir (5).

### **1.2.3.2 DİSMENORE**

Dismenore veya ağrılı menstruasyon, kadınlarda sık görülen jinekolojik problemlerden biridir. Literatürde dismenorenin genç kadınların % 50-80'ini çeşitli derecede etkilediği ve her yıl pek çok işgünü kaybına neden olduğu belirtilmektedir. Bunun yanı sıra dismenore nedeni ile iş veriminin düştüğü, kazalarda bir artış olduğu da kaydedilmektedir (5,7,22).

Dismenore veya ağrılı menstruasyon, hormonal, obstrüktif ve psikolojik faktörlere bağlı olarak görülebilir (24,66,67).

#### **1.2.3.2.1. Primer Dismenore**

Primer dismenore hiçbir pelvik patolojinin olmadığı ve sebebin sadece uterusu olduğu ağrılı menstruasyondur (20). Primer dismenore genellikle adolosan dönemde normal ovulasyon başladığında ortaya çıkar (67,68). Primer dismenore kusma, iştahsızlık, diyare ve vazomotor bozukluklarla (halsizlik veya bayılma nöbetleri gibi) birlikte ağır seyredebilir. Bu sorun doğurganlık süresince devam edebileceği gibi zaman zaman da ortaya çıkabilir. Primer dismenorenin özelliği , menstruasyondan hemen önce veya menstruasyonla birlikte şiddetli ağrının başlaması, siklusun geri kalan bölümünde ise ağrı olmamasıdır (69). Ağrı alt abdominal bölgede aralıklı gelen kramp şeklindedir, lokalize olabildiği gibi sırta bele, kasıklara ve vulvaya da yayılabilir. Primer dismenorenin nedeni olan uterus kontraksiyonlarının hormonal ve psikolojik faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir (24,26).

Primer dismenore, ovulasyonlu sikluslarda oluşur. Nullipar kadınlarda daha yaygındır ve çocuk doğurduktan sonra azalmaya başlar. Obez kadınlarda daha sık görülür ve menstruasyon kan akış süresi uzamıştır. Düzensiz siklusları olanlarda ve atletlerde daha az görülür. Ayrıca sigara içmeyenlerde, alkol kullanmayanlarda ve düzenli egzersiz yapan kadınlarda dismenorenin azaldığı bildirilmiştir (19,28,32).

Aşırı uterus kontraksiyonlarının etiyojisi endometrium tarafından yapılan prostoglaninler ile ilgilidir. Progesteronun etkisi altında sekretuar endometrium prostoglandin sentez eder. Prostoglandin uterin kaslarda ve damarlarda konstriksiyon ve iskemiye neden olur ve bununla birlikte ağrı gelişir. Ovulasyonlu sikluslarda sekretuar fazla prostoglandinlerin fazla olması dismenoreye neden olmaktadır (20,28).

Östrojenin uterus kontraksiyonlarını uyardığı, progesteronun ise inhibe ettiği bilinmektedir (5,32). Ancak östrojen progesteron dengesizliğinin ağrıya neden olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmemiştir. Fakat, progesteronun dismenore üzerine etkili olduğu, ovulasyonsuz sikluslarda ve oral kontraseptif kullananlarda dismenore şikayetlerinin olmaması yada daha az olması bu görüşü desteklemektedir (36,53,62).

Dismenorenin psikolojik olarak kadının kendi kendini algılaması ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Bunun yanında telkin, anneyi taklit, kadın vücut fonksiyonları hakkında bilgi azlığı, hastalığın ikincil kazançları da hipotez olarak ileri sürülmektedir (50,57).

Stresin dismenore şikayetini arttırdığı bilinmektedir. Anksiyetenin, dismenore şikayeti olan kadınlarda pozitif geri bildirim halkası şeklinde katkıda bulunduğu belirtilmektedir (44,70).

#### **1.2.3.2.2. Sekonder Dismenore**

Sekonder dismenore ise pelvik bir patolojinin yada rahim içi aracın (RIA) bulunduğu durumlarda oluşan ağrıdır. Pelvik nedenler, endometriazis, endometrial

polip, pelvik iltihabı hastalık (PID), myomlar, menoraji olmak üzere başka bir pelvik hastalığın varlığında dikkati çeken menstruel ağrıdır. Sekonder dismenore ağrının belli bir bölgede yoğunlaştığı veya yalnız bir tarafta olduğu ve 20 yaştan sonra ortaya çıkan durumlarda düşünülmelidir (20,28).

Primer dismenore ile sekonder dismenore ayırımının yapılması ve tedavisinin planlanması için iyi bir anamnez alınmalı ve pelvik muayene yapılmalıdır. Sekonder dismenore tanısı koymak için, servikal kültür, histerosalpingografi, ultrasonografi, laparoskopi gibi yöntemler kullanılmaktadır (30,31).

#### **1.2.4. MENSTRUEL YAKINMALARI DEĞERLENDİRME VE TANILAMA**

Menstruel semptomlarla baş etmek için, doğru tanı ve altında yatan patolojinin açığa çıkmasına bağlıdır. Premenstruel sendromun kesin olarak fizyopatolojisi bilinmediğinden ve dismenoreye karışabilecek organik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörler bulunabileceğinden bu şikayetlerin tanılanması, önlenmesi azaltılması yada başarılı tedavisi için çok boyutlu bir bio-psiko –sosyal yaklaşım gerekmektedir (6,39,66,71).

Değerlendirmenin ilk aşamasında iyi bir menstruel, obstetrik ve genel anamnez, alınmalı ve pelvik incelenmesinde yer aldığı fizik muayene yapılmalıdır. Ayrıca menstruel şikayetler için özgül tanısall laboratuvar testleri olmasa da, fizyolojik ve organik bozuklukları ekarte etmek için bazı laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır (16,71).

Menstruel anamnez alınırken yaş, parite, premenstruel sendrom ve dismenore semptomlarının başlangıç ve ilerleyişi, başlatan ve şiddetini artıran olaylar, semptomların zamanı fiziksel ve emosyonel semptom sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları, aile, iş ve arkadaş ilişkileri ve kişisel imajına olan etkileri gibi konular üzerinde araştırma yapılmalıdır (16,47,50).



Genel sağlık anamnezinde ise vucut sistemlerinin muayenesi ve bu duruma karisabilecek diğer hastaliklari tanilanmasi gerekir. Bireyin beslenme aliskanliklari, (gunluk oğun sayisi, tuz, kafein iceren gıdalar, kırmızı et, sebze tuketimi rafine şeker tuketimi, diyet uygulamalari vs.), sağlık aliskanliklari (egzersiz, sigara, alkol, ilac kullanimi, stres duzeyi, kisilik yapisi ve baş etme yollari) oğrenilmelidir (6,47,72).

Menstrual siklus boyunca oluşan değişiklikleri belirlemek icin objektif bir tanilama araci kullanılmalıdır. Hemşire bu amaçla geliştirilen olçeklerden klinik alanda uygulaması kolay olan ve prospektif olarak doldurulanlari tercih etmelidir (16,47).

Menstrual siklustaki değişiklikler prospektif ve retrospektif olarak değerlendirilebilir. Prospektif olanlari daha yansız olma olasılığı ve diğer etkenlerin ekarte edilmesinden dolayı daha objektif olduğu görüşüne varılmıştır (16).

Menstruel şikayetlerle yapılan çalışmalarda bugüne dek çeşitli standart olçekler kullanılmıştır. Bunlardan ilki ve yaygın kullanilani 1968' de Moos' un geliştirdiği Moos Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) dur (54). Taylor 1979' da 17 maddelik Gunluk Semptom Değerlendirme olçegini (Daily Symptom Rating Scale- DSRs) geliştirmiştir . Moos' un geliştirdiği Menstrual Distress Envanterini Abraham modifiye ederek Menstruel Semptom Skalasini oluşturmuştur. Abraham semptomlari birbirleriyle bağlantılı anksiyete, su retansiyonu, yiyeceklere olan isteğin artmasi ve depresyon olmak üzere dört alt gruba ayırmış, beşinci semptom alt grubu olarak da dismenore ağrılarını semptom takvimine dahil etmiştir (41).

Birçok kadında mensturasyona bağlı olan yakınmaların klinik yardım isteyecek şiddette oluşu ve mizaç bozukluklari ile ortaya çıkışı nedeniyle premenstruel sendrom ruh sağlığı alanında da önem kazanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliği 1987 yılında premenstruel sendromu Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk olarak tanımlamış ve DSM-IV sınıflamasında yer almıştır (8,15,71). Bu yüzden son yıllardaki ruh sağlığı çalışmalarında premenstruel yakınma gruplarını ayırt etmek amacıyla olguların depresyon, bunaltı duzeyleri ve kisilik özelliklerinin olçülmesinde objektif psikolojik

testlere de yöneldiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) kullanılmıştır (40,46,71,72).

Menstruel şikayetleri tanılamada kullanılacak ölçeğe göre menstruel döngünün takvimi çizilmelidir. Ayrıca günlük kilo izlenimi ve bazal vücut ısı kullanılarak ovulasyon zamanının tespiti yapılmalıdır. Belirtiler, en azından üç siklus kaydedilmelidir. Bazal vücut ısısının yataktan kalkmadan, kahvaltı öncesi ve sigara içmeden önce alınması, her sabah günlük kilo izleniminin ise mesane ve bağırsaklar boşaltıldıktan sonra yapılması, şikayetlerinde takvime gece aynı saatlerde kaydedilmesi gerektiği konusunda ayrıntılı bilgilendirilmelidir (74,75). Bu sırada semptomların bireye özgü olduğu ve kişinin kendi kendini değerlendirmesinin önemi vurgulanmalıdır. Böylece hangi semptomların daha sık yaşandığı, siklusun hangi fazında daha çok görüldüğü belirlenir (6,75).

Foliküler ve luteal fazda semptomların varlığı, mensturasyonun başlamasıyla azalması karşılaştırılır. Tüm bunlar menstruel distres tanısı koyabilmek için gereklidir. Burada hekim ile işbirliği, özellikle ekip çalışması gerekir. Ayrıca tanılama süreci hemşireye, kadın ve ailesine premenstruel sendrom ve dismenore hakkında bilgi vermek, bu konudaki yanlış inanç ve düşüncelerini ortaya çıkarmak için fırsat tanır (6,13,47).

### **1.2.5. MENSTRUEL YAKINMALARLA BAŞETME YÖNTEMLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Menstruel yakınmalardan etkilenen kadın sayısının artması, kişisel, ailevi ve mesleki sorunlar yaşaması nedeniyle, hemşirelerin bu konuda bilgi ve girişim kapsamlarının genişletilmesini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca menstruel semptomların azaltılması yada önlenmesi, hemşirenin profesyonel rollerinden (koruyucu, uygulayıcı eğitim, danışmanlık ) birkaçının bir arada uygulayabilecekleri bir alandır (6,39,47).

Menstruel şikayetlerin kesin sebebi ve tedavisi bilinmediğinden çeşitli başetme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu semptomlarla baş etme yöntemleri; sağlık eğitimi, strese yaklaşım, diyet düzenlemesi, egzersiz ve gerekirse tıbbi tedavidir (6,47).

Hasta ve ailesinin eğitimi, mensturasyon ve menstruel siklusu ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi menstruel şikayetlerin tanınması açısından oldukça önemlidir. Semptomlarla baş etme yöntemlerine ilişkin gerekli bilgi, eğitim ve destek hemşire tarafından verilmelidir. Destek, dinlemek, cesaretlendirmek, emosyonel durumu ve aile fertlerinin tepkisinin tartışılmasıyla verilebilir. İletişim destek grupları oluşturularak, kişinin kendine olan güvenini sağlamak, duygularını ifade etmesini ve gerilimini azaltmayı öğretmek gibi konulara yer verilmelidir. Ayrıca hemşire toplum gruplarında, okullarda, iş yerlerinde, halk eğitim merkezlerinde menstruel yakınmaların etkileri hakkında konuşarak toplumun bu durumu fark etmesinde rol oynamalıdır (47,50).

Menstruel yakınmaların özellikle premenstruel yakınmaların artmasında stresin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Çalışmalar emosyonel faktörler üzerine yoğunlaştıran araştırmacılar negatif yaşam değişikliklerinin premenstruel davranış değişikliklerine, ağrı ve su retansiyonuna neden olduğunu bildirmiştir. Bazı araştırmacılar ise negatif yaşam olaylarının ve günlük stresörlerin premenstruel ve menstruel olumsuz duygulanım, performans düşüklüğü ve sıvı retansiyonun artması ile ilişki olduğunu saptamışlardır (44,50,73).

Stresle baş etmek ve stresin yarattığı negatif duygulanım ve ağrı şikayetlerini azaltmak için birçok yöntem önerilmektedir. Bunlar; relaksasyon yöntemleri (gevşeme teknikleri), meditasyon, yoga, biofeedback teknikleri ve düzenli yapılan egzersizdir (6,76,77).

Menstruel şikayetleri azaltmada kullanılan relaksasyon tekniklerinde oluşturulan relaksasyon cevabı; sakin bir çevre, gözler kapalı, rahat bir pozisyonda ve mental aktivitedeki tüm düşünceleri boşaltarak, bir kelime ses veya cümleye odaklanarak

sağlanan fizyolojik bir yanıttır. Relaksasyon cevabının sağladığı fizyolojik değişiklikler, düşük kan basıncı, arterial laktat düzeyinde azalma, oksijen tüketimi ve karbondioksit eliminasyonunda belirgin bir azalma, kalp atımı ve solunum sayısında azalmayı içerir. Düzenli yapılan relaksasyonda cevabı ile, saldırganlık, huzursuzluk, anksiyete gibi semptomların azalmasını sağlar (6,75,77).

Biyolojik geri bildirim (biofeedback) tekniklerinden derin nefes alıp verme, progresif kas gevşeme egzersizi, görsel uyaranlar, ayrıca gevşeme üzerine videolar ve bilgisayar programlarının menstruel migren ve dismenore ağrılarının azalmasında yardımcı olduğu bildirilmiştir (6,77,78).

Düzenli yapılan egzersizinde strese karşı davranışsal reaksiyonlarda, psikolojik algılamada bir düzenleme yaptığı öngörülmektedir. Haftada üç kez yapılan 20 dakikalık yürüyüş, yüzmek, bisiklete binmek veya aerobik yapmak rahatlama ve dinlenmesini sağlar (47). Egzersiz uygulamasının meme hassasiyeti, sıvı tutulumu, negatif duygulanım, otonomik reaksiyon, ve dismenore ağrıları gibi semptomları azalttığı, belirlenmiştir (6). Bele karına masaj uygulamak, karına sıcak su torbası koymak, sıcak su dolu kuvvette yatmak, yere oturup kalkmak, sırtüstü yatarken dizleri karına çekmek, diz-göğüs pozisyonunu almak gibi rahatlatıcı tekniklerdir (6,69).

Menstruel yakınmalarının olan kadınların yeterli dinlenmesi gerekir. Rahatsız bir uyku, yorgunluk ve huzursuzluğun artmasına dolayısıyla semptomların daha da kötüye gitmesine yol açmaktadır. Hastalar aynı saatte uymayı ve uyanmayı sağlamalıdır. Yattıkları odanın loş, sessiz olmasına dikkat etmeleri kaybedilen uyku için gündüz arada bir şekerleme tarzında istirahat yapmalıdırlar (6,73)

Premenstruel dönemde yaşanan anksiyete, depresyon ve aşırı hassasiyetin etkisinden dolayı kadınların önemli kararlarını stres yaratabilecek belirli iş programlarını, toplantılarını premenstruel şikayetlerin olmadığı dönemde yapılmasını sağlamalıdır (50,69,73).

Hemşire, kadının yaşam biçimini, stres yaratan olayları, egzersiz alışkanlıklarını belirleyecek stres düzeyini azaltmak için gevşeme teknikleri ve egzersiz uygulaması konusunda kadında karşılıklı konuşarak birlikte karar vermelidirler (6,50,73).

Menstruel distres semptomları ile baş etmenin diğer bir bileşeni diyetdir (65,79).

Semptomlu kadınlara şunlar önerilmelidir:

- Düzenli ve sık aralıklarla az yemek yenmesi.
- Yağ oranı düşük, proteinli , lifli ve kompleks karbonhidratları içeren gıdaların alınması,
- Tuz, rafine şeker, sığır eti alımının kısıtlanması,
- Alkol, sigara, ve kafein içeren (kahve, çikolata vs.) gıda tüketiminin sınırlandırılması,
- B kompleks vitaminleri, vitamin A ve E alımının artırılması,
- Magnezyum, kalsiyum, bakır, çinko gibi vücutta az bulunan fakat organizma için gerekli mineralleri alınması önerilmektedir.

Sık aralıklarla az yemek yemenin (günde 4-6 öğün) premenstrual anksiyete, huzursuzluk, kas güçsüzlüğü ve karın kramplarının azalmasına yardımcı olduğu ileri sürülmektedir. Tuzlu ve basit şeker içeren yiyeceklerin su retansiyonu, kilo artışı, göğüslerde hassasiyet gibi fiziksel rahatsızlıklara neden olduğundan kısıtlaması gerektiği bildirilmiştir. Lifli ve proteinden zengin, taneli tahıl, baklagiller, yeşil sebze meyve, yağsız süt ürünleri alımının kaslardaki spazmı ve göğüslerdeki hassasiyeti azalttığı belirlenmiştir (6,73,79 ).

Johnson perimenstruel dönemde alınan yüksek miktarda karbonhidratın negatif duygulanım değişikliklerine, düşük performans ve aktiviteye neden olduğunu saptamış, yeme alışkanlıkları ve yapılan egzersizlerin menstruel distres de anlamlı olduğunu vurgulamıştır (65). Kızılkaya çalışmasında diyet düzenlemesi ve egzersiz uygulamalarının perimenstruel şikayetleri azalttığını saptamıştır (6).

Kafeinli içecek ve gıdaların (kahve-çay-kola-çikolata), alkol ve nikotin tüketiminin uyaran etkilerinden dolayı gerginlik huzursuzluk ve duygusal değişiklikleri arttırdığı, semptomların şiddetini ve yaygınlığını kötüleştirdiği kabul edilmektedir. Bu nedenle adet periyodundan iki hafta öncesinden bunlardan kaçınılmalı veya azaltılmalıdır (6,79).

Vitaminlerden en çok kullanılan B6 vitaminin (pidoksin) yorgunluk, huzursuzluk ve depresyonda etkili olduğu ve doktor önerisinde alınması gerektiği bildirilmiştir (5,65). Ayrıca doğal bitkilerden zencefil, nane, papatya, adaçayının kaynatılarak içilmesinin semptomlara iyi geldiği bildirilmiştir (6,13).

Hemşire, günlük kilo izlenimi kayıtlarını, diyetinde yapılması gereken değişiklikleri, alkol sigara gibi olumsuz etki yapan alışkanlıklarını ve önerilerini kadın ile karşılıklı tartışmalı ve egzersiz, gevşeme teknikleri yanı sıra diyetinde çok önemli olduğunu vurgulayarak eğitim yapmalıdır (47,50,73,80).

Tüm bu yöntemleri uygulamasına rağmen kadının şikayetlerinde düzelme olmuyorsa doktor işbirliğinde ilaç tedavisine başlanmalıdır. Menstruel dönemdeki ağrılar için nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (Naproksen, ibuprofen vb.), sıvı retansiyonunda diüretikler, premenstruel devrede aşırı duygusal bozukluklar bulunduğu psikiyatrist tarafından antidepresanlar ve anksiyolitikler önerilmektedir. Hemşire kadına verilen ilaçları, kullanım şeklini, süresini yan etkilerini açıklamalıdır (77,81).

Menstruel distres şikayetlerin azaltılması yada önlenmesinde bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi bakımına katılım çok önemli bir yer tutmaktadır. Konuya ilişkin olarak hemşirenin de destek grupları ve eğitim sınıfları oluşturarak menstruel siklus, mensturasyonla birlikte olan küçük değişiklikler, premenstruel sendrom, dismenore hakkında doğru bilgiler vererek tedavi, bakım ve eğitimlerini sağlamalıdır (6,69,71).

### 1.2.5. KAYGI

Kaygı iç ve dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudur. Kişi kendisini bir alarm durumunda ve sanki bir şey olacaktı gibi bir duygu içinde hisseder (82,83).

Teknolojinin hızla gelişmesi, bilimsel buluşlar, nüfus artışı ve ekonomik sıkıntılar gibi stresi arttıran çevresel faktörler insanların kaygı durumlarını da arttırmaktadır. Organizmanın refahını tehdit eden her durumun bir kaygı oluşturduğu varsayılır. Fiziksel zarar tehditleri, benlik değerine tehditler ve bir bireyin yapabileceğinden fazla performans gerektiren durumlar da kaygı meydana getirmektedir (84).

Çok hafif tedirginlik ve gerginlikten panik derecesine varan değişik şiddette kaygı durumu yaşanabilir. Endişe, gerginlik, ürkme ve kendini rahatsız hissetme, güvensizlik, korku, panik, şaşkınlık, tedirginlik, berrak düşünememe, ağız kuruluğu, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı, güçsüzlük, halsizlik, iştahsızlık, kan basıncı düşmesi yada yükselmesi, kas gerginliği, mide bağırsak yakınmaları, solunum sayısında artma, terleme, titreme, uykusuzluk gibi belirtilen ruhsal alandan bedensel alana doğru sıralanabilir. Ayrıca kaygı kişiden kişiye farklılık gösteren davranışsal belirtileri de gösterebilir (85,86).

Kaygı ile korku genellikle birbirine karıştırılmaktadır. Aralarındaki en önemli fark korku, bilinçli olarak tanınan, belirli bir tehlike (genel olarak dış baskı veya tehlike) karşısında ortaya çıkan heyecansal bir tepkidir. Kaygı ise kişi tarafından bilinmeyen, belli olmayan, objesiz tehlikelere karşı verilen heyecansal bir tepkidir, bireyin kendi varlığı için gerekli olan değerlerin, tehdit edilmesi halinin yaşandığı doğal içsel bir durumdur. Korkuda tehdit dışarıdandır, benliğinin bütünü tehlike altında değildir. Kişi tehlikeyi bilir ve bununla uğraşmak için kaçma veya savaşma biçiminde bir davranış gösterebilir ve korku veren durum ortadan kalktığında rahatlar. Kaygı daha genel bir durumdur, korkudan daha şiddetli ve daha uzun sürelidir (85,86).

Nedeni kesin olarak bilinmeyen bir korku ya da tedirginlik, huzursuzluk olarak tanımlanan kaygının değişik kaynakları bulunmaktadır. Kaynaklar arasında alışlagelmiş bir desteğin ortadan kalkması, bir cezanın verilme olasılığına inanma, ortamdaki belirsizlik veya bunların bir karışımı yer alır (87).

Belirli bir ortamda kendisini güven içinde hisseden bir bireyde korku yada kaygı olmaz. Diğer yandan aynı çevredeki bir başka kişi çevreyi tehlikeli bulabilir ve bu algılamayla ilgili heyecanları yaşayabilir. Hangi sosyal ortamın nasıl algılanacağını içinde yaşadığımız kültür bize öğretir. Bu nedenle hangi ortamda kaygı duyacağımız toplumdaki topluma, kültürden kültüre değişebilir. Kaygı, daha çok geleceğe dönük, bir durumun yada davranışın ortaya çıkaracağı sonuçla ilgilidir ve bireyin kendisini muhtemel olumsuz bir durumdan korumasına yöneliktir (88,89).

Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Dışçı koltuğuna otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da ir ameliyata gitmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşulların yarattığı bu tür kaygı türü genellikle bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygıyı oluşturur. Buna “durumluluk kaygısı” denir (90,91). Yani durumluluk kaygı bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesi olarak görülür.(88,90). Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

Kimileri sürekli olan huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır(92). Öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi yada içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da “ Sürekli Kaygı” denir (93,94,95). Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin huzursuzluklarını gidermede, hafifletmede yada kontrol etmede karşı koyma yada başa çıkma becerileri yada savunmaları yetersizdir. Bu bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Durumluluk kaygıyı da diğerlerinden daha yoğun yaşarlar (95).



Kaygı yaşıntılarındaki bu ayırımın yapılması Spielberger'in (1966) iki faktörlü kaygı kuramı ile, kaygı türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının (1970) durumluluk- süreklilik kaygı envanteriyle mümkün olmuştur (96,97).

Bilinmeyen, deneyimlenmemiş yeni bir durumla karşılaşıldığında kişinin kaygısı artar (97). Kumral yaptığı araştırmada hastaların ameliyat öncesi, ameliyat sonrası ve taburcu olmadan önce durumluluk- süreklilik kaygı envanteri ile kaygı derecelerini ölçmüş; hastaneye daha önce yatmamış olanların durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Daha önce hastaneye yatmış olan bireylerin durumluluk kaygılarının düşük olmasının nedeni olacaklar hakkında daha önceden bilgi sahibi olmalarına bağlanmıştır (96).



### 1.3. HİPOTEZLER

1.  $H_0$  : Çalışan kadınların menstruel yakınma düzeyleri yüksektir.  
 $H_1$  : Çalışan kadınların menstruel yakınma düzeyleri düşüktür.
2.  $H_0$ : Kadınların menstruel yakınmaları arttıkça kaygı durumları da artar.  
 $H_1$ : Kadınların menstruel yakınmaları arttıkça kaygı durumları azalır.

### 1.4. TANIMLAR

**Menstruel Siklus:** Kadının fertil yaşamı boyunca düzenli aralıklarla görülen siklik adetlerle karakterizedir. Her siklus adetin birinci günü başlar ve bir sonraki adetin başlayacağı gün öncesi biter. Ortalama siklus süresi 28 gündür (20).

**Menstruasyon:** Puberteden menapoza kadar olan dönemde her ay uterusun endometrium tabakasında meydana gelen değişiklikler sonucu, endometriumun fonksiyonel tabakasının atılması ile oluşan kanamaya menstruasyon, regl ve adet denilmektedir (32).

**Menstruel Distres:** Menstruel siklusun hem menstruel dönemi hem de premenstruel döneminde ortaya çıkan şikayetlere denir. Bu şikayetler premenstruel sendrom ve dismenore başlığı altında incelenmektedir (29).

**Premenstruel Sendrom:** İnsanlar arası iletişimi ve günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozuklukları yapan, fiziksel ve psikolojik bulguları kapsayan ve her luteal fazda siklik olarak görülen bir semptomdur (38).

**Dismenore:** Menstruasyon süresince deneyimlenen ağrıya denir (39).

**Sürekli Kaygı :** Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan, içten kaynaklanan kişinin öz değerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi yada içinde bulunduğu durumu stresli olarak yorumlaması sonucu duyduğu kaygıya sürekli Kaygı denir (97).

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, tekstil sektöründe çalışan 15-49 yaş arası kadın işçilerin perimenstruel şikayetlerinin ve bu şikayetleri etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMANI

Araştırma, Manisa Organize Sanayi bölgesindeki May Tekstil Sanayi Anonim Şirketinde yapılmıştır.

Tekstil -konfeksiyon sektörünün içinde önemli bir paya sahip olan May Tekstil San. A.Ş. 18 yıldır ,alt yapısını ve teknolojik gelişimini tamamlamış geniş ürün yelpazesine sahip bir tekstil organizasyon firmasıdır. Manisa'nın merkezinden 7 km. uzaklıkta bulunan fabrika 42.000 metrekare üzerine 25.500 metrekare kapalı alan üzerine kurulmuştur. Alanında pek çok Avrupa ve Amerikan firmalarıyla çalışmakta olan firma, günde 10 ton örgü,15 ton boya, 10.000 adetlik dikim kapasitesine sahip olan firma 664 çalışanın bulunduğu bir entegre tesistir. Üretim hattında çalışan kişi sayısı 546, üretime destek hattında çalışan sayısı ise 118 dir. İşyerinde 255 kadın işçi çalışmaktadır. İşçiler bu işletmede toplu sözleşmeli olarak çalışmaktadır.

May Tekstil San.A.Ş temelde üç ana bölümden oluşmaktadır. Bunlar; üretim hattı (Örgü, Boyahane, Konfeksiyon), üretime destek hattı (makina-bakım , elektrik atölye, mekanik atölye) ve üretim dışı çalışan birimler (Örgü-Boya planlama ,ürün planlama , idari bölümler, güvenlik, sağlık birimi, bahçe ekibi, iletişim birimi, araç işletme birimi, genel hizmetler birimi)dir. Kadın işçiler sadece konfeksiyon bölümünde çalışmaktadır.

### **2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, May Tekstil San. A.Ş' de çalışan tüm kadın işçiler oluşturmuştur. Araştırmanın başladığı 10 Mart 2003 tarihinde işyerinde çalışan 255 kadın işçiye ulaşılması planlanmıştır. Ancak 31 Mart 2003 tarihinde, 75 kadın çalışan, işyeri tarafından işten çıkarıldığından, 180 kadın araştırmamızın evrenini oluşturmuştur. Evren örneklem olarak alınmış, örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır.

Araştırma kapsamına giren 180 kadın işçiden anket formu ve menstruel distress şikayet listesini doldurmaları istemiştir. 2 kişi Menstruel Distres Şikayet Listesini eksik doldurduğundan araştırma kapsamı dışında bırakılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden, formları doğru olarak dolduran 178 kadın işçi araştırmamızın örneklemini oluşturmuştur.

### **2.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, tanıtıcı özelliklerin sorgulandığı bir anket formu ( EK-I) ile birlikte, menstruel şikayetlerinin belirlenmesi amacıyla Menstruel Distres Şikayet Listesi (EK-II), sürekli kaygılarını ölçmek için kullanılan Süreklilik Kaygı Envanteri (EK-III) kullanılmıştır.

#### **2.4.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

##### **2.4.1.1. Anket Formu İle Veri Toplanması**

Anket formu, işyerinde çalışan kadınların, tanıtıcı özelliklerini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

Anket formu kapsamında, kadınların sosyo demografik özellikleri ( Yaş, eğitim durumu, medeni durumu, ilk evlilik yaşı, evlilik süreleri), doğurganlık özellikleri

(menarş yaşı, siklus süresi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük yada küretajı olma durumu, kontraseptif yöntem kullanma durumları, kullandıkları kontrasepsiyon yöntemleri) ile ilgili bilgiler yer almaktadır. (EK-I)

#### **2.4.1.2. Menstruel Distres Şikayet Listesi**

Kadınların menstruel şikayetlerinin saptanması amacıyla kullanılan Menstruel Distres Şikayet Listesi (Menstruel Distress Questionnaire- MDQ), 1968'de Moos 'un geliştirdiği Menstruel Distres Envanteridir. Bu konuda yapılmış çalışmalarda kullanılan en yaygın ölçektir (54). Pek çok araştırmacı tarafından menstruel şikayetleri ölçmede değişik toplumlarda yaygın ve başarılı bir şekilde kullanılması nedeniyle tercih edilmiştir. Ülkemizde de ilk olarak Kızılkaya N. tarafından (1994) yapılan çalışmada geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (6).

Rudolf H. Moos tarafından geliştirilen Menstruel distres Şikayet listesinde menstruasyon siklusu boyunca gelişen 47 semptom bulunmaktadır. Bu 47 semptom listesi 8 alt semptom grubunu oluşturmuştur. Bunlar, ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, canlanma ve kontrol dır. Şikayetler, adet öncesi, adet dönemi ve adet sonrası dönem için ayrı ayrı olarak 5 basamaklı ölçek ile 0 dan 4'e kadar puanlanmaktadır.

- 0- belirti yok
- 1- az
- 2- orta şiddette
- 3- şiddetli
- 4- çok şiddetli, olarak ifade edilmektedir.

##### **2.4.1.2.1. Menstruel Distres Şikayet Listesinde Yer Alan Menstruel Semptomlar \***

###### **AĞRI**

Kaslarda gerginlik, sertleşme

Baş ağrısı

Karın ağrısı- kramplar

Sırt- bel ağrısı

Yorgunluk

Genel kırıklık- ağrılar

### **SU RETANSİYONU**

Kilo alma

Ciltte leke sivilce

Memelerde ağrı yada hassasiyet

Karında, memelerde şişme

### **OTONOMİK REAKSİYON**

Baş dönmesi, baygınlık hissi

Soğuk terleme

Bulantı kusma

Ateş basması

### **NEGATİF DUYGULANIM**

Yalnızlık

Anksiyete( sıkıntı)

Ruhsal (mood) değişiklikler

Ağlama

Aşırı hassaslık alınganlık

Gerginlik

Üzgün hüzünlü olma ( depresyon)

Aşırı hareketler ( çabuk parlama)

### **KONSANTRASYON BOZUKLUĞU**

Uykusuzluk

Unutkanlık

Sersemlik

Kararsızlık

Zihni bir noktaya toplama güçlük

Dikkat dağınıklığı, dalgınlık

Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar

Hareketlerde uyum yetersizliği

### **DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ**

Eğitim yada çalışma gücünde azalma  
 Yataktan çıkmak istememe, yatakta kalma  
 Evden dışarı çıkamam, işe gidememe  
 Sosyal etkinliklerden kaçınma  
 Verimlilikte azalma

### **CANLANMA**

Aşırı sevgi ifadesi  
 Düzenli derli toplu olma  
 Heyecanlı, telaşlı olma  
 İyi, mutlu olma duygusu  
 Enerji ve hareketlilikte artış

### **KONTROL**

Boğulma, bunalma hissi  
 Göğüs ağrısı  
 Kulak çınlaması uğultu  
 Çarpıntı  
 Ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı  
 Gözde uçuşmalar, bulanık görme

**GRUPLANDIRILAMAYAN** : iştah artması

\* (6): Kızılkaya, N. , Perimenstruel Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, ( Doktora tezi), İstanbul, 1994.

#### **2.4.1.2.2. Menstruel Distres Şikayet Listesinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği**

Kızılkaya 1994 yılında Menstruel Distres Şikayet Listesinin içerik geçerliliğini uzman görüşü olarak test etmiştir. Kızılkaya'nın çalışmasındaki güvenilirlik katsayı (cronbach alfa) değerleri 0,71 ile 0,97 arasında değişmektedir (6).

Daşıkan'ın 2000 yılında yapmış olduğu çalışmada toplam güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa değerleri) adet dönemi ( 0,96), adet öncesi dönem ( 0,95), adet sonrası dönem ( 0,90) olarak belirlenmiştir (16).

Bu araştırmada, Menstruel Distres Şikayet Listesinin güvenilirlik katsayısını test etmek için Cronbach Alfa ( alfa yöntemi) güvenilirlik analizi yapılmıştır. Adet dönemi toplam güvenilirlik katsayısı (0,94), adet öncesi dönem toplam güvenilirlik katsayısı (0,94), adet sonrası toplam güvenilirlik katsayısı ise, ( 0,90) olarak bulunmuştur.

Menstruel Distres Şikayet Listesi alt gruplarından alınan güvenilirlik katsayıları (0,40) ile (0,85) arasında değişmektedir. Adet sonrası dönemde yaşanan şikayetlerin az olması nedeniyle güvenilirlik katsayıları daha düşük olarak bulunmuştur. Buna göre alt gruplara göre güvenilirlik katsayıları aşağıdaki gibidir:

<b>Alt Gruplar</b>	<b>Adet Dönemi</b>	<b>Adet Öncesi Dönem</b>	<b>Adet sonrası Dönem</b>
Ağrı	0,80	0,72	0,62
Su retansiyonu	0,51	0,57	0,40
Otonomik reaksiyon	0,65	0,67	0,54
Negatif duygulanım	0,84	0,85	0,77
Konsantrasyon bozukluğu	0,80	0,76	0,67
Davranış değişikliği	0,70	0,63	0,62
Canlanma	0,65	0,69	0,70
Kontrol	0,75	0,73	0,63

Cronbach Alfanın güvenilirlik değerlendirme verileri şu şekildedir.

0,00<...<0,40	güvenilir değil,
0,40≤...<0,60	düşük güvenilirlik,
0,60≤...<0,80	oldukça güvenilir,
0,80≤...<1,00	yüksek derecede güvenilir.



### 2.4.1.3. Süreklilik Kaygı Envanteri

İşyerinde çalışan kadınların sürekli kaygı durumlarının saptanması amacıyla, Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Öner ve ark. tarafından Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliği saptanmış olan süreklilik kaygı skalası uygulandı (97). (EK III).

Bu skala, bireyin sürekli kaygı düzeyini yansıtmakla kullanılan, bireyin kendisini tanımlayan 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Süreklilik kaygı envanteri, bireylerin genellikle kendisini nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Her zaman gibi dört seçenekten bir tanesini işaretlemesini gerektirmektedir. Envanterden elde edilen toplam puanın yüksek olması sürekli kaygının fazla olduğunu, düşük olması sürekli kaygının düşük olduğunu ifade etmektedir.

Süreklilik kaygı ölçeğinde seçeneklerin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Ölçek 20 sorudan oluştuğundan elde edilen toplam puan 20-80 arasında değişmektedir. Ölçekte doğrudan (düz) ve tersine dönmüş ifadeler yer almaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirmektedir. Süreklilik Kaygı Ölçeğinde yedi tane tersine dönmüş ifade ( 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19) bulunmaktadır. Doğrudan ve tersine ifadeler için toplam ağırlık puanları ayrı ayrı hesaplanmış, doğrudan ifadelerden elde edilen toplam ağırlıklı puandan, tersine ifadelerden elde edilen toplam ağırlıklı puan çıkartılmıştır. Elde edilen sayılara önceden saptanmış sabit bir değer eklenmiştir. Süreklilik Kaygı Envanteri için 35 'tir. En son elde edilen değer, bireyin kaygı puanıdır (94).

### 2.4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Anket formu, Menstruel Distres Şikayet Listesi, Süreklilik Kaygı envanterlerinin ön çalışması, 10 Mart 2003 tarihinde, işyerinde 26 kadın çalışanın

bulunduğu Model bölümünde yapılmıştır. Hatalı sorulan sorular ve anlaşılmayan ifadeler değiştirilerek yeniden düzenlenmiştir.

Kadınlar işyeri üretim yoğunluğunun olmadığı tarihlerde, öğle aralarında 15'er kişilik gruplar halinde toplanarak, formları doldurmaları istenmiştir. Formları doldurmadan önce anket formlarını nasıl dolduracakları konusunda kısa bilgi verilmiştir. İşyeri nisan ayı içerisinde yoğun bir üretim sürecinde olduğundan veri toplanamamış olup veri toplama işlemi, iki aylık dönem ( 1 Mayıs- 1 Temmuz 2003) içerisinde toplam 12 günde, 15'er kişilik gruplar oluşturularak yapılmıştır.

Anket formlarının doldurulma süresi ise ortalama 25-35 dakikadır.

## 2.5 ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

**Bağımlı Değişkenler:** Kadınların menstruel yakınma düzeyleri,

**Bağımsız Değişkenler:** Kadınların sosyo demografik özellikleri ( yaş, eğitim, medeni durum, evlilik yaşı, evlilik süresi), menstruel özellikleri ( menarş yaşı, siklus süresi), doğurganlık özellikleri ( gebelik sayısı, düşük yada küretaj olma durumu, yaşayan çocuk sayısı , kontraseptif yöntem kullanma durumları), süreklilik kaygı puanları.

## 2.6 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri araştırmacı tarafından veri kodlama kağıtlarına işlenerek minimum- maksimum ve tutarlılık kontrolleri yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 11.0 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Araştırma bulgularının analizinde;

- ✓ Kadınların tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzdeler halinde gösterilmiştir.
- ✓ Menstruel distres Şikayet listesinin güvenilirliği Cronbach Alfa ile güvenilirlik analizi yapılmıştır.

- ✓ Kadınların menstruel yakınmaları, yakınma puan ortalamaları ve standart sapma değerleri verilerek belirtilmiştir.
- ✓ Kadınların süreklilik kaygı puan ortalamaları ve standart sapma değerleri verilerek belirtilmiştir.
- ✓ Kadınların menstruel yakınma puanları ile, yaş grupları, eğitim durumu, evlilik süresi, menstruel siklus özelliği, kontraseptif yöntem kullanımları arasındaki ilişki varyans analizi (  $n < 30$  olan gruplar için kruskall wallis testi yapılmıştır.) kullanılarak bulunmuştur (98).
- ✓ Kadınların menstruel yakınma puanları ile, medeni durum, çocuk sahibi olma, menarş yaşları arasındaki ilişki t testi ( iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) ile incelenmiştir (99).
- ✓ Kadınların menstruel dönem yakınma puanları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki ilişkiler kolerasyon analizi ile incelenmiştir (98,99).

## 2.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma verileri, 10 Mart- 01Temmuz 2003 tarihleri arasında May Tekstil San. A.Ş.'de çalışan kadın işçilerden elde edilmiştir.

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından SPSS 11.0 programında işlenerek istatistiksel analizleri yapıldıktan sonra araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

**Tablo.1.** Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş grupları	Sayı	Yüzde
15-19 yaş	32	18.0
20-29 yaş	86	48.3
30-39 yaş	44	24.7
40-49 yaş	16	9.0
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 48.3'ü 20-29 yaş arası, % 24.7'si 30-39 yaş arası, % 18'i 15-19 yaş arası ve % 9'u 40-49 yaş arasında bulunmaktadır. Kadınların yaş ortalaması  $26,99 \pm 7,69$  olarak saptanmıştır (Tablo.1).

**Tablo.2.** Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.

Eğitim durumları	Sayı	Yüzde
Okuryazar	2	1.1
İlkokul	120	67.4
Orta	21	11.8
Lise	23	12.9
Yüksekokul	12	6.8
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların % 67,4 'ü ilkokul mezunu, % 12,9'u lise mezunu, % 11,8'i ortaokul mezunu, % 6,7'si yüksekokul mezunu ve % 1,1'i okur yazardır (Tablo.2).

**Tablo. 3.** Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.

<b>Medeni durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Bekar	83	46.6
Evli	86	48.3
Dul Veya Boşanmış	9	5.1
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamındaki kadınların medeni durumları incelendiğinde, % 48,3'ünün evli, % 46,6'sının bekar ve % 5,1'inin dul veya eşinden ayrılmış olduğu saptanmıştır (Tablo.3).

**Tablo. 4.** Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımları.

<b>Evlilik süreleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evli olmayan	83	46.6
1yıldan az	2	1.1
1-3 yıl	26	14.6
4-6 yıl	15	8.4
7-9 yıl	12	6.8
10yıl ve üzeri	40	22.5
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Tablo.4'te görüldüğü gibi, kadınların evlilik süreleri incelendiğinde, %22,5'inin 10 yıl ve üzerinde, % 14,6'sının 1-3 yıl, % 8,4'ünün 4-6 yıl, % 6,7'sinin 7-9 yıl, %1,1'inin 1 yıldan daha kısa süredir evli oldukları saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların % 46,6'sı evli değildir.

**Tablo.5.** Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımları.

<b>Evlenme yaşı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evli olmayan	83	46.6
15 den küçük yaş	2	1.2
15-19 yaş	18	10.1
20-24 yaş	63	35.4
25 den büyük yaş	12	6.7
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların evlendikleri yaş sorulduğunda, % 35,4'ü 20-24 yaşı arasında, % 10,1'i 15-19 yaşı arasında, % 6,7'si 25 yaşından büyük, % 1,2'si 15 yaşından küçük yaşta evlendiğini ifade etmiştir. Kadınların % 46,6'sı ise hiç evlenmemiştir (Tablo.5).

**Tablo.6.** Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları.

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Gebelik sayısı</b>		
Gebeliği olmayan	94	52.8
1	43	24.2
2	23	12.9
3 ve üstü	18	10.1
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>
<b>Mevcut çocuk sayısı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Çocuğu olmayan	97	54.5
1 çocuk	47	26.4
2 çocuk	24	13.5
3 çocuk ve üstü	10	5.6
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>
<b>Düşük/ küretajı olma</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Olmayan	153	86.0
Olan	25	14.0
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

Tablo.6 de görüldüğü gibi kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; % 52,8'i hiç gebe kalmamıştır. % 24,2'si bir kez, % 12,9'u iki kez, % 10,1'i üç ve daha fazla sayıda gebelik yaşamıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların % 54,5'i çocuk sahibi değildir. % 26,4'ü 1 çocuk, % 19,1'i ise 2 ve daha fazla sayıda çocuk sahibidir. Kadınların % 86'sının hiç düşük yada küretajı olmamış, % 14'ünün ise düşük yada küretajı olmuştur.

**Tablo.7.** Kadınların Menarş Yaşı ve Menstruel Siklus Sürelerine Göre Dağılımları.

Siklus Süresi	Sayı	Yüzde	
22-28 gün	103	57.9	
29-35 gün	52	29.2	
22 günden kısa	15	8.4	
35 günden fazla	8	4.5	
<b>Toplam</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>	
Menarş Yaşı	Min -Max	Ort.	
	11-17	13.45	1.33

Araştırmaya katılan kadınların menarş yaş ortalaması  $13,45 \pm 1,33$  ve en küçük menarş yaşı 11, en büyük menarş yaşı ise 17'dir. Kadınların siklus süreleri incelendiğinde ise; % 57,9'u 22-28 günde bir, % 29,2'si 29-35 günde bir, % 8,4'ü 22 günden daha kısa, % 4,5'i ise 35 günden daha uzun sürede menstruasyon görmektedir (Tablo.7).

**Tablo.8.** Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları.

<b>Kontrasepsiyon Yöntemleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<u>Yöntem Kullanmayan</u>	<b>106</b>	<b>59.0</b>
<u>Etkili Yöntem Kullanan</u>	<b>42</b>	<b>23.6</b>
*Rahim İçi Araç	22	52.4
*Oral Kontraseptif	8	19.0
*Prezervatif (kılıf)	12	28.6
<u>Etkisiz Yöntem Kullanan</u>	<b>30</b>	<b>17.4</b>
**Vajinal Yıkama	3	10.0
**Geri Çekme	21	70.0
**Takvim	6	20.0
<b>TOPLAM</b>	<b>178</b>	<b>100.0</b>

\* N= 42 üzerinden yüzde alınmıştır.

\*\*N= 30 üzerinden yüzde alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları incelendiğinde; %59,0'ı herhangi bir yöntem kullanmazken, % 23,6'sının etkili yöntem ( % 52,4'ü rahim içi araç, % 19'u oral kontraseptif, % 28,6'sının prezervatif) kullandığı, % 17,4'ünün etkisiz yöntem (%70'i geri çekme, % 20'sinin takvim, % 10'unun vajinal yıkama) kullandığı saptanmıştır (Tablo. 8).

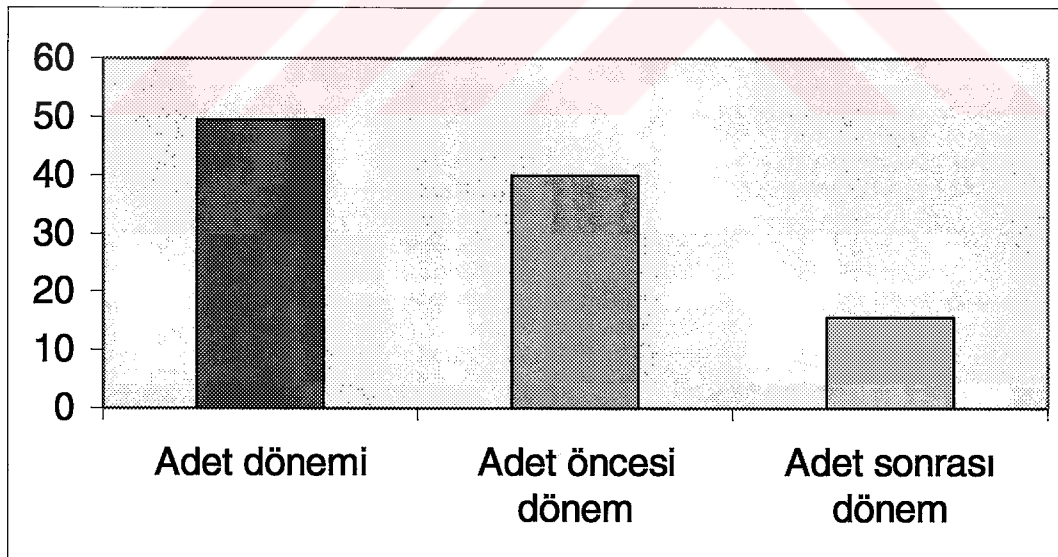


### 3.2.KADINLARIN MENSTRUEL YAKINMALARININ İNCELENMESİ

**Tablo.9.** Kadınların Menstruel Dönemlerine Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Menstruel Dönemler	Yakınma Puan Ortalamaları		
	N	Ort.	Ss
Adet Dönemi	178	49.42	28.93
Adet Öncesi Dönem	178	40.01	26.68
Adet Sonrası Dönem	178	15.66	15.59

Araştırmaya katılan kadınların, menstruel yakınma puan ortalamalarının menstruel dönemlere göre görülme oranı incelendiğinde, en fazla yakınmaların adet döneminde olduğu ( $49,42 \pm 28,93$ ) adet öncesi dönemde ( $40,01 \pm 26,68$ ) ve en az olarak da adet sonrası dönemde görüldüğü ( $15,66 \pm 15,59$ ) saptanmıştır (Tablo.9).

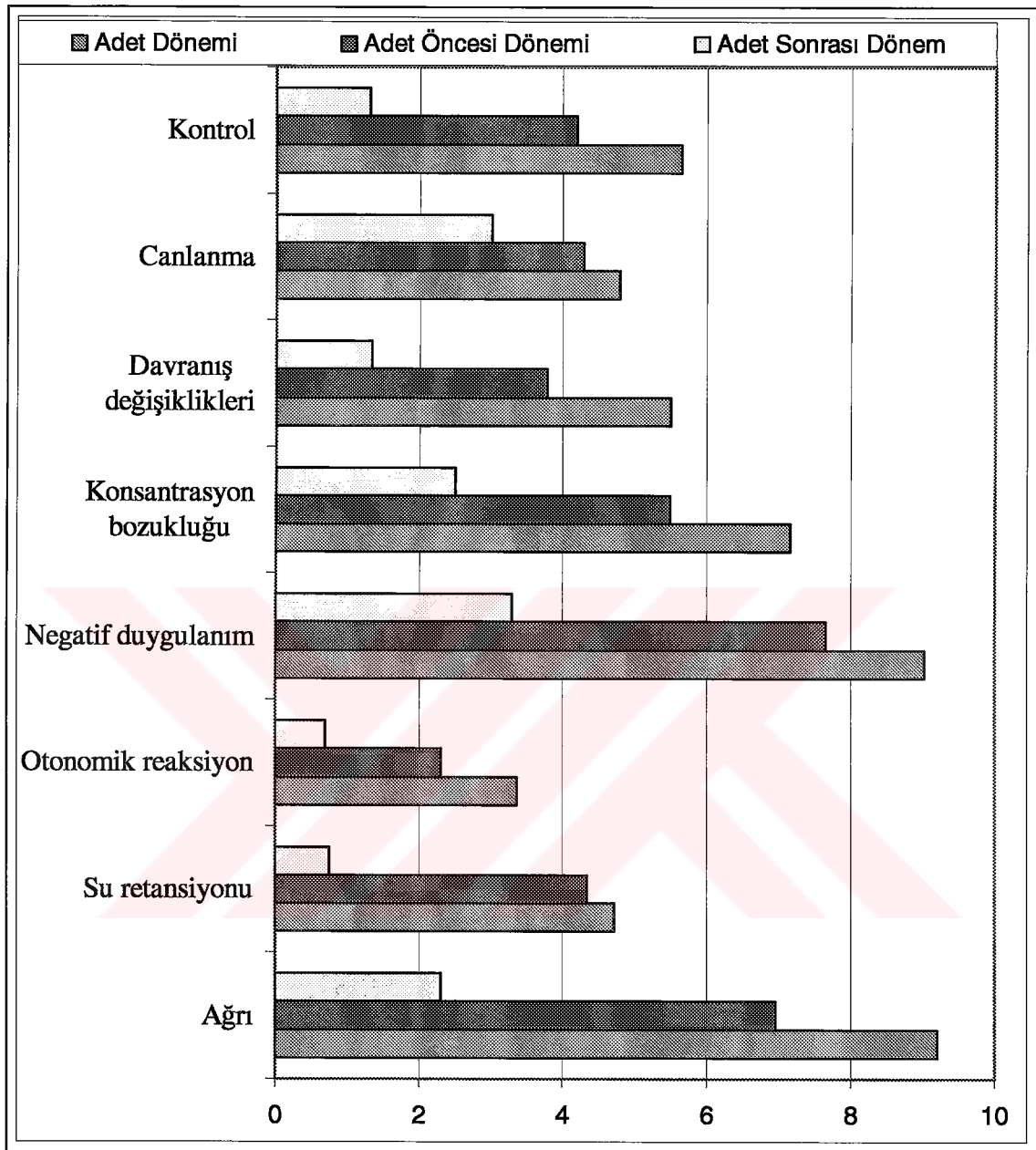


**Grafik.1.** Kadınların menstruel dönemlerine göre menstruel yakınma puan ortalamalarının grafik dağılımı.

**Tablo.10.** Kadınların Menstruel Distress Şikayet Listesi Alt Gruplarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Menstruel Şikayet Listesi Alt Grupları	Adet Dönemi		Adet Öncesi Dönem		Adet Sonrası Dönem	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Ağrı	9.21	5.64	6.95	4.60	2.31	3.04
Su retansiyonu	4.72	3.24	4.34	3.17	0.75	1.35
Otonomik reaksiyon	3.36	3.28	2.30	2.79	0.70	1.43
Negatif Duygulanım	9.03	6.70	7.65	6.54	3.29	4.27
Konsantrasyon Bozukluğu	7.16	5.75	5.49	4.88	2.50	3.24
Davranış Değişiklikleri	5.50	4.25	3.78	3.41	1.33	2.31
Canlanma	4.79	3.91	4.29	3.89	3.01	3.64
Kontrol	5.65	4.91	4.20	4.11	1.30	2.20

Araştırmaya katılan kadınların menstruel yakınma puan ortalamalarının alt gruplara göre görülme oranları incelendiğinde; adet döneminde en fazla ağrı ( $9,21 \pm 5,64$ ), negatif duygulanım ( $9,03 \pm 6,70$ ), konsantrasyon bozukluğu ( $7,16 \pm 5,75$ ), kontrol ( $5,65 \pm 4,91$ ) ve davranış değişikliği ( $5,50 \pm 4,25$ ) alt gruplarında, adet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım ( $7,65 \pm 6,54$ ), ağrı ( $6,95 \pm 4,60$ ), konsantrasyon bozukluğu ( $5,49 \pm 4,88$ ) alt gruplarında, adet sonrası dönemde ise daha az olarak negatif duygulanım ( $3,29 \pm 4,27$ ) alt grubunda yakınmalarının olduğu saptanmıştır (Tablo.10).

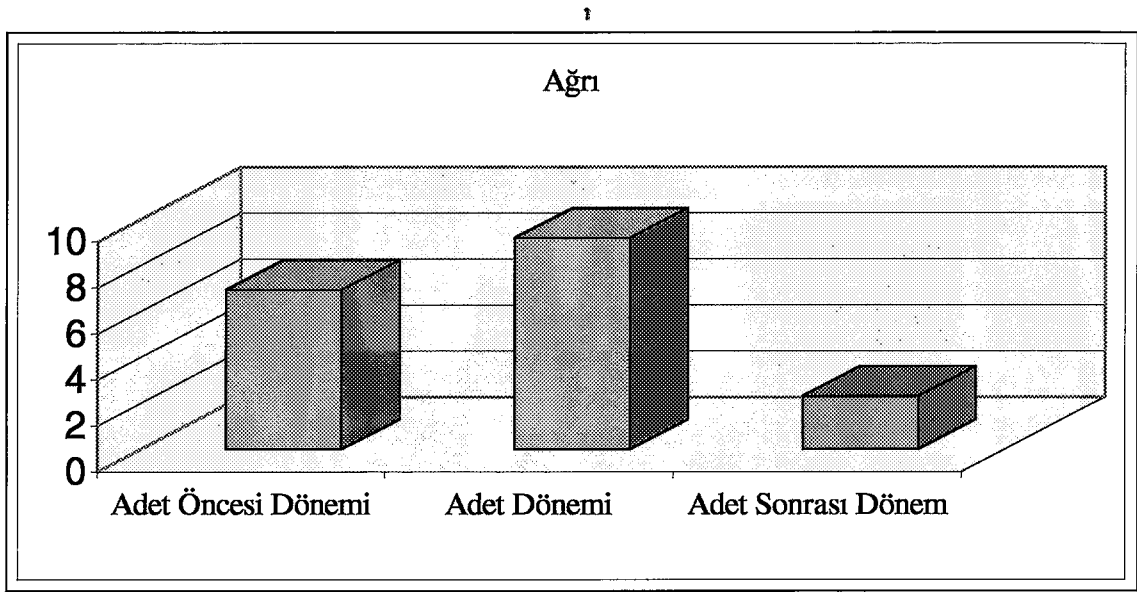


**Grafik.2.** Kadınların Menstruel Distres Şikayet Listesi Alt Gruplarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı.

**Tablo.11.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Kaslarda gerginlik- sertleşme	Adet Dönemi	1.19	1.24
	Adet Öncesi Dönem	0.83	1.06
	Adet Sonrası Dönem	0.26	0.73
Baş ağrısı	Adet Dönemi	1.16	1.32
	Adet Öncesi Dönem	0.93	1.22
	Adet Sonrası Dönem	0.40	0.86
Karın ağrısı-kramplar	Adet Dönemi	1.97	1.41
	Adet Öncesi Dönem	1.06	1.20
	Adet Sonrası Dönem	0.22	0.64
Sırt- bel ağrısı	Adet Dönemi	1.90	1.44
	Adet Öncesi Dönem	1.64	1.29
	Adet Sonrası Dönem	0.48	1.00
Yorgunluk	Adet Dönemi	1.95	1.33
	Adet Öncesi Dönem	1.61	1.33
	Adet Sonrası Dönem	0.57	1.02
Genel kırıklık- ağrılar	Adet Dönemi	1.04	1.15
	Adet Öncesi Dönem	0.89	0.98
	Adet Sonrası Dönem	0.40	0.83

Araştırma kapsamındaki kadınların ağrı alt grubu puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla karın ağrısı kramplar (  $1,97 \pm 1,41$ ), yorgunluk (  $1,95 \pm 1,33$ ), sırt bel ağrısı (  $1,90 \pm 1,44$  ), adet öncesi dönemde en yoğun olarak sırt bel ağrısı (  $1,64 \pm 1,29$ ), yorgunluk (  $1,61 \pm 1,33$ ), karın ağrısı kramplar (  $1,06 \pm 1,20$ ), baş ağrısı (  $0,93 \pm 1,22$  ), adet sonrası dönemde yorgunluk (  $0,57 \pm 1,02$  ), sırt bel ağrısı (  $0,48 \pm 1,00$ ) yakınmalarını yaşadıkları saptanmıştır (Tablo.11).

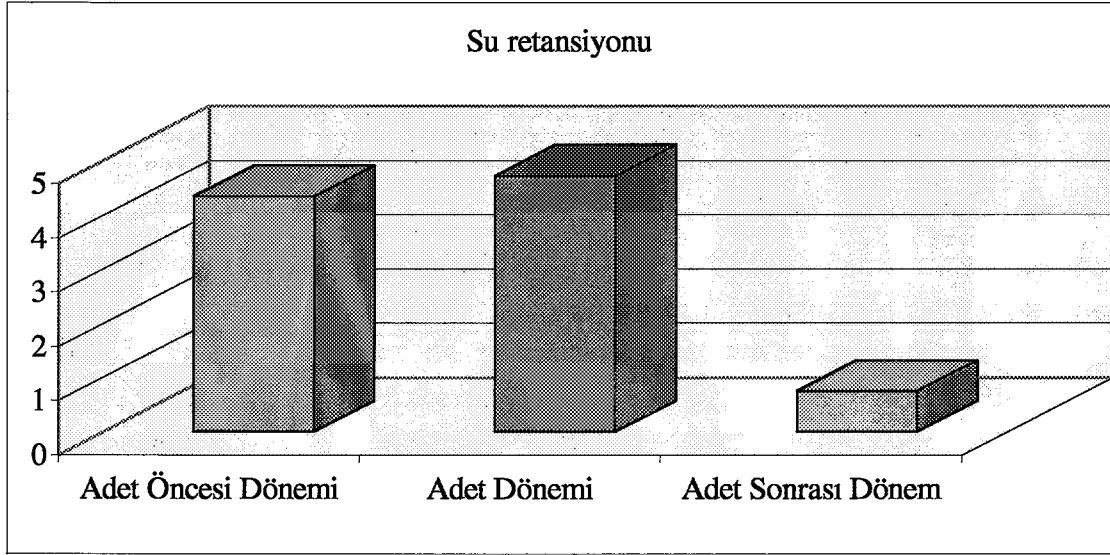


**Grafik.3.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puanların Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo. 12.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Kilo alma	Adet Dönemi	0.73	1.22
	Adet Öncesi Dönem	0.52	0.99
	Adet Sonrası Dönem	0.19	0.53
Ciltte sivilce -leke	Adet Dönemi	1.23	1.21
	Adet Öncesi Dönem	0.99	1.11
	Adet Sonrası Dönem	0.24	0.62
Memelerde ağrı-hassasiyet	Adet Dönemi	1.27	1.29
	Adet Öncesi Dönem	1.32	1.31
	Adet Sonrası Dönem	0.15	0.52
Karında-memelerde şişme	Adet Dönemi	1.49	1.35
	Adet Öncesi Dönem	1.50	1.34
	Adet Sonrası Dönem	0.16	0.57

Araştırma kapsamındaki kadınların su retansiyonu alt grubu puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla karında memelerde şişme (  $1,49 \pm 1,35$ ), memelerde ağrı ve hassasiyet (  $1,27 \pm 1,29$ ), ciltte sivilce, leke (  $1,23 \pm 1,21$  ), kilo alma (  $0,73 \pm 1,22$  ), adet öncesi dönemde karında memelerde şişme (  $1,50 \pm 1,34$ ), memelerde hassasiyet ağrı (  $1,32 \pm 1,31$  ), ciltte leke sivilce (  $0,99 \pm 1,11$ ), adet sonrası dönemde ciltte leke sivilce (  $0,24 \pm 0,62$ ), kilo alma (  $0,19 \pm 0,53$ ), karında memelerde şişme (  $0,16 \pm 0,57$ ), memelerde ağrı, hassasiyet (  $0,15 \pm 0,52$ ) şikayetlerinin yaşandığı saptanmıştır (Tablo.12).



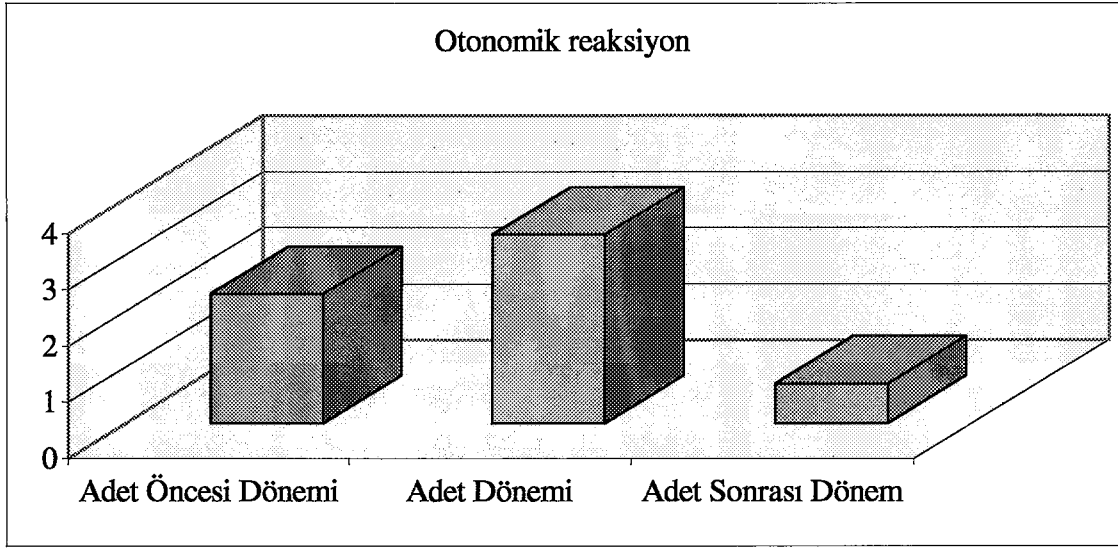
**Grafik. 4.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puanların Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo.13.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Baş dönmesi- baygınlık hissi	Adet Dönemi	0.87	1.19
	Adet Öncesi Dönem	0.42	0.84
	Adet Sonrası Dönem	0.20	0.66
Soğuk terleme	Adet Dönemi	0.71	1.13
	Adet Öncesi Dönem	0.56	1.01
	Adet Sonrası Dönem	0.16	0.47
Bulantı-kusma	Adet Dönemi	0.64	1.04
	Adet Öncesi Dönem	0.47	0.92
	Adet Sonrası Dönem	0.17	0.51
Ateş basması	Adet Dönemi	1.13	1.29
	Adet Öncesi Dönem	0.83	1.13
	Adet Sonrası Dönem	0.15	0.53

Araştırma kapsamındaki kadınların otonomik reaksiyon alt grubu puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla ateş basması (  $1,13 \pm 1,29$ ), baş dönmesi baygınlık hissi (  $0,87 \pm 1,19$ ), soğuk terleme (  $0,71 \pm 1,13$ ), bulantı kusma (  $0,64 \pm 1,04$ ), adet öncesi dönemde, ateş basması (  $0,83 \pm 1,13$ ), soğuk terleme (  $0,56 \pm 1,01$ ), bulantı kusma (  $0,47 \pm 0,92$ ), baş dönmesi baygınlık hissi (  $0,42 \pm 0,84$ ), adet sonrası dönemde ise , baş dönmesi baygınlık hissi (  $0,20 \pm 0,66$ ), bulantı kusma (  $0,17 \pm 0,51$ ), soğuk terleme (  $0,16 \pm 0,47$ ) ateş basması (  $0,15 \pm 0,53$ ) şikayetleri olduğu saptanmıştır (Tablo.13).





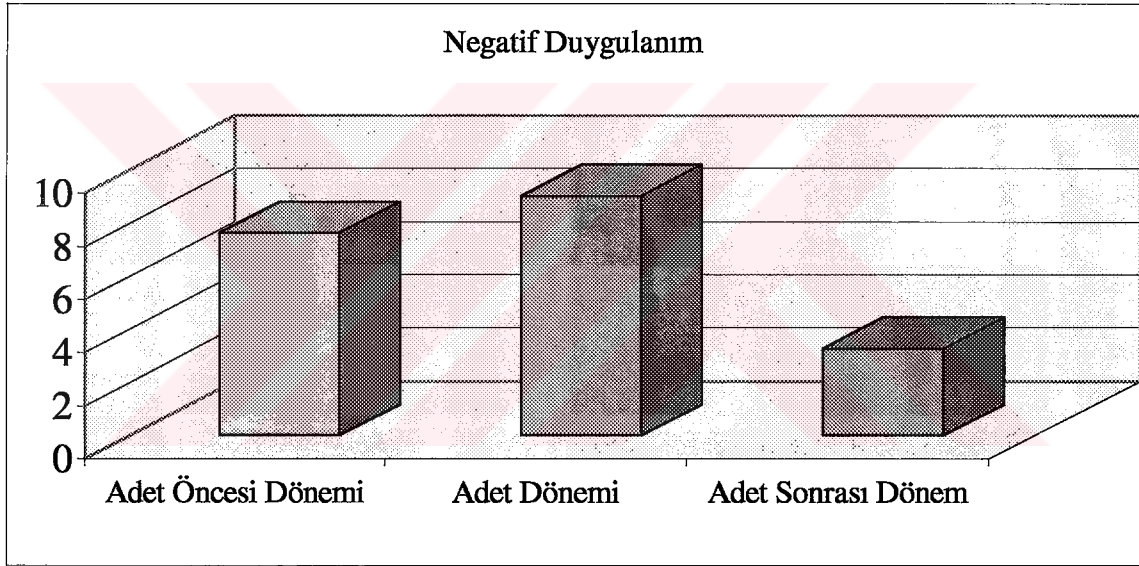
**Grafik. 5.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo. 14.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Yalnızlık	Adet Dönemi	0.78	1.15
	Adet Öncesi Dönem	0.66	1.12
	Adet Sonrası Dönem	0.26	0.69
Anksiyete (sıkıntı)	Adet Dönemi	1.70	1.32
	Adet Öncesi Dönem	1.38	1.33
	Adet Sonrası Dönem	0.67	1.17
Ruhsal değişiklikler	Adet Dönemi	1.22	1.30
	Adet Öncesi Dönem	0.99	1.20
	Adet Sonrası Dönem	0.33	0.76
Ağlama	Adet Dönemi	0.75	1.14
	Adet Öncesi Dönem	0.62	1.06
	Adet Sonrası Dönem	0.25	0.71
Aşırı hassalık- alınganlık	Adet Dönemi	1.15	1.25
	Adet Öncesi Dönem	1.12	1.29
	Adet Sonrası Dönem	0.38	0.76
Gerginlik	Adet Dönemi	1.65	1.36
	Adet Öncesi Dönem	1.42	1.30
	Adet Sonrası Dönem	0.34	0.80
Üzgün- hüzünlü olma( depresyon)	Adet Dönemi	1.14	1.22
	Adet Öncesi Dönem	0.87	1.11
	Adet Sonrası Dönem	0.41	0.83
Aşırı hareketler (çabuk parlama)	Adet Dönemi	0.60	0.97
	Adet Öncesi Dönem	0.54	0.83
	Adet Sonrası Dönem	0.61	1.03

Araştırmaya katılan kadınların negatif duygulanım alt grubu puanları incelendiğinde; adet döneminde en fazla, anksiyete –sıkıntı ( 1,70 ± 1,32), gerginlik ( 1,65 ± 1,36),

ruhsal değişiklikler ( $1,22 \pm 1,30$ ), aşırı hassaslık alınganlık ( $1,15 \pm 1,25$ ), üzgün hüzünlü olma – depresyon ( $1,14 \pm 1,22$ ), adet öncesi dönemde gerginlik ( $1,42 \pm 1,30$ ), anksiyete – sıkıntı ( $1,38 \pm 1,33$ ), aşırı hassaslık alınganlık ( $1,12 \pm 1,29$ ), ruhsal değişiklikler ( $0,99 \pm 1,20$ ), adet sonrası dönemde ise anksiyete – sıkıntı ( $0,67 \pm 1,17$ ), aşırı hareketler çabuk parlama ( $0,61 \pm 1,03$ ), üzgün hüzünlü olma ( $0,41 \pm 0,83$ ), aşırı hassaslık alınganlık ( $0,38 \pm 0,76$ ) yakınmaları olduğu saptanmıştır (Tablo.14).



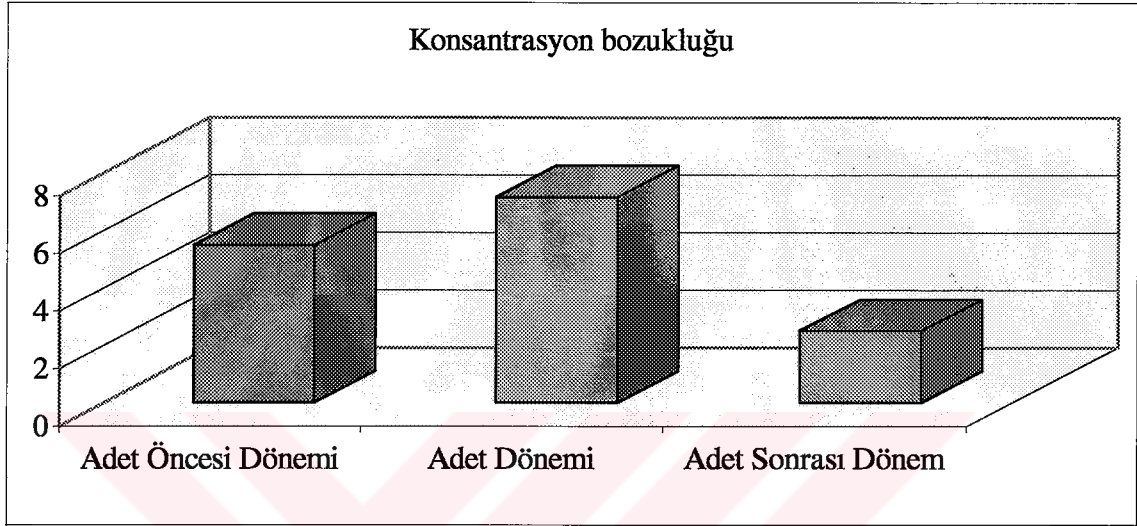
**Grafik.6.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo. 15.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Uykusuzluk	Adet Dönemi	1.07	1.22
	Adet Öncesi Dönem	0.84	1.09
	Adet Sonrası Dönem	0.25	0.67
Unutkanlık	Adet Dönemi	0.91	1.14
	Adet Öncesi Dönem	0.82	1.09
	Adet Sonrası Dönem	0.53	0.97
Sersemlik	Adet Dönemi	0.85	1.11
	Adet Öncesi Dönem	0.71	1.04
	Adet Sonrası Dönem	0.14	0.50
Kararsızlık	Adet Dönemi	1.10	1.23
	Adet Öncesi Dönem	0.85	1.13
	Adet Sonrası Dönem	0.60	1.01
Zihni bir noktada toplamada güçlük	Adet Dönemi	0.87	1.13
	Adet Öncesi Dönem	0.62	0.93
	Adet Sonrası Dönem	0.32	0.77
Dikkat dağınıklığı dalgınlık	Adet Dönemi	1.06	1.16
	Adet Öncesi Dönem	0.64	0.94
	Adet Sonrası Dönem	0.28	0.69
Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar	Adet Dönemi	0.56	0.88
	Adet Öncesi Dönem	0.53	0.89
	Adet Sonrası Dönem	0.24	0.61
Hareketlerde uyum yetersizliği	Adet Dönemi	0.71	1.02
	Adet Öncesi Dönem	0.44	0.85
	Adet Sonrası Dönem	0.11	0.46

Araştırmaya katılan kadınların konsantrasyon bozukluğu alt grubu alan puanları incelendiğinde; adet döneminde kararsızlık ( $1,10 \pm 1,23$ ) , uykusuzluk ( $1,07 \pm 1,22$ ), dikkat dağınıklığı dalgınlık ( $1,06 \pm 1,16$ ), unutkanlık ( $0,91 \pm 1,14$ ), adet öncesi dönemde; kararsızlık ( $0,85 \pm 1,13$ ), uykusuzluk ( $0,84 \pm 1,09$ ), unutkanlık ( $0,82 \pm 1,09$ ) , sersemlik ( $0,71 \pm 1,04$ ) , adet sonrası dönemde ise kararsızlık ( $0,60 \pm 1,01$ ), unutkanlık

( $0,53 \pm 0,97$ ), zihni bir noktada toplamada günlük ( $0,32 \pm 0,77$ ) yakınmaları olduğu saptanmıştır (Tablo.15).

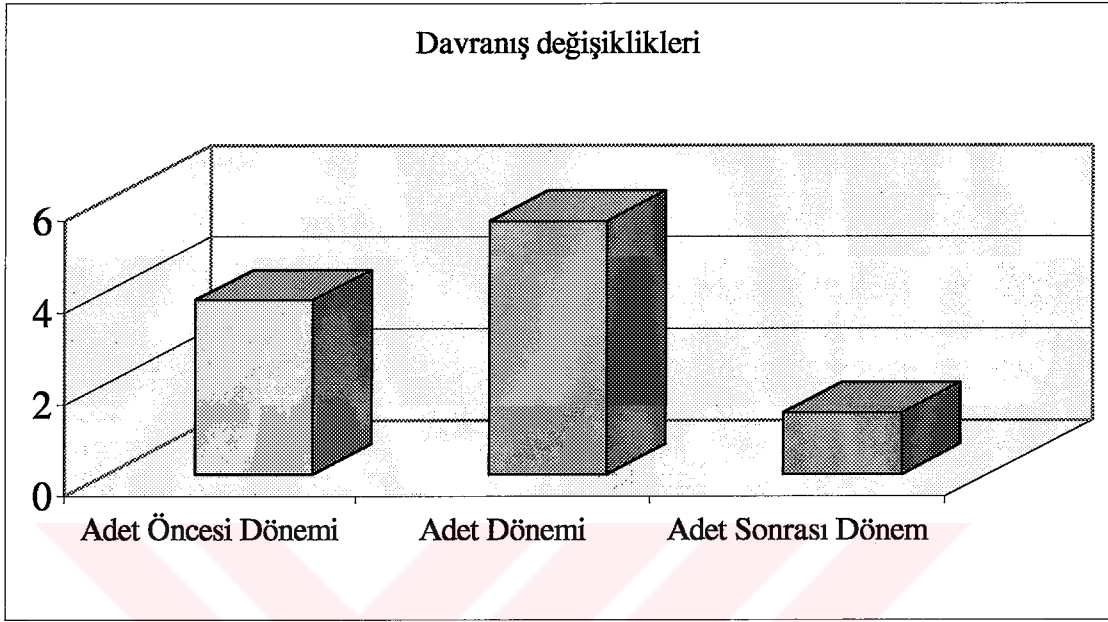


**Grafik. 7.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo. 16.** Kadınlarda Menstruel Dönemlerinde Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Eğitim yada çalışma gücünde azalma	Adet Dönemi	1.33	1.27
	Adet Öncesi Dönem	0.89	1.09
	Adet Sonrası Dönem	0.20	0.61
Yataktan çıkmak istememe-yatakta kalma	Adet Dönemi	0.86	1.18
	Adet Öncesi Dönem	0.55	0.99
	Adet Sonrası Dönem	0.22	0.71
Evden dışarı çıkamama-işe gidememe	Adet Dönemi	1.14	1.37
	Adet Öncesi Dönem	0.99	1.26
	Adet Sonrası Dönem	0.34	0.78
Sosyal etkinliklerden kaçınma	Adet Dönemi	0.94	1.20
	Adet Öncesi Dönem	0.66	1.01
	Adet Sonrası Dönem	0.25	0.69
Verimlilikte azalma	Adet Dönemi	1.20	1.21
	Adet Öncesi Dönem	0.67	0.97
	Adet Sonrası Dönem	0.30	0.81

Araştırma kapsamındaki kadınların davranış değişikliği alt grubu alan puanları incelendiğinde adet döneminde en yoğun olarak eğitim yada çalışma gücünde azalma ( $1,33 \pm 1,27$ ), verimlilikte azalma ( $1,20 \pm 1,21$ ), evden dışarı çıkamam işe gidememe ( $1,14 \pm 1,37$ ), sosyal etkinliklerden kaçınma ( $0,94 \pm 1,20$ ), adet öncesi dönemde evden dışarı çıkamama, işe gidememe ( $0,99 \pm 1,26$ ), eğitim yada çalışma gücünde azalma ( $0,89 \pm 1,09$ ), verimlilikte azalma ( $0,67 \pm 0,97$ ), sosyal etkinliklerden kaçınma ( $0,66 \pm 1,01$ ) adet sonrası dönemde ise evden dışarı çıkamama işe gidememe ( $0,37 \pm 0,78$ ) Verimlilikte azalma ( $0,30 \pm 0,81$ ), yataktan çıkmak istememe, yatakta kalma ( $0,22 \pm 0,71$ ) şikayetleri yaşadıkları saptanmıştır (Tablo.16).



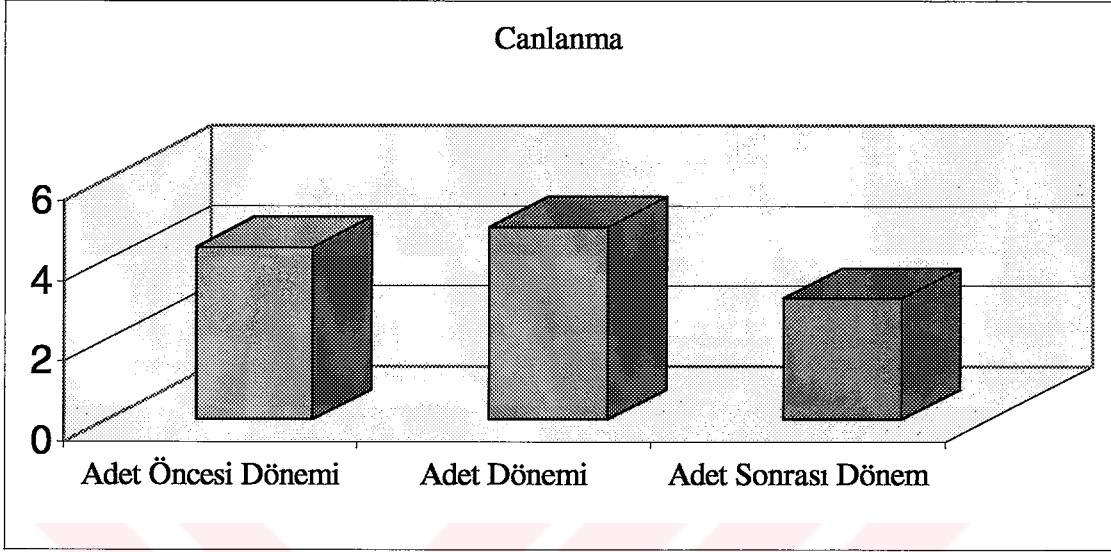
**Grafik. 8.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

**Tablo.17.** Kadınlarda Menstruel Dönemlerinde Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Aşırı sevgi ifadesi	Adet Dönemi	1.00	1.16
	Adet Öncesi Dönem	0.79	1.13
	Adet Sonrası Dönem	0.61	1.05
Düzenli- derli toplu olma	Adet Dönemi	1.26	1.37
	Adet Öncesi Dönem	1.19	1.34
	Adet Sonrası Dönem	0.83	1.28
Heyecanlı- telaşlı olma	Adet Dönemi	1.02	1.26
	Adet Öncesi Dönem	0.77	1.13
	Adet Sonrası Dönem	0.37	0.84
İyi, mutlu olma duygusu	Adet Dönemi	0.92	1.20
	Adet Öncesi Dönem	0.80	1.14
	Adet Sonrası Dönem	0.67	1.15
Enerji ve hareketlilikte artış	Adet Dönemi	0.56	0.97
	Adet Öncesi Dönem	0.71	1.04
	Adet Sonrası Dönem	0.51	1.02

Araştırma kapsamındaki kadınların canlanma alt grubu puanları incelendiğinde ise, adet döneminde düzenli, derli toplu olma ( $1,26 \pm 1,37$ ), heyecanlı telaşlı olma ( $1,02 \pm 1,26$ ), aşırı sevgi ifadesi ( $1,00 \pm 1,16$ ), iyi mutlu olma duygusu ( $0,92 \pm 1,20$ ), adet öncesi dönemde düzenli derli toplu olma ( $1,19 \pm 1,34$ ), iyi mutlu olma duygusu ( $0,80 \pm 1,14$ ), aşırı sevgi ifadesi ( $0,79 \pm 1,13$ ), heyecanlı telaşlı olma ( $0,77 \pm 1,13$ ), adet sonrası dönemde ise düzenli derli toplu olma ( $0,83 \pm 1,28$ ), iyi mutlu olma duygusu ( $0,67 \pm 1,15$ ) aşırı sevgi ifadesi ( $0,65 \pm 1,15$ ) yakınmaların olduğu saptanmıştır (Tablo.17).



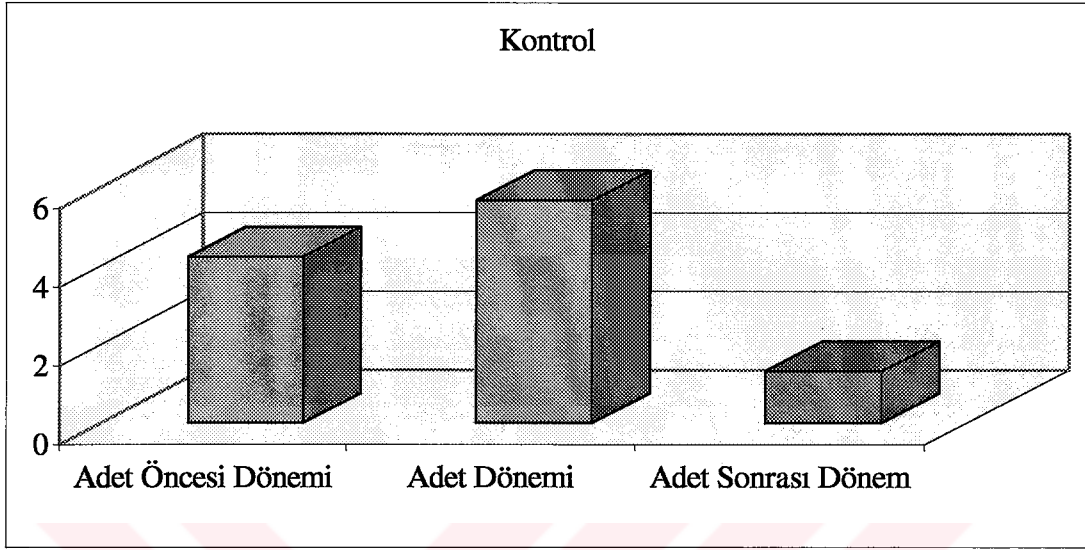


**Grafik. 9.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.

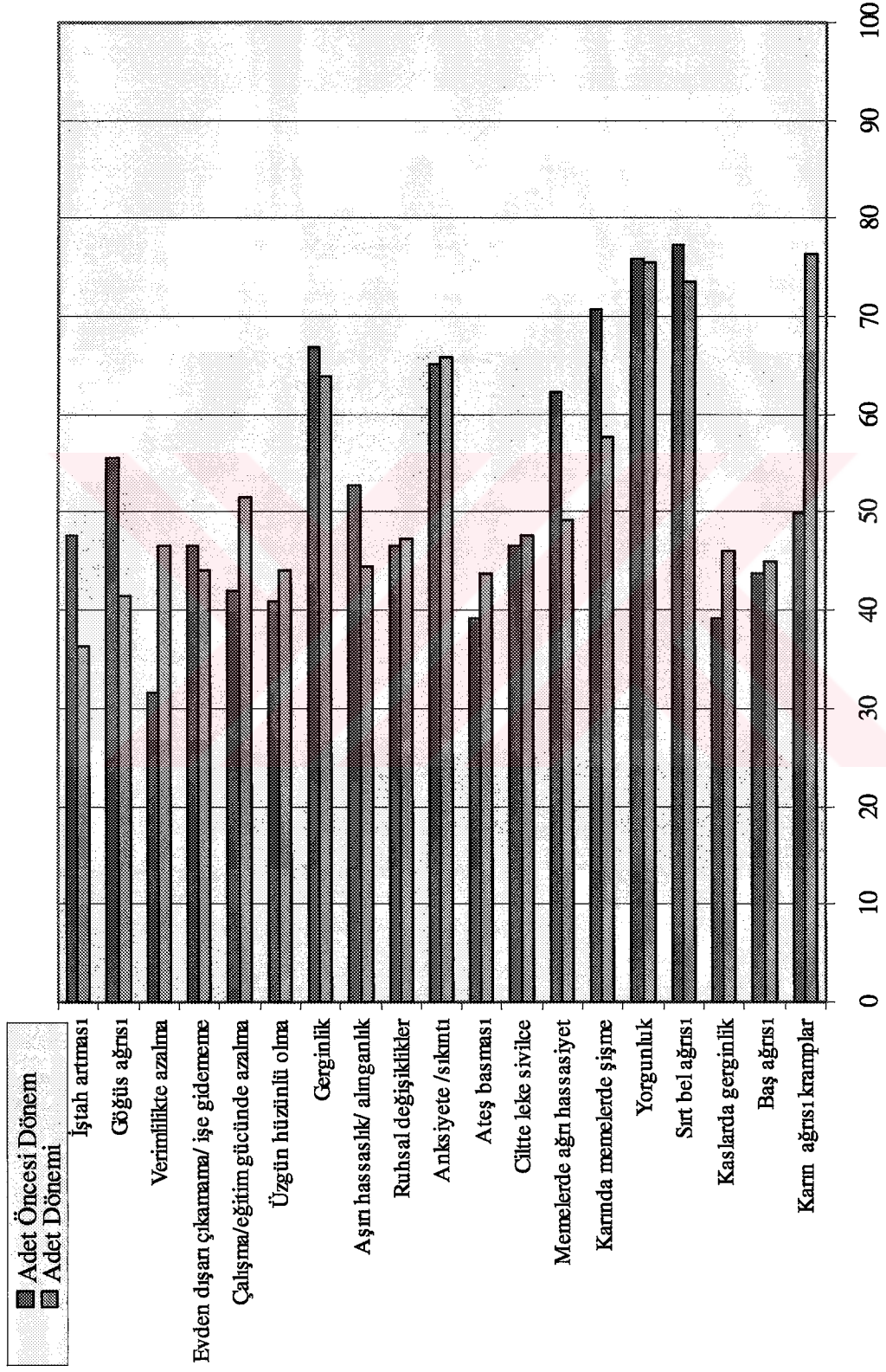
**Tablo.18.** Kadınlarda Menstruel Dönemlerinde Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları.

Şikayetler	Dönemler	Ort.	Ss
Boğulma -bunalma hissi	Adet Dönemi	0.85	1.17
	Adet Öncesi Dönem	0.75	1.10
	Adet Sonrası Dönem	0.21	0.63
Göğüs ağrısı	Adet Dönemi	1.07	1.24
	Adet Öncesi Dönem	1.18	1.31
	Adet Sonrası Dönem	0.24	0.68
Kulak çınlaması- uğultu	Adet Dönemi	0.48	0.92
	Adet Öncesi Dönem	0.37	0.84
	Adet Sonrası Dönem	0.17	0.51
Çarpıntı	Adet Dönemi	0.76	1.11
	Adet Öncesi Dönem	0.74	1.07
	Adet Sonrası Dönem	0.26	0.71
Ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı	Adet Dönemi	0.75	1.12
	Adet Öncesi Dönem	0.70	1.07
	Adet Sonrası Dönem	0.26	0.69
Gözde uçuşmalar - bulanık görme	Adet Dönemi	0.51	0.92
	Adet Öncesi Dönem	0.44	0.78
	Adet Sonrası Dönem	0.12	0.39

Kadınların kontrol alt grubu puanları incelendiğinde adet döneminde en fazla olarak, göğüs ağrısı ( $1,07 \pm 1,24$ ), boğulma , bunalma hissi ( $0,85 \pm 1,17$ ), çarpıntı ( $0,76 \pm 1,11$ ) , ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı ( $0,75 \pm 1,12$ ), adet öncesi dönemde göğüs ağrısı ( $1,18 \pm 1,31$ ), boğulma ,bunalma hissi ( $0,75 \pm 1,15$ ), çarpıntı ( $0,74 \pm 1,07$ ), ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı ( $0,70 \pm 1,07$ ), adet sonrası dönemde ise çarpıntı ( $0,26 \pm 0,71$ ) ,ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı ( $0,26 \pm 0,69$ ), göğüs ağrısı ( $0,24 \pm 0,68$ ) ,boğulma ,bunalma hissi ( $0,21 \pm 0,63$ ) şikayetlerinin yaşandığı saptanmıştır (Tablo.18).



**Grafik. 10.** Kadınların Menstruel Dönemlerinde Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarına Göre Grafik Dağılımları.



**Grafik.11.** Kadınlarda Adet Dönemi ve Adet öncesi Dönemde En Fazla Yaşanan Şikayetlerin Yüzdeleri Dağılımı

### 3.3. KADINLARIN MENSTRUEL YAKINMALARINI ETKİLYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

**Tablo. 19 . Kadınların Yaş Gruplarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı.**

Yaş Grupları	N	Adet Dönemi			Adet Öncesi Dönem			Adet Sonrası Dönem		
		Ort.	Ss	F	Ort.	Ss	F	Ort.	Ss	F
15-19 yaş	32	31.22	21.69		31.22	21.69		17.25	14.17	
20-29 yaş	86	41.02	25.74	F=1.327	41.02	25.74	F=4.126	16.17	15.02	F= 2.343
30-39 yaş	44	48.06	34.61	P=0.723	43.16	29.88	P=0.248	14.09	18.08	P=0.504
40-49 yaş	16	52.87	32.48	p>0.05	43.56	30.03	p>0.05	14.06	14.87	p>0.05
Toplam	178	43.29	28.63		39.74	26.84		15.39	15.53	**
Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı
Gruplar arası		3	116.87	350.61	3	1066.56	3199.70	3	84.27	252.81
Grup içi		174	849.80	147864.94	174	706.01	122847.24	174	245.79	42768.95
Genel		177	-	148215.55	177	-	126046.95	177	-	43021.77

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki varyans analizi ile incelendiğinde; yaş arttıkça yakınma puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır ancak adet dönemi yakınma puan ortalamaları yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (  $F=1.327$ ,  $p>0,05$ ), ( Tablo.19).

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki varyans analizi ile incelendiğinde; otuzlu yaşlarda adet öncesi dönem yakınma puan ortalamalarının arttığı bulunmuş ancak adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (  $F=4.126$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.19).

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet sonrası dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki varyans analizi ile incelendiğinde; adet sonrası dönem yakınma puan ortalamaları yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (  $F= 2.343$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.19)

Tablo. 20. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Eğitim Durumları	N	Adet Dönemi			Adet Öncesi Dönem			Adet Sonrası Dönem		
		Ort.	Ss		Ort.	Ss		Ort.	Ss	
Okur yazar ve ilkokul	122	49.12	26.96		38.15	25.09		15.91	15.01	
Ortaokul	21	47.09	26.56	F=0.096 P=0.953 p>0.05	38.09	24.96	F=2.242 P=0.326 p>0.05	19.09	20.47	F=1.708 P=0.426 p>0.05
Lise ve yüksekokul	35	51.88	36.71		47.65	32.03		12.74	14.16	
Toplam	178	47.39	30.07		41.29	27.36		15.91	16.55	
Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı
Gruplar arası		2	168.52	33.04	2	1271.60	2543.21	2	276.64	553.27
Grup içi		175	845.02	147878.50	175	705.73	123503.74	175	242.68	42468.50
Genel		177	-	148215.55	177	-	126046.95	177	-	43021.77

Araştırmaya katılan kadınların adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile adet dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 0.096$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.20).

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki varyans analizi ile incelendiğinde; eğitim durumları ile adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 2.242$ ,  $p>0,05$ ). Ancak lise ve yüksekokul mezunu kadınların adet öncesi dönem menstruel yakınma puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $47.65 \pm 32.03$ ), (Tablo.20).

Araştırmaya katılan kadınların adet sonrası dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ( $F= 1.708$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.20).



Tablo. 21. Kadınların Menstruel Siklus Sürelerine Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı

Siklus süresi	N	Adet Dönemi			Adet Öncesi Dönem			Adet Sonrası Dönem		
		Ort.	Ss		Ort.	Ss		Ort.	Ss	
22-28 günde bir siklus	103	48.58	28.16	F=2.805 P=0.246 p>0.05	42.24	26.74	F=1.860 P=0.394 p>0.05	15.40	14.80	F=0.051 P=0.707 p>0.05
29-35 günde bir siklus	52	53.36	27.67		34.90	22.139		15.38	14.38	
Düzensiz siklus	23	44.30	34.89		41.61	34.50		17.48	21.37	
Toplam	178	48.75	30.24		39.58	27.79		16.09	16.85	
Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı
Gruplar arası		2	741.78	1483.57	2	964.01	1928.02	2	43.52	87.049
Grup içi		175	838.47	146731.97	175	709.25	124118.93	175	245.34	42934.73
Genel		177	-	148215.55	177	-	126046.5	177	-	43021.77

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri incelendiğinde; siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 2.805$ ,  $p>0,05$ ). Ancak, siklus süresi 29-35 günde bir olan kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $53.36 \pm 27.67$ ), (Tablo.21).

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet öncesi dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri incelendiğinde; siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 1.860$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.21).

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet sonrası dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri incelendiğinde; siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 0.051$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.21).

**Tablo.22.** Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu	N	Adet Dönemi			Adet Öncesi Dönem			Adet Sonrası Dönem		
		Ort.	Ss		Ort.	Ss		Ort.	Ss	
Etkili yöntem kullanan	42	43.64	4.59		44.38	4.59		17.50	2.37	
Etkisiz yöntem kullanan	30	55.33	4.93	F=1.497 P=0.227 p>0.05	44.16	4.93	F=1.542 P=0.217 p>0.05	16.66	3.83	F=0.574 P=0.564 p>0.05
Yöntem kullanmayan	106	50.04	2.44		37.13	2.44		14.65	1.34	
Toplam	178	49.67	3.99		41.89	3.98		16.27	2.15	
Varyasyon Kaynağı		Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	Kareler Toplamı
Gruplar arası		2	1246.23	2492.47	2	1091.09	2182.19	2	140.26	280.52
Grup içi		175	832.70	145723.07	175	707.80	123864.75	175	244.23	42741.25
Genel		177	-	148215.55	177	-	126046.95	177	-	43021.77

Araştırmaya katılan kadınların menstruel yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasındaki ilişki varyans analizi ile incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.227$ ,  $p>0,05$ ). Ancak etkisiz yöntem kullananların adet dönemi yakınma puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur ( $55.33\pm4.93$ ), (Tablo.22).

Araştırma kapsamındaki kadınlardan hiçbir kontraseptif yöntemi kullanmayanların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları daha düşük olarak bulunmuştur ( $37.13\pm2.44$ ). Kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F=0.217$ ,  $p>0.05$ ), (Tablo.22).

Adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında anlamlılık saptanamamıştır ( $p=0.564$ ,  $p>0,05$ ) (Tablo.22).

**Tablo.23.** Kadınların Medeni Durumlarına Göre Adet Dönemi , Adet Öncesi ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımları.

Medeni durumu	Adet Dönemi			t = 5.260 p= 0.303 p>0.05
	N	Ort.	Ss	
Evli olmayan	92	47.26	26.08	
Evli olan	86	51.74	31.70	
Medeni durumu	Adet Öncesi Dönem			t= 2.179 p= 0.021 p<0.05
	N	Ort.	Ss	
Evli olmayan	92	35.56	24.06	
Evli olan	86	44.78	28.61	
Medeni Durumu	Adet Sonrası Dönem			t = 2.423 p= 0.287 p>0.05
	N	Ort.	Ss	
Evli Olmayan	92	14.45	13.63	
Evli Olan	86	16.95	17.43	

Tablo.23'de görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki kadınların menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t= 5.260$ ,  $p>0.05$ ).

Kadınların adet öncesi dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları incelendiğinde; evli olanların adet öncesi yakınma puanları daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $t=2.179$ ,  $p<0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları incelendiğinde ise medeni durumları ile adet sonrası yakınma puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t=2.423$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo.24.** Kadınların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem Ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Çocuk Sahibi Olma Durumu	Adet Dönemi			t = 2.107 p= 0.635 p>0.05
	N	Ort.	Ss	
Çocuğu olan	81	48.29	30.91	
Çocuğu olmayan	97	50.37	27.30	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Adet Öncesi Dönem			t= 2.038 p= 0.040 p<0.05
	N	Ort.	Ss	
Çocuğu olan	81	44.49	28.70	
Çocuğu olmayan	97	36.28	24.40	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Adet Sonrası Dönem			t = 1.639 p = 0.568 p>0.05
	N	Ort.	Ss	
Çocuğu olan	81	16.39	17.22	
Çocuğu olmayan	97	15.05	14.14	

Tablo.24'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma durumları ile menstruel yakınma puanları arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde; adet dönemi puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır.(t=2.107, p>0,05)

Çocuk sahibi olan kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiş olup, çocuk sahibi olma durumları ile adet öncesi menstruel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.(t=2.038, p<0,05)

Kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.(t=1.639, p>0,05)

**Tablo.25.** Kadınların Menarş Yaşlarına Göre Adet Dönemi, Adet Öncesi Dönem ve Adet Sonrası Dönem Menstruel Yakınma Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Menarş yaşı	Adet Dönemi			t = 3.031 p= 0.116
	N	Ort.	Ss	
13 yaşından önce	96	52.58	31.24	
13 yaş ve sonrası	82	45.73	25.68	p>0.05
Menarş yaşı	Adet Öncesi Dönem			t= 3.148 p= 0.028
	N	Ort.	Ss	
13 yaşından önce	96	44.02	28.29	
13 yaş ve sonrası	82	35.33	24.00	p<0.05
Menarş yaşı	Adet Sonrası Dönem			t = 8.793 p = 0.072
	N	Ort.	Ss	
13 yaşından önce	96	17.60	17.64	
13 yaş ve sonrası	82	13.39	12.50	p>0.05

Araştırma kapsamındaki kadınların menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde; adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (t=3.031, p>0,05).

Adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş olup, 13 yaşından önce menarş olanların adet öncesi menstruel yakınmaları daha yüksek bulunmuştur.(t=3.148, p<0,05)

Kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (t=8.793, p>0,05), (Tablo.25).

**Tablo.26.** Kadınların Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı.

	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.-Max.</b>
<b>Süreklilik Kaygı Puanı</b>	178	50.25	8.15	19-76

Araştırma kapsamına alınan kadınların süreklilik kaygı puanları incelendiğinde, süreklilik kaygı puan ortalaması  $50.25 \pm 8.15$  ve minimum kaygı puanı 19, maksimum kaygı puanı 76 olarak bulunmuştur (Tablo.26).

**Tablo.27.** Kadınların Adet Öncesi Dönem Yakınma Puan Ortalamaları ile Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	<b>Adet Öncesi Dönem Yakınma Puanları</b>	<b>Süreklilik Kaygı Puanları</b>
<b>Ort.</b>	40.01	50.25
<b>Ss.</b>	26.68	8.15
<b>N</b>	178	
<b>Kolerasyon katsayısı</b>	0.104	

P=0.165

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki ilişki kolerasyon analizi ile incelendiğinde kolerasyon katsayısı 0.104 olarak belirlenmiştir. Bu iki değişken arasında  $\alpha = 0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamıştır (Tablo.27). (p=0.165, p>0.01)



**Tablo.28.** Kadınların Adet Dönemi Yakınma Puan Ortalamaları ile Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	<b>Adet Dönemi Yakınma Puanları</b>	<b>Süreklilik Kaygı Puanları</b>
<b>Ort.</b>	49.42	50.25
<b>Ss.</b>	28.93	8.15
<b>N</b>	178	
<b>Kolerasyon katsayısı</b>	0.240	

P=0.001

Tablo. 28'de araştırmaya katılan kadınların adet dönemi menstrual yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki ilişki kolerasyon analizi ile incelendiğinde kolerasyon katsayısı 0.240 olarak belirlenmiş, ve aralarında  $\alpha =0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo.29.** Kadınların Adet Sonrası Dönem Yakınma Puan Ortalamaları ile Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	<b>Adet Sonrası Dönem Yakınma Puanları</b>	<b>Süreklilik Kaygı Puanları</b>
<b>Ort.</b>	15.66	50.25
<b>Ss.</b>	15.59	8.15
<b>N</b>	178	
<b>Kolerasyon katsayısı</b>	0.332	

P=0.000

Araştırmaya katılan kadınların adet sonrası dönem menstrual yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki ilişki kolerasyon analizi ile incelendiğinde kolerasyon katsayısı 0.332 olarak belirlenmiş olup, aralarında  $\alpha =0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.000$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo.29).

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 4.1. TARTIŞMA

##### 4.1.1. KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 48,3'ü 20-29 yaş arası, % 24,7'si 30-39 yaş arası, % 18'i 15-19 yaş arası ve % 9'u 40-49 yaş arasında bulunmaktadır. Kadınların yaş ortalaması  $26,99 \pm 7,69$  olarak saptanmıştır (Tablo.1). Kadınların büyük çoğunluğu genç yaştadır. Bu durum yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (16,19,100).

Araştırmaya katılan kadınların % 67,4 'ü ilkokul mezunu, % 12,9'u lise mezunu, % 11,8'i ortaokul mezunu, % 6,7'si yüksekokul mezunu ve % 1,1'i okur yazardır. (Tablo.2) Çalışan kadınların büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu, okur yazarlık oranının (%98.9), ülkemiz kadınlarının okur yazarlık oranından (%83.3) yüksek bulunmuştur. Bu farkın kadınların kentte oturmalarından ve çalışma yaşamında bulunmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Batı illerindeki okuma yazma ortalaması ülke ortalamasından daha yüksektir. Araştırmadan elde edilen sonuç ülke gerçeğini yansıtmaktadır (101).

Araştırma kapsamındaki kadınların medeni durumları incelendiğinde, % 48,3'ünün evli, % 46,6'sının bekar ve % 5,1'inin dul veya eşinden ayrılmış olduğu saptanmıştır (Tablo.3).

Kadınların evlilik süreleri incelendiğinde, %46,6'sının evli olmadığı, % 22,5'inin 10 yıl ve üzerinde, % 14,6'sının 1-3 yıl, % 8,4'ünün 4-6 yıl, % 6,7'sinin 7-9 yıl, %1,1'inin 1 yıldan daha kısa süredir evli oldukları saptanmıştır. Evli olan kadınların büyük çoğunluğunun evlilik süresi uzundur (Tablo.4).

Araştırmaya katılan kadınların evlendikleri yaş sorulduğunda, %46,6'sının evli olmadığı, % 35,4'ü 20-24 yaş arasında, % 10,1'i 15-19 yaş arasında, % 6,7'si 25

yaşından büyük, % 1,2'si 15 yaşından küçük yaşta evlendiğini ifade etmiştir (Tablo.5). Tüm kadınlar için ilk evlenme yaşı ortalaması  $18.97 \pm 0.22$  dir. TNSA 1998 sonuçlarına göre, doğu kentlerinde ilk evlilik yaşı 18.1 iken, batı kentlerinde 19.9 bulunmuştur (101). Kadınların %47,1'i 15-19, %34,1'i ise 20-24 yaşları arasında evlenmektedir (3). Araştırmaya katılan kadınların evlenme yaşları Türkiye oranlarında daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum kadınların çalışma yaşantısının olması ve eğitim seviyelerindeki artışa bağlanabilir.

Tablo.6 de görüldüğü gibi kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; % 52,8'i hiç gebe kalmamıştır. % 24,2'si bir kez, % 12,9'u iki kez, % 10,1'i üç ve daha fazla sayıda gebelik yaşamıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların % 54,5'i çocuk sahibi değildir. % 26,4'ü 1 çocuk, % 19,1'i ise 2 ve daha fazla sayıda çocuk sahibidir. (Tablo.6). Araştırmaya alınan kadınlarda doğurganlık oranının düşük ve çoğunluğunun tek çocuk sahibi olduğu görülmektedir. TNSA 1998 yılı araştırmasında, doğurganlık oranının bölgelere göre farklılık gösterdiğini, Batı Bölgesinde 2.03 ile en düşük oranın görüldüğünü saptamıştır. Ayrıca doğurganlık oranı ve çocuk sayısının kentte yaşayan ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda kırsal kesimde yaşayan ve eğitim seviyesi düşük olan kadınların nüfusuna göre yarıya yakın bir düşüş olduğunu belirtmiştir (101). Araştırmadan elde edilen sonuçlar batı Anadolu kentsel doğurganlık özelliklerine uygunluk göstermektedir. Ayrıca kadınların çalışan kadın olmaları çocuk sahibi olma durumlarını etkilemektedir. Çünkü çalışma yaşamında kadın gebe kaldığında işini kaybetme tehlikesi yaşamaktadır. Bu durum çalışan kadınların en büyük sorunudur (3).

Araştırmaya katılan kadınların menarş yaş ortalaması  $13,45 \pm 1,33$  ve en küçük menarş yaşı 11, en büyük menarş yaşı ise 17'dir.(Tablo.7) Türkiye menarş yaş ortalaması 13.4 olarak saptanmıştır (101). Bekar çalışmasında menarş yaş ortalamasını 13.0, Yetkin ve Pasinlioğlu çalışmalarında 13.5, Musal ve ark. çalışmalarında kadınların % 75'inin menarş yaşının 11-14 yaş arasında olduğunu saptamışlardır (4,69,100).

Kadınların siklus süreleri incelendiğinde ise; % 57,9'u 22-28 günde bir, % 29,2'si 29-35 günde bir, % 8,4'ü 22 günden daha kısa, % 4,5'i ise 35 günden daha uzun sürede menstruasyon görmektedir.(Tablo.7)

Araştırmaya katılan kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları incelendiğinde; %59'u herhangi bir yöntem kullanmazken, % 23.6'sı etkili yöntem, %17,4'ü etkisiz yöntem kullanmaktadır. Etkili yöntem kullanan kadınların % 52.4'ünün rahim içi araç, % 28,6'sının prezervatif, % 19'unun oral kontraseptif, etkisiz yöntem kullanan kadınların % 70'inin geri çekme, % 20'sinin takvim, % 10'unun vajinal yıkama yöntemini kullandığı saptanmıştır (Tablo.8). Etkili yöntem kullanan kadınların büyük çoğunluğunun (%52.4) rahim içi araç kullandığı görülmektedir. Etkisiz yöntem kullanan kadınların ise büyük çoğunluğu (%70) geri çekme yöntemini kullanmaktadır. TNSA 1998 verilerinde, etkin yöntem kullanımının % 35 olduğu bilinmektedir (101). Bu durumun araştırma yapılan kesitin küçük olması ve evli olmayan kadın sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **4.1.2. KADINLARIN MENSTRUEL YAKINMALARININ İNCELENMESİ**

Araştırmaya katılan kadınların, menstruel yakınma puan ortalamalarının menstruel dönemlere göre görülme oranı incelendiğinde, en fazla yakınmaların adet döneminde olduğu (49,42±28,93), adet öncesi dönemde ( 40,01± 26,68) ve en az olarak da adet sonrası dönemde görüldüğü (15,66 ± 15,59) saptanmıştır (Tablo.9).

Menstruel yakınma puan ortalamalarının Menstruel Distres Şikayet Listesi alt gruplarına göre görülme oranları incelendiğinde; kadınların adet döneminde en fazla ağrı, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu , kontrol ve davranış değişikliği alt grup semptomları, adet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım, ağrı, konsantrasyon bozukluğu, su retansiyonu alt grup semptomları, adet sonrası dönemde ise negatif duygulanım ve pozitif değişikliklerden canlanma alt grubu semptomlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo.10). Daşıkana, çalışmasında adet döneminde en fazla

ağrı, negatif duygulanım ve davranış değişikliği alt grubu şikayetlerinin yaşandığını, premenstruel dönemde ise en fazla negatif duygulanım, ağrı, su retansiyonu alt grubu semptomlarının olduğunu saptamıştır (16). Bu sonuçlar ile araştırmadan elde edilen veriler uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların ağrı alt grubu yakınma puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla karın ağrısı-kramplar, yorgunluk, sırt-bel ağrısı, adet öncesi dönemde en yoğun olarak sırt-bel ağrısı, yorgunluk, karın ağrısı-kramplar, baş ağrısı, adet sonrası dönemde yorgunluk, sırt-bel ağrısı yakınmalarını yaşadıkları saptanmıştır (Tablo.11). Kızılkaya, çalışmasında perimenstruel dönemde en fazla karın ağrısı-kramplar ve yorgunluk şikayetleri olduğunu saptamıştır (6). Daşikan ise, adet ve adet öncesi dönemde en fazla karın ağrısı-kramplar, sırt-bel ağrısı, yorgunluk şikayetlerinin yaşandığını belirlemiştir (16). Adet ve adet öncesi dönemde ağrı semptomlarının yaşandığı konusundaki literatür bilgileri, araştırmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir (5,7,20). Adet sonrası yaşanan yorgunluk, sırt-bel ağrısı şikayetlerinin, kadınların çalışma şartlarına bağlı olarak, sürekli aynı işi yaparak uzun saatler boyunca çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların su retansiyonu alt grubu puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla karında- memelerde şişme, memelerde ağrı-hassasiyet, ciltte sivilce-leke, kilo alma, adet öncesi dönemde; karında-memelerde şişme, memelerde hassasiyet- ağrı, ciltte leke- sivilce, adet sonrası dönemde; ciltte leke sivilce, karında-memelerde şişme, kilo alma, memelerde ağrı-hassasiyet şikayetlerinin yaşandığı saptanmıştır (Tablo.12). Kızılkaya, adet dönemi ve adet öncesi dönemdememelerde-karında şişme, memelerde ağrı- hassasiyet şikayetlerini, Daşikan ise en fazla karında- memelerde şişkinlik, memelerde ağrı-hassasiyet, kilo artışı semptomlarını belirlemiştir (6,16). Bu veriler araştırmadan elde edilen sonuçlarla uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların otonomik reaksiyon alt grubu puanları incelendiğinde, adet döneminde en fazla ateş basması, baş dönmesi baygınlık hissi,

soğuk terleme, bulantı kusma, adet öncesi dönemde; ateş basması, soğuk terleme, bulantı kusma, baş dönmesi baygınlık hissi, adet sonrası dönemde ise; baş dönmesi baygınlık hissi, bulantı kusma , ateş basması, soğuk terleme şikayetleri olduğu saptanmıştır (Tablo.13) Daha önce yapılmış çalışmalarda örneğin Daşikan çalışmasında; adet dönemi ve adet öncesi dönemde en fazla sıcak basması, baş dönmesi- baygınlık ,hissi, soğuk terleme şikayetleri saptanmıştır (16). Kızılkaya ise perimenstruel dönemde en fazla yaşanan su retansiyonu alt grubu şikayetleri olarak sıcak basması, soğuk terleme semptomlarını belirlemiştir (6). Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu verilerle uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların negatif duygulanım alt grubu puanları incelendiğinde; adet döneminde en fazla, anksiyete-sıkıntı, gerginlik, ruhsal değişiklikler, aşırı hassaslık-alınganlık, üzgün-hüzünlü olma (depresyon), adet öncesi dönemde gerginlik, anksiyete- sıkıntı, aşırı hassaslık-alınganlık, ruhsal değişiklikler, adet sonrası dönemde ise anksiyete-sıkıntı, aşırı hareketler-çabuk parlamaya, üzgün-hüzünlü olma, aşırı hassaslık- alınganlık yakınmaları olduğu saptanmıştır (Tablo.14).

Mortola ve arkadaşları çalışmalarında en fazla gerginlik anksiyete, ruhsal değişiklikler, depresyon semptomlarını, Tomruk, en fazla huzursuzluk, kolay sinirlenme, anksiyete, öfke semptomlarını, Musal ve arkadaşları sinirlilik, iç sıkıntısı, saldırganlık semptomlarını saptamıştır . Daşikan ise çalışmasında, gerginlik, anksiyete, ruhsal değişiklikler aşırı hareketler şikayetlerinin yaşandığını belirlemiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu verilerle benzerlik göstermektedir (8,16,62,100).

Araştırmaya katılan kadınların konsantrasyon bozukluğu alt grubu alan puanları incelendiğinde; adet döneminde kararsızlık, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı dalgınlık, unutkanlık, adet öncesi dönemde; kararsızlık, uykusuzluk, unutkanlık, sersemlik , adet sonrası dönemde ise kararsızlık, unutkanlık, zihni bir noktada toplamada güçlük yakınmaları olduğu saptanmıştır (Tablo.15). Daşikan çalışmasında adet ve adet öncesi dönemde en fazla, dikkat dağınıklığı-dalgınlık, uykusuzluk, sersemlik, unutkanlık, Kızılkaya ise çalışmasında perimenstruel dönemde en fazla zihnini bir noktaya

toplamada güçlük, kararsızlık şikayetleri olduğunu belirlemiştir. (6,16) Araştırmadan elde edilen sonuçlar bu verilerle uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların davranış değişikliği alt grubu alan puanları incelendiğinde adet döneminde en yoğun olarak eğitim yada çalışma gücünde azalma, verimlilikte azalma, evden dışarı çıkamama işe gidememe, sosyal etkinliklerden kaçınma , adet öncesi dönemde; evden dışarı çıkamama, işe gidememe, eğitim yada çalışma gücünde azalma verimlilikte azalma, sosyal etkinliklerden kaçınma adet sonrası dönemde ise evden dışarı çıkamama işe gidememe, verimlilikte azalma, yataktan çıkmak istememe şikayetleri yaşadıkları saptanmıştır (Tablo.16) Kızılkaya ve Coşkun araştırmasında adet ve adet öncesi dönemde en fazla eğitim ve çalışma gücünde azalma, verimlilikte azalma, Bloch ve arkadaşları adet öncesi dönemde en fazla çalışma bozuklukları ve sosyal izolasyon, Daşikan yataktan çıkmak istememe işe gidememe, eğitim ve çalışma gücünde azalma, verimlilikte azalma şikayetlerini saptamışlardır. (16,19,45). Tüm bu veriler araştırmadan elde edilen sonuçlarla uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların canlanma alt grubu puanları incelendiğinde ise, adet döneminde düzenli- derli toplu olma, heyecanlı- telaşlı olma, aşırı sevgi ifadesi, iyi- mutlu olma duygusu, adet öncesi dönemde; düzenli- derli toplu olma, iyi- mutlu olma duygusu, aşırı sevgi ifadesi, heyecanlı- telaşlı olma, adet sonrası dönemde ise; düzenli- derli toplu olma, iyi- mutlu olma duygusu, aşırı sevgi ifadesi semptomlarının olduğu belirlenmiştir (Tablo.17). Olumlu değişikliklerin yer aldığı canlanma alt grubunda en az enerji- hareketlilikte artış ve iyi- mutlu olma duygusu semptomlarında değişiklik yaşanmıştır. Kızılkaya ve Daşikan çalışmalarında, en az, enerji- hareketlilikte artış ve aşırı sevgi ifadesi semptomlarında değişiklik saptamışlardır (6,16). Bu çalışmaların verileri ile araştırmadan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Kadınların kontrol alt grubu puanları incelendiğinde adet döneminde en fazla olarak, göğüs ağrısı, boğulma - bunalma hissi, çarpıntı, ekstremitelerde karıncalaşma ve

duyu kaybı, adet öncesi dönemde; göğüs ağrısı, boğulma ,bunalma hissi, çarpıntı, ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı, adet sonrası dönemde ise daha az olarak çarpıntı ,ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı şikayetlerinin yaşandığı saptanmıştır (Tablo.18). Literatür bilgileri ve yapılan çalışmalarda en fazla boğulma bunalma hissi, göğüste ağrı, çarpıntı, gözde uçuşmalar, bulanık görme şikayetleri olduğu belirlenmiştir (6,8,16,19). Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen verilerle uygunluk göstermektedir.

#### **4.1.3. KADINLARIN MENSTRUEL YAKINMALARINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ**

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki ilişki kruskal-wallis analizi ile incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

( $F=1.327$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.19) Yaş grupları arttıkça adet dönemi yakınma puanlarının arttığı, 40-49 yaş grubundaki kadınların, adet dönemi menstrel yakınma puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $52.87 \pm 28.63$ ).

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $F=4.126$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.19). Yaş grupları arttıkça premenstrel yakınma puanlarının arttığı belirlenmiştir. Kızılkaya çalışmasında, premenstrel şikayetlerin otuzlu yaşlarda ortaya çıktığını veya fark edildiğini, 30-45 yaş arası yaygın olarak görüldüğünü, adölesanlarda da az oranda yaşandığını, yaşın artması ile premenstrel sendromun azaldığı ya da tersine bu riskin arttığı ve hatta yaş ile premenstrel sendrom arasında hiçbir ilişki olmadığını bildiren çalışma sonuçlarının olduğunu belirtmektedir(6). Musal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaş grupları ile sadece ödem ve dermatolojik semptomlar arasında anlamlılık bulunmasına rağmen diğer semptomlarla anlamlılık bulunmamıştır (100). Coşkun ve Kızılkaya çalışmalarında perimenstrel şikayetlerin 15-24 yaş aralığında her iki dönemde, 40-49 yaş aralığında ağırlıklı olarak premenstrel dönemde görüldüğünü belirlemiştir (19).



Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet sonrası dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $F= 2.343$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.19).

Araştırmaya katılan kadınların adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile adet dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 0.096$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.20).

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.( $F= 2.242$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.20).

Hammarback, Backström ve arkadaşları araştırmalarında evlilik ,çalışma durumu ,eğitim seviyesi ile menstruel problemlerin ilişkili olmadığını saptamışlardır (35). Bu durum çalışmadan elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların adet sonrası dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ( $F= 1.708$ ,  $p>0.05$ ),(Tablo.20)

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri incelendiğinde; siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 2.805$ ,  $p>0.05$ ),(Tablo.21). Kızılkaya çalışmasında menstruel siklus süreleri ile perimenstruel yakınmalar arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır (6). Bu durum araştırmadan elde edilen sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet öncesi dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

saptanamamıştır. ( $F= 1.860$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.21) Kızılkaya çalışmasında menstruel siklus süreleri ile perimenstruel şikayetler arasında ilişki saptanmamış olup yapılmış bazı çalışmalarda siklus düzenliliği ile premenstruel semptomlar arasında ilişki bulunamadığını, buna rağmen düzensiz sikluslarda perimenstruel semptomların daha çok görüldüğünü, Dalton'un siklusları 35 günden uzun süren kadınlarda semptom şiddetinin arttığını saptadığını bildirmektedir. Paige ve Moos siklus uzunluğunun semptomlarla ilgisiz olduğunu belirtmişlerdir (6,61).

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet sonrası dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ( $F= 0.051$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.21)

Araştırmaya katılan kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.227$ ,  $p>0,05$ ). Ancak etkisiz yöntem kullananların adet dönemi yakınma puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur ( $55.33\pm 4.93$ ), (Tablo.22). Etkili yöntem kullanan kadınların yakınma puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeninin ise, etkili yöntem kullanan kadınların % 19'unun oral kontraseptif kullanmasından kaynaklanabileceği, oral kontraseptiflerin, dismenore şikayetlerini azaltıcı etkisinin menstruel yakınmaları etkilediği düşünülmektedir (7,20).

Kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ( $F=0.217$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.22).

Adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında anlamlılık saptanamamıştır ( $p=0.564$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.22).

Araştırma kapsamındaki kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.( $t= 5.260$ ,  $p>0.05$ ),(Tablo.23)

Kadınların adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları incelendiğinde; evli olanların adet öncesi yakınma puanları daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.( $t=2.179$ ,  $p<0,05$ ),(Tablo.23) Yapılan bazı çalışmalarda evli yada bekar olmanın premenstruel sendrom semptomlarını etkilemediği saptanmıştır. (6,12,34,75). Hammarback, Backström ve arkadaşları araştırmalarında evlilik ,çalışma durumu ,eğitim seviyesi ile menstruel problemlerin ilişkili olmadığını saptamışlardır (35). Ancak Kızılkaya çalışmasında çalışan kadınlarda premenstruel şikayetlerin daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Araştırmada evli olan kadınların adet öncesi puanlarının yüksek olması aile içindeki sosyal rolü, çalışma yaşantısının sorunları ile birlikte olması nedeniyle kadına yük getirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.( $t=2.423$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.23).

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma durumları ile adet dönemi yakınma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ( $t=2.107$ ,  $p>0,05$ ),(Tablo.24).

Çocuk sahibi olan kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiş olup, çocuk sahibi olma durumları ile adet öncesi menstruel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.( $t=2.038$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo.24) Bayraktar çalışmasında, paritenin artması ile premenstruel şikayetler arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu belirtmiştir (71). Bunun nedeninin ise, premenstruel sendromun psikolojik semptomlarla ilişkili olduğu, gebelik ve çocuk bakımının stresine

ve ailenin büyümesinin psiko-sosyal stresine bağlı olabileceği ileri sürülmektedir . Musal ve arkadaşları parite artışı ile dermatolojik semptomlar dışındaki tüm semptomların görülme yüzdelerinin arttığını saptamıştır (100). Tüm bu veriler ile araştırmadan elde edilen sonuçlar uygunluk göstermektedir.

Kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında ise anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.( $t=1.639$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.24).

Araştırma kapsamındaki kadınların menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde; adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t=3.031$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.25).

Adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş olup, 13 yaşından önce menarş olanların adet öncesi menstruel yakınmaları daha yüksek bulunmuştur ( $t=3.148$ ,  $p<0.05$ ), (Tablo.25). Musal ve ark. çalışmalarında menarş yaşı 15 ve üzeri olan kadınlarda tüm semptomların görülme yüzdelerinin menarş yaşı 11-14 arasında olanlara göre daha fazla olduğunu saptamıştır (100). Bu veriler ile çalışmadan elde edilen sonuçlar farklılık göstermektedir.

Kadınların adet sonrası menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde ise aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t=8.793$ ,  $p>0,05$ ), (Tablo.25).

Araştırma kapsamına alınan kadınların süreklilik kaygı puanları incelendiğinde, süreklilik kaygı puan ortalaması  $50.25 \pm 8.15$  ve minimum kaygı puanı 19, maksimum kaygı puanı 76 olarak bulunmuştur (Tablo.26). Süreklilik kaygı envanterinden elde edilebilecek puanın 20-80 arasında olduğu ve puanın arttıkça kaygının arttığı düşünülürse kadınların süreklilik kaygılarının çok düşük olmadığı görülmektedir (97).

Bu durum kadınların çalışma yaşantısında sorunlar yaşamaları ile birlikte aile yaşantılarının getirdiği sorumluluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki ilişki kolerasyon analizi ile incelendiğinde kolerasyon katsayısı 0.104 olarak belirlenmiştir. Bu iki değişken arasında  $\alpha = 0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamıştır. ( $p=0.165$ ,  $p>0.01$ ), (Tablo.27).

Kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasında kolerasyon katsayısı 0.240 olarak belirlenmiş,  $\alpha = 0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $p<0.01$ ), (Tablo.28).

Araştırmaya katılan kadınların adet sonrası dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki incelendiğinde ise kolerasyon katsayısı 0.332 olarak belirlenmiş olup, aralarında  $\alpha = 0.01$  düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.000$ ,  $p<0.01$ ), (Tablo.29). Bu durum kadınların çalışma yaşantısından kaynaklanan yakınmaların kaygı yaşamalarına neden olması ile açıklanabilir.

## 4.2. SONUÇ

Araştırma, işyerinde çalışan kadınların menstruel yakınma düzeyleri, yakınmalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların % 48.3'ü 20-29 yaş arası, % 24.7'si 30-39 yaş arası, % 18'i 15-19 yaş arası ve % 9'u 40-49 yaş arasında bulunmaktadır. Kadınların yaş ortalaması  $26,99 \pm 7,69$  olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların % 67,4 'ü ilkokul mezunu, % 12,9'u lise mezunu, % 6,7'si yüksekokul mezunu ve % 1,1'i okur yazardır.

Araştırma kapsamındaki kadınların medeni durumları incelendiğinde, % 48,3'ünün evli, % 46,6'sının bekar ve % 5,1'inin dul veya eşinden ayrılmış olduğu saptanmıştır.

Kadınların evlilik süreleri incelendiğinde, %22,5'inin 10 yıldan uzun süredir evli oldukları saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların % 46,6'sı evli değildir.

Araştırmaya katılan kadınların evlendikleri yaş sorulduğunda, % 35,4'ü 20-24 yaşı arasında, % 10,1'i 15-19 yaşı arasında, % 6,7'si 25 yaşından büyük, % 1,2'si 15 yaşından küçük yaşta evlendiğini ifade etmiştir. Kadınların % 46,6'sı ise hiç evlenmemiştir.

Kadınların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; % 52,8'i hiç gebe kalmamıştır. % 24,2'si bir kez, % 10,1'i üç ve daha fazla sayıda gebelik yaşamıştır. % 54,5'i çocuk sahibi değildir. % 26,4'ü 1 çocuk, % 19,1'i ise 2 ve daha fazla sayıda çocuk sahibidir. Kadınların % 86'sının hiç düşük yada küretajı olmamış, % 14'ünün ise düşük yada küretajı olmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların menarş yaş ortalaması  $13,45 \pm 1,33$  ve en küçük menarş yaşı 11, en büyük menarş yaşı ise 17'dir. Kadınların siklus özellikleri incelendiğinde ise; % 57,9'u 22-28 günde bir, % 29,2'si 30-35 günde bir menstruasyon görmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları incelendiğinde; %58,4'ü herhangi bir yöntem kullanmazken, % 23,6'sı etkili, % 17,4'ü etkisiz yöntem kullanmaktadır. Etkili yöntem kullanan kadınlardan % 52,4'ünün rahim içi araç, % 28,6'sının prezervatif, %19'unun oral kontraseptif kullandığı, etkisiz

yöntem kullanan kadınlardan % 70'inin geri çekme, %20'sinin takvim, %10'unun vajinal yıkama yöntemini kullandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların, menstruel yakınma puan ortalamalarının menstruel dönemlere göre görülme oranı incelendiğinde, en fazla yakınmaların adet döneminde olduğu ( $49,42 \pm 28,93$ ) adet öncesi dönemde ( $40,01 \pm 26,68$ ) ve en az olarak da adet sonrası dönemde görüldüğü ( $15,66 \pm 15,59$ ) saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların menstruel yakınma puan ortalamalarının alt gruplara göre görülme oranları incelendiğinde; adet döneminde en fazla ağrı ( $9,21 \pm 5,64$ ), negatif duygulanım ( $9,03 \pm 6,70$ ), konsantrasyon bozukluğu ( $7,16 \pm 5,75$ ), kontrol ( $5,65 \pm 4,91$ ) ve davranış değişikliği ( $5,50 \pm 4,25$ ) alt gruplarında, adet öncesi dönemde en fazla negatif duygulanım ( $7,65 \pm 6,54$ ), ağrı ( $6,95 \pm 4,60$ ), konsantrasyon bozukluğu ( $5,49 \pm 4,88$ ) alt gruplarında, adet sonrası dönemde ise daha az olarak negatif duygulanım ( $3,29 \pm 4,27$ ) alt grubunda yakınmalarının olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya kapsamındaki kadınların Menstruel Distres Şikayet Listesi alt gruplarına göre adet öncesi adet dönemi ve adet sonrası yakınma puanları tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında; adet öncesi, adet dönemi ve adet sonrası dönemlerde, ağrı, su retasyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, canlanma ve kontrol alt gruplarına göre menstruel yakınma puanları arasında anlamlılık saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların ağrı alt grubu puanları incelendiğinde, adet ve adet öncesi dönemde en fazla karın ağrısı kramplar, yorgunluk, sırt bel ağrısı, baş ağrısı, su retasyonu alt grubu puanları incelendiğinde, en fazla karında memelerde şişme, memelerde ağrı ve hassasiyet, ciltte sivilce, leke, kilo alma, otonomik reaksiyon alt grubu puanları incelendiğinde; en fazla ateş basması, baş dönmesi baygınlık hissi, soğuk terleme, bulantı kusma, negatif duygulanım alt grubu puanları incelendiğinde; en fazla, anksiyete – sıkıntı, gerginlik, ruhsal değişiklikler, aşırı hassaslık alınganlık, üzgün hüzünlü olma – depresyon, konsantrasyon bozukluğu alt

grubu alan puanları incelendiğinde; karasızlık, uykusuzluk, dikkat dağınıklığı dalgınlık unutkanlık davranış değişikliği alt grubu alan puanları incelendiğinde; en yoğun olarak eğitim yada çalışma gücünde azalma, verimlilikte azalma, evden dışarı çıkamama işe gidememe, sosyal etkinliklerden kaçınma, canlanma alt grubu puanları incelendiğinde ise, düzenli, derli toplu olma , heyecanlı telaşlı olma, aşırı sevgi ifadesi , iyi mutlu olma duygusu ,kadınların kontrol alt grubu puanları incelendiğinde en fazla olarak, göğüs ağrısı,boğulma , bunalma hissi, çarpıntı, ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu hissi şikayetlerinin yaşandığı saptanmıştır.

Araştırma sonucu çalışan kadınlarda en sık görülen menstruel semptomlar şunlardır:

- Sırt bel ağrısı (%77,25)
- Karın ağrısı- kramplar (%76,30)
- Yorgunluk (%75,84)
- Karında memelerde şişme (%70,65)
- Gerginlik (%66,89)
- Anksiyete sıkıntısı (%65,80)

Araştırmaya katılan kadınların menstruel yakınma puanlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bunun için kadınların adet öncesi, adet dönemi ve adet sonrasında aldıkları toplam puan ortalamaları ile değişkenler analiz edilmiştir. Bu analizlerin sonuçları ise şöyledir:

Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (  $F=1.327$ ,  $p>0,05$ ). 40-49 yaş grubundaki kadınların, adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur ( $52.87 \pm 28.63$ ).



Araştırma kapsamına alınan kadınların, adet öncesi ve adet sonrası dönemi yakınma puan ortalamaları ile yaş grupları arasındaki anlamlı bir fark saptanamamıştır (  $F=4.126$ ,  $p>0.05$ ), (  $F= 2.343$ ,  $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim durumları ile adet dönemi yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 0.096$ ,  $p>0.05$ ).

Kadınların adet öncesi dönemi yakınma puan ortalamaları ile eğitim durumları eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 2.242$ ,  $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet dönemi menstruel yakınma puanları ile menstruel siklus süreleri incelendiğinde; siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 2.805$ ,  $p>0.05$ ). Siklus süresi 29-35 günde bir olan kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ( $53.36 \pm 27.67$ ).

Araştırma kapsamındaki kadınların, adet öncesi ve adet sonrası dönemi menstruel yakınma puanları ile siklus süreleri ile adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $F= 1.860$ ,  $p>0.05$ ), ( $F= 0.051$ ,  $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönem, adet dönemi ve adet sonrası dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak etkisiz yöntem kullananların adet dönemi yakınma puan ortalamaları daha yüksek olarak bulunmuştur ( $55.33 \pm 4.93$ ).

Araştırma kapsamındaki kadınların menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; adet dönemi yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t= 5.260, p>0.05$ ).

Kadınların adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları ile medeni durumları incelendiğinde; evli olanların adet öncesi yakınma puanları daha yüksek olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $t=2.179, p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sahibi olma durumları ile menstruel yakınma puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; adet dönemi puan ortalamaları ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır ( $t=2.107, p>0,05$ ).

Çocuk sahibi olan kadınların adet öncesi dönem yakınma puan ortalamaları daha yüksek belirlenmiş olup, çocuk sahibi olma durumları ile adet öncesi menstruel yakınmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $t=2.038, p<0,05$ ).

Araştırma kapsamındaki kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $t=3.031, p>0,05$ ).

Adet öncesi menstruel yakınma puan ortalamaları ile menarş yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuş olup, 13 yaşından önce menarş olanların adet öncesi menstruel yakınmaları daha yüksek bulunmuştur ( $t=3.148, p<0,05$ ).

Araştırma kapsamına alınan kadınların süreklilik kaygı puanları incelendiğinde, süreklilik kaygı puan ortalaması  $50.25 \pm 8.15$  ve minimum kaygı puanı 19, maksimum kaygı puanı 76 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların adet öncesi dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamıştır ( $p=0.165$ ,  $\alpha=0.01$  için  $p>0.01$ ).

Kadınların adet dönemi menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ,  $\alpha=0.01$  için  $p<0.01$ ).

Adet sonrası dönem menstruel yakınma puan ortalamaları ile süreklilik kaygı puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.000$ ,  $\alpha=0.01$  için  $p<0.01$ ).

#### 4.2.1. ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarına dayanarak öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- İşyerlerinde kadınlara menstruel şikayetler ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim programlarının yapılması ve bu konuda uzmanlaşan hemşire sayısının artırılarak kadın sağlığı hizmetlerinin daha iyiye götürülmesi,
- Menstruel şikayetlerin kişinin çalışma yaşamına, aile içi iletişimine, iş ilişkilerine olan etkilerinin incelenmesi ve bu etkilerin en aza indirilmesinde yaşanan semptomların farkındalığının artırılmasının öneminin benimsenmesi,
- Toplumda menstruel şikayetleri olan kadınlara hemşireler tarafından, üreme organlarının anatomi ve fizyolojisi, menstruasyon, gebelik, menstruel şikayetler ve baş etme yöntemlerine yönelik sağlık eğitimlerinin planlanması ve baş etme yöntemlerini açıklayan kadın ve ailesine yol gösterici nitelikte eğitim kitapçık/ broşürlerin hazırlanması,
- İşyerinde iletişim ve kişiler arası ilişkilerin sağlıklı yürütülmesi veya sağlanması amacıyla belli aralıklarla eğitim programlarının hazırlanması, menstruel şikayetleri olan kadınlar için iletişim destek gruplarının oluşturulması, menstruel sorunları olan kadınlara grup içinde güven ,destek ve cesaretlendirme sağlanarak, problemlerin çözümünün sağlanması,

- İşyerlerinde işyeri hemşiresi ve/veya sağlık personeli tarafından şiddetli menstruel yakınmaları olan kadınların iş verimindeki azalma düşünülerek işyeri yöneticilerinin bilgilendirilmesi ve böyle dönemlerde kadınlara özel izin verilmesi konusunda işbirliği yapılması,
- Ağır çalışma koşulları ve stres faktörünün fazla olduğu çalışma ortamlarında kadınların iş memnuniyetini sağlayacak çalışma koşullarının sağlanması,
- Kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen menstruel yakınmaların hafifletilmesi için baş etme yöntemlerinin uygulanması ile kadının iş ve aile yaşantısında sağlıklı bir birey olması sağlanacaktır.
- Çalışma sırasında karşılaşılan sorunlara dayanılarak çalışmacılara şu öneriler getirebilir;
  - Çalışmanın yapıldığı işyeri niteliğindeki özel kurum ve kuruluşlarda çalışma planlanmadan önce istihdam değişikliğinin yapılıp yapılmayacağı sorgulanmalıdır.
  - Perimenstruel dönem semptomları ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanan çalışmalarda mutlaka kadının bulunduğu menstruel dönem saptanmalıdır.
  - Çalışan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınların çalışma süreleri, varsa çalışma koşulları arasındaki farklılıklar (aynı bölümde farklı bir iş) sorgulanmalıdır. Bu durum çalışanların kaygı durumlarını etkileyebilir.

## KAYNAKLAR

1. Gelegen D. ,Çalışma Yaşamında Kadın Olmak, *T.B.B. Mesleki Sağlık Güvenlik Derg.*,Sayı:5,2001.
2. Özkuzukıran, Ş., *Türkiye’de Kadın İşçiler*, Türk-İş Eğitim Yayınları No.56, Başak Matbaacılık, Ankara, 2000, S:7-53.
3. Şenol, S., Yüksel, N., Kadın Psikolojisi Ve Kadınlara Özgü Ruhsal Sorunlar, *Sürekli Tıp Eğitim Derg.*, 1997, 6:( 3), 93-95.
4. Bekar, M., Güç Savaş, N., *Premenstruel Sendrom*, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri,, İzmir, 12-14 Eylül 1990, S: 617-622.
5. Kişnişçi ,Gökşin, Durukan ve Ark., *Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996, S:810-822, 1119- 1128.
6. Kızılkaya, N., *Premenstuel Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği ( Doktora Tezi)*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1994.
7. Coşkun, A., Ekizler, H.,İnanç, N. ve ark., *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi* Koç Vakfı Yayınları, No.11, İstanbul, 1996, s:7-9, 200-203.
8. Tomruk, N.B., *Premenstrual Sendrom (PMS) Uzmanlık Tezi*, S.B. Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, I. Psikiatri Birimi, İstanbul, 1991.
9. Scott, J.,R, Philip, H., Disana,C., Specally, B.,(Eds): *Jinekoloji Ve Obstetri (Çev. Erez S., Erez R.)*,J.B.,Yüceyayım A.Ş.,Çevik Matbaacılık, Ocak, 1997.
10. Mitchel, E.S., Woods, N.F., Diferantiation Of Women With Three Perimenstrual Symptoms Patterns, *Nursing Research*, Jan-Feb 1994, 43: (1) pp:25-30.
11. Kıran, S., Aytaç, R., Premenstruel Sendrom, *Sürekli Tıp Eğitim Derg.*, 1996, 5: (7) s:263-268.
12. Lurie S., Borenstein, R., The Premenstrual Syndrome, *Obstetrical And Gynecological Survey*, April,1990, 45: (4) pp: 220-228.
13. Güner, H., *Obstetrik Ve Jinekoloji*, Atlas Kitapçılık, Ankara, 1995, S: 128-134

14. Kirckpatrick, M.K., Brewer J.A., Stocks, B. Efficacy Of Selfcare Measures For Premenstruel Syndrome (PMS), *J Adv Nurs*, March 1990, 15: (3)pp: 381-5.
15. *DSM IV: Diagnostic And Statistical Manuel Of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psiciatric Association, Washington, 1994, pp: 715-718.
16. Daşikan Z., *Çalışan Hemşirelerde Menstruel Yakınmaların İncelenmesi*, , E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2000.
17. Kiper, C., Premenstruel Sendrom, [http// www. Mutluinsan.Com/Index.Html](http://www.Mutluinsan.Com/Index.Html), Mart,2003.
18. Lindow, K.B., Premenstrual Syndrome: Family İmpact And Nursing İmplicationsa, *JOGNN*, March-April 1991, 20: (2) Pp: 135-138.
19. Coşkun, A., Kızılkaya, N., İstanbul İli Cinsel Olgunluk Dönemi Kadınların Perimenstruel Şikayetlerinin Belirlenmesi, *Hemşirelik Bülteni*, İstanbul,1995, 9: (35) 35-44.
20. Taşkın L., *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1998, S: 26-33.
21. Atasu, T., Premenstruel Sendrom,Premenstruel Gerilim Sendromu, *Jinokolojik-Obstetrik Ve Neonatal Sendromlar* ,İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Dizdaroğlu Matbaası, İstanbul, 1980.
22. Yüce, A. Premenstruel Sendrom, [http//www.aliyuce.homestead.com/files /1997010. ppt.](http://www.aliyuce.homestead.com/files/1997010.ppt), Temmuz,2003.
23. Yüceyar, H. *Normal Menstruasyon Gören Kadınlarda Siklus Boyunca Görülen Gonodal Hormon Değişikliklerin Tiroid Hormonları Üzerine Etkilerinin Araştırılması*, (Doktora Tezi) E.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı, Bornova,1991.
24. Danforth., D., *Obstetrik Jinekoloji*, (Çev: Erez S., Erez R.), 6. Baskı, Yüce Yayınları, İstanbul, 1990, S: 902-903.
25. Sharon J.Reader,Leonide L. Martin, *Maternity Nursing (Family,Newborn And Women's Health Care)*, J.B. Lippincott Company ,Phidelphia,1987.
26. Hovard. W., Jones J., (Çev:Göksu. M., Üstün, M.) ,*Novak Kadın Hastalıkları*, Güneş Kitabevi, Ankara, 1989, S: 158-163, 1002-1015.

27. Çanga Ş., Önder İ., *Kadın Hastalıkları (Jinekoloji)*; Ar Basım Dağıtım A.Ş. 5: Baskı, İstanbul, 1982.
28. Coşkun, A., Karanisaoğlu, H., *Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1992, S: 52-54.
29. Arısan, K., *Kadın Hastalıkları (Jinekoloji)* 3. Baskı, Çeltik Matbaacılık San. Ve Tic A.Ş. ,İstanbul, 1992, S: 112-116.
30. Asena, U., *Kadın Doğum*, 2. Baskı, Saray Tıp Kitabevi Yayınları, İzmir, 1992, S: 205-207.
31. Üner, M., *Kadın Hastalıkları*, Palme Yayınevi, Ankara, 1996, S: 21-36.
32. ....; *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, 2. Baskı, TAKAV Matbaacılık Yayıncılık A.Ş., No.34, Ankara, 1993, S:37-53.
33. Yıldırım, M., *Klinik Jinekoloji*, Türkiye Klinikleri Yayınevi, No.23, 2. Baskı, Ankara, 1992, S:13-17.
34. Ainscough, C.E., Premenstruel Emotional Changes A Prospective Study Of Symptomatology In Normal Women, *Journal Of Psychosomatic Research*,1990, 34: (1) pp: 35-45.
35. Hammarback, S., Baström, T., A Demographic In Subgroups Of Women Seeking Help For Premenstrual Syndrome, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1989, 68: 247-253.
36. Yoş L; : N 1979 F , Characteristics Of Premenstrual Syndrome , *Obstetrics Gynecology*, April 1989, 73: ( 4) Pp: 601-605.
37. Dilbaz, N., Premenstruel Sendrom (PMS), *Türk Psikiatri Derg.*, 1992. 3:( 1) 42-47.
38. Scully, J.H., *Psikiatri (Çev: Saygılı, R.)* Ege Üniveristesi Basımevi, İzmir, 1990, S: 287-289.
39. Platin N. *Premenstruel Sendrom*, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:(3),1989; S: 31-41.
40. Dilbaz, N., Premenstruel Sendromun Psikiatrik Özelliklerinin MMPI İle Değerlendirilmesi, *Türk Psikiatri Derg.*1992. 3:(2)42-47.

41. Abraham, G.E., Nutritional Factors İn Etiology Of The Premenstruel Tension Sydromes, *The Journal Of Reproductive Medicine*,1983, 28: (7) pp: 446-464.
42. Freeman, E.W., Rickels, K., Fluvoxamine For Prementrual Dysphoric Disorders: A Pilot Study, *J. Clin Psychiatry*,1996, 57: (18) pp:56-59.
43. Cerin, A. Collins, A, Essentiel Fatty Acids İn The Treatment Of Premenstrual Syndrome, *Obstetrics Gynecology*, 1993, 81: (1) pp: 93-98.
44. Kocabaşoğlu, N. Ve Ark, Premenstruel Gerilim Sendromunda Depresyon, Anksiyete, *Yeni Syposiom Derg.*, 1994. 32 :( 1) 40-42.
45. Bloch, M., Schmidt P.J., Rubinaw, D.R., Prmenstrual Syndrome: Evidence For Symptom Stability Across Cycles, *Am.J. Psychiatry*,154: (12), 1997,pp:1741-46.
46. Dereboy, Ç., Dereboy İ.F., Yiğitol, F., Premenstruel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Kũme Analitik Bir Çalışma, *Tũrk Psikiatri Derg.*, 1990. 5:(29) s:83-90.
47. Ekizler, H., Premenstruel Sendromun Özellikleri, Değerlendirilmesi Ve Bakımı, *Hemşirelik Bũlteni*, 1989, 3: ( 14) s:77-80.
48. Morgan, M., Rapkın, A.J. Cognitive Functioning İn Premenstrual Syndrome, *Obstetrics Gnecology*, December 1996, 88: (6) pp: 961-965.
49. Lewis, L.L., One Year İn The Life Of Woman With Premenstrual Syndrome: A Case Study, *Nursing Research*, March-April 1995, 44: (2) Pp: 111-115.
50. Karanisaogđlu, H., Menstruel Bozuklukların Psikomatik Yŏnleri, *Hemşirelik Bũlteni*, 1989, 3: (4) 95-101.
51. Posacı, C., Erten, O., Premenstruel Gerilim Sendromlu Olgularda Plazma Bakır, Çinko Ve Magnezyum Dũzeyleri, *Kadın Doğum Derg.*, Ağustos 1993, 9: (2) s: 123-126.
52. Koplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A., Premenstrual Dysphoric Disorder, *Syropsis Of Psychiatry*, Williams, Baltimore, 1994, Pp:565-566.
53. Hurt, S.W., Schnurr, P.P., Late Luteal Phase Dysphoric Disorder İn 670 Women Evaluated For Premenstrual Complaints, *Am. J. Psychiatry*, April, 1992, 149:(4) 525-530.



54. Moos, R.H., *Perimenstruel Symptoms: A Manual And Over,View Of Research With The Menstrual Distress Questionnaire*, Social Ecology Laboratory, Department Of Psychiatry And Behavioral Sciences Stanford University School Of Medicine And Veterans Administration Medical Centers, January, 1985
55. Kütevin, Z.E., *Depresyon*, İnkilap Kitabevi, İstanbul,1990, S: 105-106.
56. Schnurr, P.P., Some Corraletes Of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome, *Am J. Psychiatry*, April 1988, 145: ( 4) Pp: 491-4.
57. Ornitz, A.W., Brown, M.A., Familiy Coping And Premenstrual Symptomatology, *JOGNN*, Jan-Feb 1993, 22: (1) pp:49-55.
58. Hatcher R., Kowal D., Guest F., *Kontraseptif Yöntemler : Uluslar Arası Basım Çevri Editörü: Dervişoğlu A., Demircioğlu Matbaacılık, Ankara, 1990*
59. Cerin, A. Collins, A., Hormonal And Biochemical Profiles Of Premenstrual Syndrome, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1993, Vol: 72, Pp: 337-343.
60. Halbreich,U., Rojansky, N., Elimination Of Ovulation And Menstrual Cyclicity (With Danazol) İmproves Dysphoric Premenstrual Syndromes, *Fertility& Sterility*, December, 1991, 56: (6) 1060-1069.
61. Choung, C.J., Bartholomow P. Effect Of Naloxone On Luteinizing Hormone Secretion İn Premenstruel Syndrome, *Fertility And Sterility*, 1994, 61 (6) P: 1039-44.
62. Mortola, J.F., Girton, L., Diagnosis Of Premenstrual Syndrome By Simple, Prospective And Reliable İstrument: The Calender Of Premenstrual Experiences, *Obstetrics And Gynecology*, August 1992, 76: ( 2) pp: 302-307.
63. Kaleli, B., Gezer S., Aktan E. Ve Ark. Premenstruel Sendromda Serum Çinko Ve Bakır Düzeyleri, *Türk Fertilitate Derg.*, 1997, (1), s: 44-48.
64. Penland, J.G., Johnson P.E.; Dietary Calcium And Manganase Effects On Menstrual Cycle Symptoms, *Am, Obstet Gnecol*, 1993, Vol:168,Pp: 1417-23.
65. Johnson, W.G., Carr Nongle, R.E., Menstrual Distres, Eating, Habits An Exercise, *Psychom Medicine*, July, 1995, 57: (4)pp : 324-330.
66. Goodale, I.L., Domar, A.D., Alleviatron Of Premenstrual Syndrome Symptoms With The Relaxation Response, *Obstetric& Gynecology*, April,1990, 75: ( 4) pp:649-655.

67. Işık, A., Adölesanlarda Menstrual Döneme İlişkin Özelliklerin Ve Normal Dışı Genital Akıntı Durumunun İncelenmesi, *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, İzmir, 12-14 Eylül 1990, S: 363-369.
68. Malatyaloğlu, E. Adölesanların Önemli Bir Problemi: Dismenore, *Sendrom Derg.*, Nisan, 1992, s: 55-59.
69. Yetkin, A., Pasinlioğlu, T., Atatürk Üniversitesinde Hemşirelik Eğitimi Gören Öğrencilerin Menstruasyonla İlgili Sorunları Ve Davranışları, *Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Sempozyumu*, İzmir, 1995, S: 101-111.
70. Kimberly, A., Yonkers, M.D., Anxiety Symptom And Anxiety Disorders: How Are They Retated To Premenstrual Disorders?, *J. Clin Psychiatry*, 199, 58: (3) pp:62-67.
71. Bayraktar, E., *Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (PMS) Tanılı Olgularda Sosyodemografik Ve Kişilik Özellikleri Ve IV Klonidin Uygulaması*, (Uzmanlık Tezi), E.Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir,1990.
72. Totterdell, P.,Spelten, E., The Effects Of Nigtwork On Psychological Changes During The Menstrual Cycle, *Journal Of Advanced Nursing*, May 1995, 21: (5), pp: 996-1005.
73. Erci, B. Okanlı, A.,Kılıç D., Premenstruel Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi, *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, Erzurum,1999.
74. Yılmaz (Yazıcı) S., Premenstrual Sendrom, *Türk Hemşireler Derg.*,1992, 42: (4),s: 27-29.
75. Walton, J., Youngking, E., The Effects Of Support Group On Self –Esteem Of Women With Premenstreal Syndrome,*JOGNN*, May-June 1987, pp: 174-178.
76. Erdirne, S., *Ağrı Semptomları Ve Tedavileri*, Nobel Kitabevi, İstanbul, 1987, S:271-280.
77. Fetters, I., Menstrual Migraine , *Postgraduate Medicine*, 101: (5), May, 1997, Sendrom, 10: ( 2), 1998, Pp:77-85.
78. Kocaman,G., *Ağrı Ve Hemşirelik Yaklaşımları*, Seray Kitabevi, I. Baskı, İzmir, 1994, S: 89-118.

79. Rossignol, A.M., Bonnlander, H.; Caffeine-Containing Beverrages, Total Fluid Consumption And Premenstrual Syndrome, *American Journal Of Public Health*, September 1990, 80: (9) pp: 1106-1110.
80. Soğukpınar, T.N., *Lisans Eğitimi Yapan 18-25 Yaş Arası Kız Öğrencilerde Spor Yapan Ve Yapmayanların Vücut Yağ Oranları İle Menstruel Yapıları Arasındaki İlişkinin Araştırılması*, (Yüksek Lisans Tezi), E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1993.
81. Rivera- Tovar, A.D, Frank, E., Late Luteal Phase Dysphoric Disorder İnn Young Women, *Am Journal Psychiatry*, December, 1990, 147: (12) Pp: 1634-36.
82. İnanç, B., Kaygı Ve Stres, *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.*, 1997, 2(16), s:9-14.
83. Köknel, Ö., *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, Birinci Baskı, Altın Kitaplar Matbaası, İstanbul, 1982, s:159.
84. Atkinson, R., Hilgard, E., *Psikolojiye Giriş II*, Sosyal Yayınlar, İstanbul, 1995, s: 581-584.
85. Cüceloğlu, D., *İnsan Ve Davranışı*, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1993, S.277-288.
86. Arkonaç S., *Psikoloji- Zihin Süreçleri Bilimi*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1993, s:390-392.
87. Çifter, İ., *Psikiyatri I*, Gata Eğitim Yayınları, Ankara, 1985, S.313-315.
88. Sims, A., Owen, D., *Psychiatry*, Bailliere Tindal Limit., London, 1993, s:88-97.
89. Erdinç, T., Tiryaki Ş., İşlegen Ç. ve ark. Elit Bayan Sporcularda Sürekli Kaygı Düzeyi Üzerine Bir Çalışma, *E.Ü. Spor Hekimliği Derg.*, 1994, 29 (1): 33-44.
90. Ağargün, M., Kara, H., Bilgin H., ÖSS'ye Girecek Olan Lise Öğrencilerinin Uyku Problemleri Ve Kaygı Düzeyleriyle İlişkisi, *Düşünen Adam Derg.*, 1995, 8( 3): 35-39.
91. Aslan H., Karaköse H., Soy M., Romatoid Artriti Olan Kadın Hastalarda Benlik Algısı, Benlik Saygısı, Aleksitimi, Depresyon Ve Kaygı, *Düşünen Adam Derg.*, 1996, 9(4):23-27.

92. İnceer B., Day A., Kaygı Ölçeği Streaudit- SA'nın Geçerlik Ve Güvenilirliği, *E.Ü. Tıp Derg.*, 1999, (38), S: 81-85.
93. Sargin, N., *Lise I. Ve III. Sınıf Öğrencilerinin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Belirlenip Karşılaştırılması (Yükseklisans Tezi)*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1990.
94. Aslan, S.H., Aslan, O., Alparslan N., Annedeki Süreğen Depresyonun Çocuktaki Depresyon Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1998, 9 (1) s: 32-37.
95. Ulufer, F., *Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi, (Doktora Tezi)*, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992.
96. Kumral, A., *Durumluluk- Sürekli Anksiyete, Postoperatif Ağrı Ve Hemşirelik Etkileşiminin İlişkileri (Doçentlik Tezi)*, Ege Üniversitesi, İzmir, 1979.
97. Öner N, Le Compte A: *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1982.
98. Özdamar, K., *Paket Programları İle İstatistiksel Veri Analizi I*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1997.
99. Akgül, A., *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları*, 2. Baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara, 2003.
100. Musal, S, Uçku, R., Aksakoğlu, G, Narlidere Bölgesinde 15-49 Yaş Grubundaki Evli Kadınlarda Premenstruel Semptomların Belirlenmesi, *Jinekoloji Ve Obstetride Yeni Görüş Ve Gelişmeler*, 1992, 3: (3) S: 61- 64.
101. *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (TNSA)*,1998. S.B. Ana Çocuk Sağlığı, Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1998.

**EK-I.****ANKET FORMU**

1. Denek Sıra No:
2. Kaç Yaşındasınız:
3. Eğitim Durumunuz:
  - a) Okur Yazar
  - b) İlkokul Mezunu
  - c) Orta Ve Dengi Okul Mezunu
  - d) Lise Ve Dengi Okul Mezunu
  - e) Yüksek Okul Mezunu
4. Medeni Durumunuz Nedir?
  - a) Bekar
  - b) Evli
  - c)Dul/ Eşinden Ayrılmış
5. Kaç Yıldır Evlisiniz?
  - a) 1 Yıdan Az
  - b) 1-3 Yıl
  - c) 4-6 Yıl
  - d) 7-9 Yıl
  - e) 10 Yıl Ve Üzeri
6. Evlendiğinizde Siz Kaç Yaşındaydınız?
  - a) 15 Yaşından Küçük
  - b) 15-19
  - c) 20-24
  - d) 25 Ve Daha Büyük
7. Halen Yaşayan Kaç Çocuğunuz Var?
  - a) Hiç yok
  - b) 1
  - c)2
  - d)3
  - e) 4 ve üzeri
8. Kaç Kez Gebe Kaldınız?
9. Düşük Yada Kürtajınız Oldu Mu? Hayır Evet İse Kaç Kez?
10. İlk Adet Yaşınız:

11. Ne Kadar Sıklıkla Adet Görüyorsunuz?

- a) 22-28 Günde Bir
- b) 29-35 Günde Bir
- c) 22 Günden Kısa
- d) 35 Günden Uzun

12. Şu An Bir Aile Planlaması Yöntemi Kullanıyormusunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

13. Şu Anda Hangi Aile Planlaması Yöntemini Kullanıyorsunuz?

- a) Ria (Spiral)
- b) Doğum Kontrol Hapı
- c) Kılıf (Prezarvatif= Kondom)
- d) Hazne Yıkama
- e) Geri Çekme
- f) Takvim Yöntemi
- g) Aylık/ Üç Aylık İğne

EK-II.

**MENSTRUEL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİ**

Bu liste kadınların adet dönemlerinde yaşadıkları değişiklikleri belirtmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kadınların adet günlerinden önce, adet süresince ve sonrasında deneyimledikleri belirtilerin bir listesi vardır. Lütfen aşağıda açıklanan üç zaman diliminde sizde olan belirtilerin her birini işaretleyiniz.

1. sütun: adetiniz süresince
2. sütun: adetinizden önceki 7 gün süresince
3. sütun: adetinizden önceki bir haftadan önceki günler

not: 1,2,3 sütunlara adet periyoduz süresince deneyimlediğiniz şikayetlerinizi yazınız. Lütfen genelde olan şikayetlerinizi işaretlemeyiniz.

Adet periyodunuz süresince deneyimlediğiniz şikayetleri aşağıdaki skalayı kullanarak işaretleyiniz.

0- belirti yok

1- az

2- orta

3- şiddetli

4- çok şiddetli

	Adetiniz Süresince (1)	Adetinizden önceki bir hafta (2)	Diğer günler (3)
1. Kaslarda gerginlik	.....	.....	.....
2. Kilo alma	.....	.....	.....
3. Baş dönmesi, baygınlık hissi	.....	.....	.....
4. Yalnızlık	.....	.....	.....
5. Baş ağrısı	.....	.....	.....
6. Ciltte leke, sivilce	.....	.....	.....
7. Soğuk terleme	.....	.....	.....
8. Sıkıntı	.....	.....	.....

9. Ruh halinde değişiklikler (duygulanım)	.....	.....	.....
10. Karın ağrısı	.....	.....	.....
11. Memelerde ağrı yada hassasiyet	.....	.....	.....
12. Bulantı kusma	.....	.....	.....
13. Ağlama	.....	.....	.....
14. Sırt ağrısı, bel ağrısı	.....	.....	.....
15. Memelerde karında şişme	.....	.....	.....
16. Ateş basması	.....	.....	.....
17. Aşırı hassaslık, alınganlık	.....	.....	.....
18. Gerginlik	.....	.....	.....
19. Yorgunluk	.....	.....	.....
20. Üzgün hüzünlü olma	.....	.....	.....
21. Genel ağrılar	.....	.....	.....
22. Aşırı hareketlilik	.....	.....	.....
23. Uykusuzluk	.....	.....	.....
24. Eğitim yada çalışma gücünde azalma	.....	.....	.....
25. Aşırı sevgi ifadesi	.....	.....	.....
26. Boğulma ,bunalma hissi	.....	.....	.....
27. Unutkanlık	.....	.....	.....
28. İlaç alma, yatakta kalma	.....	.....	.....
29. Düzenli, derli toplu olma	.....	.....	.....
30. Göğüs ağrısı	.....	.....	.....
31. Sersemlik hissi	.....	.....	.....
32. Kararsızlık	.....	.....	.....
33. Evden dışarı çıkmama	.....	.....	.....
34. Heyecanlı, telaşlı olma	.....	.....	.....
35. Kulak çınlaması	.....	.....	.....



36. Zihni bir noktada toplamada güçlük	.....	.....	.....
37. Sosyal etkinliklerden kaçınma	.....	.....	.....
38. İyi mutlu olma duygusu	.....	.....	.....
39. Çarpıntı hissi	.....	.....	.....
40. Dalgınlık, şaşkınlık	.....	.....	.....
41. Verimlilikte azalma	.....	.....	.....
42. Enerji ve hareketlilikte artış	.....	.....	.....
43. El ve ayaklarda karıncalanma ve his kaybı	.....	.....	.....
44. Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar	.....	.....	.....
45. Gözde uçuşmalar ve görme kaybı	.....	.....	.....
46. Hareketlerde uyum yetersizliği	.....	.....	.....
47. İştah artması	.....	.....	.....

**EK-III .****SÜREKLİLİK KAYGI ENVANTERİ**

	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
1. Genellikle keyfim yerindedir.	( )	( )	( )	( )
2. Genellikle çabuk yorulurum.	( )	( )	( )	( )
3. Genellikle kolay ağlarım.	( )	( )	( )	( )
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	( )	( )	( )	( )
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	( )	( )	( )	( )
6. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	( )	( )	( )	( )
7. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	( )	( )	( )	( )
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	( )	( )	( )	( )
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	( )	( )	( )	( )
10.Genellikle mutluyum.	( )	( )	( )	( )
11.Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	( )	( )	( )	( )
12.Genellikle kendime güvenim yoktur.	( )	( )	( )	( )
13.Genellikle kendimi emniyette hissederim.	( )	( )	( )	( )
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	( )	( )	( )	( )
15. Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim.	( )	( )	( )	( )
16. Genellikle hayatımdan memnunum.	( )	( )	( )	( )
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	( )	( )	( )	( )
19. Akli başında ve kararlı bir insanım.	( )	( )	( )	( )
20. Son zamanlarda kafama takılan sorunlar beni rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )

## ÖZGEÇMİŞ

20.12.1977 yılında Manisa'da doğan Dilek Çeçen , ilk ve orta öğrenimini Manisa 'da tamamladıktan sonra, 1993 yılında Manisa Lisesi'nden mezun olmuştur. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulunu iyi derece ile bitirmiştir. 2001 Şubat-Haziran tarihinde İstanbul Türkiye Gazetesi Hastanesi'nde servis hemşireliği, Temmuz 2001-Aralık 2003 tarihleri arasında Manisa May Tekstil San. A.Ş.'de işyeri hemşireliği yapmıştır. 2001 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisansa başlamıştır. Ocak-2004 tarihinden itibaren Celal Bayar Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Halen yüksek lisans programına devam etmektedir.