

**T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI**

**KARS'TA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PREMENSTRUAL DÖNEM  
BELİRTİLERİ İLE SOMATİZASYONA YATKINLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Ayşe Gül GELİR  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ**

**HAZİRAN – 2019**

**KARS**



T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI



**KARS'TA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PREMENSTRUAL DÖNEM  
BELİRTİLERİ İLE SOMATİZASYONA YATKINLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Ayşe Gül GELİR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ**


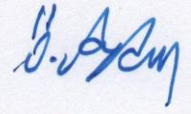
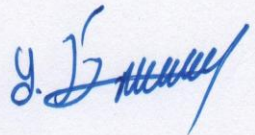
**HAZİRAN – 2019**

**KARS**

## ONAY

T.C. Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Gül GELİR'in Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ danışmanlığında Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Premenstrual Dönem Belirtileri ile Somatizasyona Yatkınlık Arasındaki İlişki" adlı çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğine uyarınca değerlendirilerek oy ....*birliği*..... ile kabul edilmiştir.

24 / 06 / 2019

	Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	: Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ	
Üye	: Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU	
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY	

Bu tezin kabulü, Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / 2019 gün ve ...../..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

**Ayşe Gül GELİR**

## ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Premenstrual Dönem Belirtileri ile Somatizasyona  
Yatkınlık Arasındaki İlişki

Ayşe Gül GELİR

Kafkas Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü

İlköğretim Anabilim Dalı

**Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ**

**Amaç:** Bu araştırma, Kars'ta çalışan hemşirelerin premenstrual dönem belirtileri ile somatizasyona yatkınlıkları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve Metot:** Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı süreçte Kars Kafkas Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 108 hemşire oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiş, çalışma kriterlerine uygun ve anketin uygulandığı tarihte hastanede bulunan araştırmaya gönüllü 87 hemşire çalışmaya alınmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu geliştirilen anket formu, premenstrual sendrom ölçeği ve somatizasyon ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), t testi, Mann Whitney U, Pearson Korelasyon, Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması  $23,29 \pm 5,939$  iken en küçük yaştaki kişi 17, en büyük kişi ise 49 yaşındadır. Çalışmaya katılan kişilerin Premenstrual Sendrom düzeyi  $124,80 \pm 42,969$ 'dur. Somatizasyon düzeyleri ise  $14,49 \pm 5,471$ 'dir.

Somatizasyon skoru en düşük olan kişinin 5, en yüksek olan kişinin ise 27'dir. Somatizasyon ölçeğinden alınan puanların 33'e yaklaşması "Somatizasyon Bozukluğu"nu işaret eder. Uygulanan korelasyon analizi sonucunda Somatizasyon ile Premenstrual Sendrom arasında %49'luk pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

**Sonuç:** Araştırmanın sonucu olarak Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Premenstrual Sendrom yaşayan kadınların günlük ve iş yaşantısının negatif yönde etkilendiği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrual Sendrom, Somatizasyon, Sağlık Eğitimi.

**2019, 65 Sayfa**

## ABSTRACT

Master Thesis

The Relation Between Symptoms of Premenstrual Term of Nurses Who Work in Kars  
and Predisposition to Somatization

Ayşe Gül GELİR

Kafkas University

Graduate School of Applied and Natural Sciences

Department of Primary Education

**Assoc. Prof. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ**

**Purpose:** This research is conducted to determine the relation between symptoms of premenstrual term of nurses who work in Kars and predisposition to somatization.

**Material ve Method:** This is a cross-sectional research. The population of this research are consisted of 108 nurses who work in Kars Kafkas University Training and Research Hospital in the process of the study. Any sample from population is not selected however 87 nurses who are proper for study criterias and present at the time of research participated voluntarily. During data collection Survey Form which developed as a result of literature review, premenstrual syndrome scale and somatization scale are used by researcher. Descriptive statistics (average, standard deviation, minimum, maximum), frequencies for categorical variables (score, percentage), t test, Mann Whitney U, Pearson Corelation, Kruskal-Wallis test are used while data evaluation.

**Results:** While the average age of participants is  $23,29 \pm 5,939$  the youngest participant is 17, the oldest participant is 49 years old. The level of Premenstrual Syndrom of the participants  $124,80 \pm 42,969$ . Somatization level is  $14,49 \pm 5,471$ . The lowest score of

somatization of the participants is 5, the highest score is 27. When the scores that gain from Somatization scale approach 33, it signes Somatization Disorder. It is found 49% positive way relation between Somatization and Premenstrual Syndrom as a result of corelation analysis applied.

**Conclusion:** As a result of research it is determined that there is a signicifant relation between Premenstrual Syndrom and Somatization. It is detected that women who has Premenstrual Syndrom are negatively affected in daily and working life.

**Key Words:** Premenstrual Syndrom, Somatization, Health Training.

**2019, 65 Page**



## ÖN SÖZ

Bu çalışma Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanmıştır.

Tez çalışmam da emeği geçen, yoğun çalışmalarından bana zaman ayırarak bana göstermiş olduğu her türlü bilimsel destek, sabır ve emekten dolayı değerli hocam, Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Çalışmalarım esnasında ve tezin hazırlanması sürecinde manevi ve bilimsel desteğini esirgemeyen hocalarım Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU'ya, Dr. Öğr. Üyesi Rukiye TÜRK'e ve tez savunma sınavıma gelerek çok değerli katkılar sağlayan hocam Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY'a, hayatım boyunca maddi ve manevi destekte bulunan aileme ve her zaman yanımda olan yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Sertaç GELİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

**Ayşe Gül GELİR**

**Kars – 2019**

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇ KAPAK</b> .....	<b>I</b>
<b>ONAY</b> .....	<b>II</b>
<b>ETİK BEYAN</b> .....	<b>III</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>ÖN SÖZ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IX</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>XI</b>
<b>ŞEKİLLER TABLOSU</b> .....	<b>XIII</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>XIV</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Kadın Genital Sistem Anatomisi .....	4
2.1.1. Dış Genital Organlar .....	4
2.1.2. İç Genital Organlar .....	5
2.2. Kadın Üreme Sistemi Fizyolojisi .....	8
2.3. Menstrual Siklusta Yaşanan Sıkıntılar .....	10
2.3.1. Premenstrual Sendrom (PMS) .....	10
2.3.2. Dismenore .....	12
2.4. Menstrual Siklus Dönemi Hakkında Bilinmesi Gerekenler .....	13
2.5. Somatizasyonun Tanımı .....	14
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli .....	18
3.2. Araştırmanın Etik İlkeleri .....	18
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar .....	19
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	21
3.7. Veri Toplama Süresi .....	21
3.8. Çalışmada Kullanılan Testler .....	21

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	22
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>23</b>
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>40</b>
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>47</b>
<b>7. EKLER .....</b>	<b>54</b>
EK – I: ETİK KURUL KARARI .....	54
EK – II: PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ.....	57
EK – III: SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ .....	59
EK – IV: SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ İZİNİ .....	60
EK – V: PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ İZİNİ .....	61
EK – VI: YAZILI ONAM FORMU .....	62
EK – VII: HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ TANITICI BİLGİ FORMU .....	63
<b>8. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>65</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 4. 1.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler .....	23
<b>Tablo 4. 2.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklere Göre Dağılımlar .....	23
<b>Tablo 4. 3.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Hastalık Öyküsü ve Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar .....	24
<b>Tablo 4. 4.</b> Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Adet Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikleri .....	25
<b>Tablo 4. 5.</b> Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler, Güvenirlikler.....	26
<b>Tablo 4. 6.</b> Premenstrual Sendrom ve Alt Boyutları ile Somatizasyon Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	27
<b>Tablo 4. 7.</b> Ölçekler ve Alt Boyutları ile Yaş, Kilo, Boy Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	28
<b>Tablo 4. 8.</b> Medeni Duruma Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	29
<b>Tablo 4. 9.</b> Eğitim Durumuna Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	30
<b>Tablo 4. 10.</b> Gebelik Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	31
<b>Tablo 4. 11.</b> Doğum Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	32
<b>Tablo 4. 12.</b> Sürekli İlaç Kullanım Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	33
<b>Tablo 4. 13.</b> Sigara Kullanım Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	34
<b>Tablo 4. 14.</b> Ölçekler ve Alt Boyutları ile Adet Periyodu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	35
<b>Tablo 4. 15.</b> Adette Düzensizliğe Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	36

<b>Tablo 4. 16.</b> Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi .....	37
<b>Tablo 4. 17.</b> Çevredekilerin Değişikliği Fark Etme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi.....	38
<b>Tablo 4. 18.</b> Sorunların İş Ortamını Etkileme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi .....	39



## ŞEKİLLER TABLOSU

Şekil 1.1. Kadın Üreme Sistemi Fizyolojisi .....	9
--	---



## KISALTMALAR DİZİNİ

PMS : Premenstrual Sendrom

LH : Luteinize Edici Hormon

SPSS : Statistical Package for Social Science

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

PMSÖ : Premenstrual Sendrom Ölçeği

MMPI : Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

DSM – IV : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4

## 1. GİRİŞ

Kadınların yaşamlarının yaklaşık olarak 30–35 yılını kapsayan ve fizyolojik bir olay olan menstruasyon, her ay düzenli olarak tekrarlayan bir süreçtir. Menstruasyon, üremenin bir işareti olarak fertil dönem boyunca sürer [1, 2].

Premenstrual Sendrom (PMS), menstrual siklusun ikinci yarısında ortaya çıkan ve kadının yaşamını negatif yönde etkileyen fiziksel ve davranışsal semptomların tamamıdır. Kişinin yaşam kalitesini ve iş hayatını etkileyecek derecede olabilecek semptomlardan bir veya daha fazlasının dönemsel olarak tekrar etmesi ve bu tekrar sürecinin daha sonraki zamanlarda da tamamen semptomsuz bir periyot olarak izlemesidir [3]. Bu semptomlar adet başlangıcıyla veya adetin 2–3'üncü gününde sonlanmaktadır. Sendromun oluşumunu hormonal değişiklikler tetiklemektedir. Üreme çağındaki kadınların ortalama %40'ında PMS görülmektedir. %2–3 oranında ise ağır semptomlar mevcuttur. Premenstrual sendromun en yoğun yaşandığı dönem otuzlu yaşların ortalarıdır; fakat üreme çağında her yaşta görülebilir [4, 5]. PMS, menopoza öncesi kadınlar arasında en sık görülen sorunlardan biridir [6].

En sık görülen PMS semptomları abdominal şişkinlik, meme hassasiyeti, anksiyete, gerginlik, depresyon, yorgunluk, halsizlik, irritasyon, konsantre olmakta sıkıntı yaşama, ağlama nöbetleri, ani iştah değişimleri, özellikle ekstremitelerde ödemlerdir. Bu belirtiler genellikle 7-10 gün kadar sürer. Psikolojik semptomların yoğun yaşanmasından dolayı Amerika Psikiyatri Derneği bu sendromu “Premenstrual Disrofik Bozukluk” diye isimlendirmiştir [4]. Premenstrual sendrom belirtileri üreme çağındaki kadının karşılaştığı bir takım sorunlardır ve gündelik hayatı sekteye uğratmaktadır. PMS genellikle menarştan 2 yıl sonra başlamaktadır ve menopoza kadar devam edebilmektedir. Kadın üreme çağı boyunca; ortalama 460 siklus yaşamaktadır, her siklus yaklaşık olarak 4-6 gün sürmektedir. Hayatı negatif yönde etkileyen ciddi semptomlar yaşayan kadın doğurganlık çağı boyunca toplamda ortalama 9 yılı bu bozukluğun belirtileri ile geçirmektedir [7]. Kadın, yaşam süresi boyunca oldukça uzun bir süreci iş, arkadaş ve aile ortamı bakımından sıkıntı yaşayarak geçirmektedir. Ayrıca



eğitim d6neminde sıkıntılara, çalışma hayatında iş g6c6 kaybına, g6nl6k yaşamda verimliliğin azalmasına ve aktivitelerin kısıtlanmasına, sosyal yaşamda kişiler arasındaki ilişkilerin sekteye uğramasına neden olan 6nemli bir halk sağlığı sorunudur [4, 5, 8, 9].

Somatizasyon kavram olarak, fiziksel muayene ve tetkikler sonucunda, bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fiziksel belirtilerdir. Bireyde devam eden psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle açıklanmaya çalışılır. Bu belirtiler, bedensel bir hastalığa y6klenerek ve y6nlendirilerek tıbbi yardım aranır [10, 11]. Somatizasyon kişinin acı çekmesine ilave olarak, ailevi ilişkilerinin, sosyal ve mesleki yaşantısının da olumsuz etkilenmesine neden olur. Kişinin tedavi arayışına ilaveten sık sık psikiyatri dışı tıbbi yardım talebinde bulunarak hastalık araştırması, tedavisi için ciddi zaman kaybına neden olmakta ve ekonomik zarara uğratmaktadır. Lipowski, 6nemli bir halk sağlığı sorunu olarak g6rd6đ6 somatizasyonu “Tıbbın 6z6lmemiş Problemi” olarak tanımlamaktadır [11, 12].

Premenstrual Sendrom ve somatizasyon ilişkisi bakımından yapılan araştırmada ise PMS skoru y6ksek olan 6đrencilerde somatizasyon skoru da y6ksek çıkmıştır. Bu bakımdan PMS ve somatizasyon b6t6nc6l bir yaklaşımla ele alınmalıdır [13].

Çalışmamızda PMS yaşayan kadınların fiziksel ve psikolojik değerlendirilmesi yapılarak, PMS ile somatizasyon arasındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır.

### **Araştırmanın Soruları**

- Premenstrual Sendrom ile Somatizasyon arasında bir ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon 6leği ile demografik bulgular arasında ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon 6leği ile gebelik geçirme durumlarına g6re ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon 6leği ile alışkanlıklar arasında ilişki var mıdır?

- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon ölçeği ile adet özellikleri arasında ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon ölçeği ile çevredekilerin değişikliği fark etme durumları arasında ilişki var mıdır?
- Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon ölçeği ile sorunların iş ortamını etkileme durumlarına göre ilişki var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kadın Genital Sistem Anatomisi

İnsan vücudu hücrelerden oluşmaktadır. Hücreler dokuları, dokular organları, organlar sistemleri ve sistemlerden ise vücut meydana gelmektedir. Kadın ve erkek anatomileri arasındaki en belirgin fark ise üreme sistemlerindedir [14, 15]. Kadın üreme sistemi; pelvik taban tarafından desteklenen ve pelvik kavitede bulunan dış ve iç genital organlar olmak üzere iki kısımda incelenmektedir. Kadının iç ve dış genital organları, over hormonları olan estrogen ve progesteronun etkisi ile gerçekleşir. Bu gelişme kız çocuğu için anne karnında başlar ve kadının doğurganlık çağı boyunca devam eden bir süreçtir [2, 16, 17].

#### 2.1.1. Dış Genital Organlar

Dıştan görülebilen vulva veya pudendum femininum olarak isimlendirilebilen organlardır. Dış üreme organlarının büyüklüğü, rengi ve şekli, kadından kadına, yaş, doğurganlık durumu, ırk ve herediteye göre değişir [17].

**Mons Pubis:** Simfisis pubisin ön kısmında yer alan kabarık bölgedir. Mons pubis gevşek bağ dokusu ve derialtı yağ dokusundan oluşmaktadır. Bağ dokusunun gevşek olmasıyla ödem bu alanda birikir, gebelik hipertansiyonunun anlaşılmasına olanak sağlar. Mons pubisin, puberte döneminde üzeri kıllarla kaplanır [2, 16, 18].

**Labia Majör:** Mons pubisten başlayarak aşağı kadar uzanan yağ ve bağ dokusundan oluşan kıvrımdır. İki yüzeye sahip olan iki dudaktan oluşmaktadır. Dış yüzeyinde kıllarla kaplı pigmentli bir yapı varken iç yüzeyi düzdür. Labia minörler, uretral ve vajinal açıklığı korumakla görevlidir. Sinir ve damar yönünden oldukça zengindir. Labia majörün arka bölümünün içinde gömülü iki önemli bez vardır. Bartolin bezleri veya glandula vestibularis majör denen bu bezler vestibüle açılır. Salgıları cinsel ilişki

sırasında kayganlığı artırır [2, 16, 17].

**Labia Minör:** Labia majörün altında damar ve sinir yönünden zengin bir yapıdır. Kıl folikülleri, yağ tabakası içermezler. Ortalama 4 cm uzunluğundadır [2, 18].

**Klitoris:** Labia minörlerin üstte birleştiği kısımda yer alır. Erkekten penisin karşılığı olup kısa, silindirik, erektil bir organdır [17]. Damar ve sinir yönünden zengindir. Bu nedenle yırtık ve yaralanmalarda çok fazla kanamalara neden olur [2, 18].

**Vestibül:** Labia minörler açıldığında ortaya çıkan üçgen sahadır. Vestibül, üretra ve vajinaya açılır. Vestibül mukozası ince bir yapıda olduğundan kolay irrite olan bir yapıya sahiptir. İritasyonu önlemek için sıkı kıyafetlerden kaçınmalı, hijyenik ped seçiminde pamuklu kokusuz olmasına dikkat etmeli, bölgenin kuru ve temiz kalmasına özen gösterilmelidir [2].

**Kızlık Zarı (Himen):** Vajinal girişi bölgesel olarak örten, esnek bir mukoz membrandır. Nadiren kapalı da olabilen himen üzerinde menstrual dönemde kanın dışarıya akmasını sağlayan delikler bulunur. Nadiren himen kapalı olabilir. İmperfore himen denilen bu durumda menstruasyon kanı akmaz. Himenetomi ile müdahale edilerek kanın dışarı akıtılması gerekebilir [2].

**Bartolin Glandları:** Labia minör ve vajinanın her iki tarafında bulunan kanalları ile vestibüle açılan mukus üreten bezlerdir. Üretilen mukus cinsel ilişki sırasında kayganlığını sağlar. Sağlıklı bireyde ele gelmeyen bartolin glandları, vulvadaki en büyük salgı bezidir. Enfeksiyon durumunda ve kanal tıkanıkları sonucu kist oluşması durumlarında dışarıdan hissedilebilir [2, 17].

### 2.1.2. İç Genital Organlar

**Overler (Yumurtalıklar):** Overler uterusun her iki yanında bulunan ve tuba uterinaların fimbrial uçlarına yakın yerleşim gösteren organlardır. Şekil olarak bademe

benzeyen bir yapısı olan overler ortalama 4 cm boyunda, 2 cm genişliğinde ve 1 cm kalınlıkta ve 4–6 gr ağırlıktadır [2, 16].

*Overlerin iki görevi vardır;*

- Ovulasyon yapmak (yumurtanın olgunlaşarak overlerden atılmasını sağlamak).
- Hormon salgılamak: Üreme siklusunun gerçekleşmesinde hayati önemi olan kadınlık hormonu estrojen ve progesteron salgılamak [2].

**Tuba Uterinalar (Fallop Tüpleri):** Bir çift şeklinde overlerden uterusun üst yan köşelerine uzanan tuba uterinalar, ortalama 10 cm uzunlukta, 0,6 cm çapında ince ve uzun oluşumlardır. Tuba uterinalar, ovulasyonla birlikte overlerden atılan ovanın overlerden alınıp uterusa taşınmasını sağlayan kanallardır [2].

*Üç kısımdan oluşur [2].*

- **İnfundibulum:** Overlere en yakın olan kısımdır. Ovanın overlerden alınmasında görevi olan fimbria denilen saçak şeklindeki oluşumları ihtiva eder.
- **Ampulla:** Tuba uterinaların en geniş olan kısmıdır. Ampulla fertilizasyonun gerçekleştiği alandır.
- **İsthmus:** Tuba uterinaların en dar ve uterusla birleşimi sağlayan parçasıdır.

**Uterus (Rahim):** Mons pubis ve mesanenin arkasında, rektumun önünde anteversiyon pozisyonunda yer alır, iç kavitesi üçgen şeklindedir. Kalın, kaslı bir duvara sahip olan uterus armut şeklinde hareketli bir organdır. Uterus düzgün, sert ve simetrik bir organdır. Sertliğini etkileyen birçok etken vardır. Örneğin menstrual siklusun sekretuar fazında süngerimsi bir yapıda, gebelik döneminde yumuşak, menopozda daha serttir [2, 15]. 60 gr ağırlığında, 7-8-4 cm boyutlarındadır. Multipar kadınlarda 9 ve 6 cm'dir. Gebelikte büyür ve 1000 gr'a ulaşır. Fakat doğumdan sonra normal büyüklüğüne döner. Menopozdan sonra belirgin bir şekilde küçülür [2, 17].

*Dört kısımdan oluşur [2].*

- **Fundus:** Uterusun en üst kısmıdır. Tuba uterinaların istmus kısmı buraya bağlanır.
- **Korpus:** Fundus ile istmus arasındaki geniş bölgedir.
- **İstmus:** Uterusun aşağı doğru daralan kısmıdır.
- **Serviks:** İstmusun bitimiyle beraber uterusun alt kısmını oluşturur, 2,5-3 cm uzunluğundadır. Ortasında vajina ve uterus kavitesi arasındaki geçişi sağlayan servikal kanal bulunur. Bu kanalın uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os denir.

*Uterus duvarı üç katmandan oluşur [2, 16, 18].*

- **Parametrium:** Uterusun en dış tabakasıdır, periton denilen bir zar ile sarılıdır.
- **Myometrium:** Uterusun kan damarlarının geçtiği tabakasıdır. Üç farklı yönde yayılım gösteren düz kas yapıya sahiptir. Uterusun fundus kısmında oldukça kalın olan myometrium; istmus ve servikse gidildikçe incelir. Doğum sırasında kasılmayı sağlayan düz kas fibrinleri; serviksin incelmelerini, açılmasını ve fetusun uterustan atılmasına katkı sağlar. Ayrıca bu fibrinler doğum sonrasında kasılmayı sağlayarak damar ağzını da sıkıştırarak doğum sonrası kan kaybını önlerler.
- **Endometrium:** Uterus kavitesini çevreleyen en iç tabakadır. Yapı olarak özel bir bağ dokusuna sahip olan tabaka, salgı yapan epitellerden ve glandlardan oluşmuştur. Bu yapı fertil dönem boyunca devam eden; over hormonlarının etkisiyle kalınlaşarak değişime uğrar. 28 günde bir tekrarlayan bu sürece “Uterin Siklus” adı verilir. Epitel dokudan yapılan salgı alkali yapıdadır. Bu mukus; spermelerin asidik olan vajende yaşamalarını sağlar. Endometrium gebelikte değişikliğe uğrayıp “Desidua” adını alır. Doğumla birlikte dökülüp yenilenir.

**Vajina:** Uterus ve vulva arasındaki bağlantıyı sağlayan yaklaşık 8-10 cm uzunluğunda, 4 cm çapında, esnek bir kanaldır. Vajina mukozası estrogen ve progesteron hormonlarına tepki veren bir yapıdadır ve bundan dolayı ph’ı asidiktir. Bu asidik yapı vajenin enfeksiyonlara karşı savunma mekanizması görevini görür. Vajinanın iki önemli görevi vardır; doğumda fetüsün ve menstruasyon kanının dışarı akışını sağlamak ve cinsel ilişkiye olanak sağlamaktır [2, 16, 17].

## 2.2. Kadın Üreme Sistemi Fizyolojisi

Üreme siklusu; kadın hayatında görülen ilk adet kanaması ile (menarş) son adet kanaması (menopoz) arasındaki üremeye yönelik, hipotalamus, hipofiz ve overler arasındaki uyumlu endokrin çalışmanın sonunda, endometriumda ortaya çıkan farklılaşmalar sonucu meydana gelen adet kanaması ile karakterize bir döngüdür. İlk sırada genital sistem olmak üzere tüm organizmayı etkileyen belli sikluslar şeklindeki fiziksel ve ruhsal değişimlere “Menstrual Siklus” denir [19, 20].

Dişi üreme sistemi, erkekteki gibi devamlı değil; periyodik olarak devamlılık arz eder. Ergenlik döneminden başlayan bu değişikliklerin sonucunda endometrium periyodik olarak değişikliğe uğrar ve sonuç olarak uterus kanamayla endometriyum tabakası atılır. Menstrual akıntı; kan, mukoz ve lökositlerden oluşmaktadır. Menstruasyon ile kaybedilen kan miktarı ortalama 30–100 cc arasında değişmektedir. Kanama, ortalama olarak 2–6 gün devam eder ve bu durum ortalama 28 günde bir tekrar eder [20 – 24]. Kanamanın ilk günü yeni bir siklusun başlangıcını belirleyen klinik bir referans noktasıdır [2].

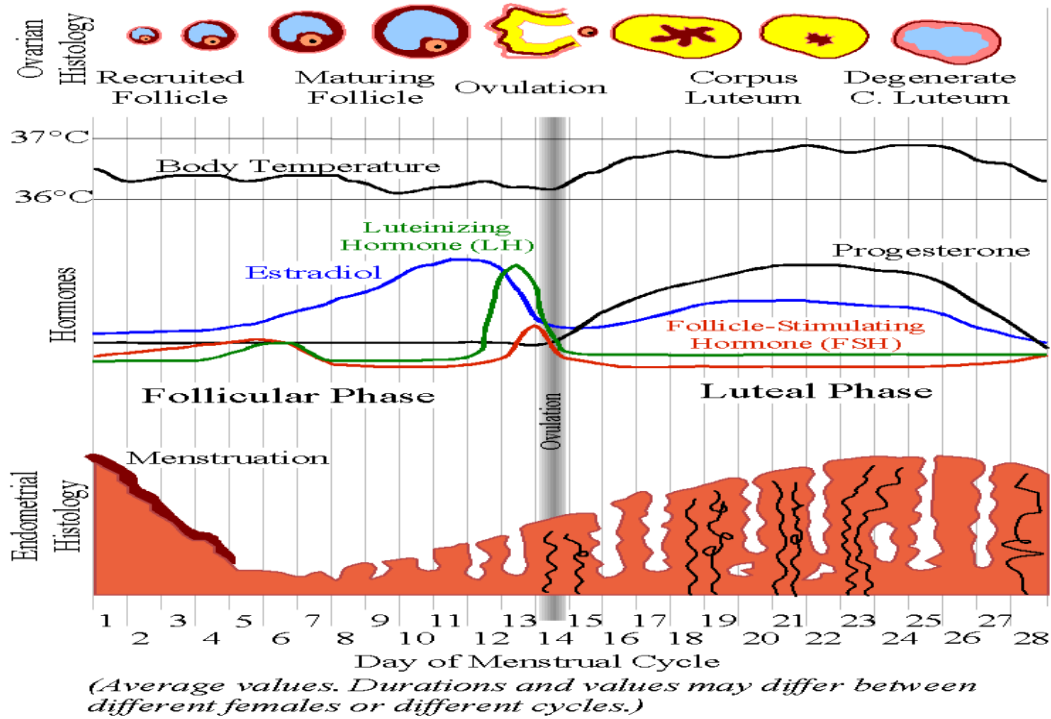
Menstrual siklus incelenen organa göre iki şekilde değerlendirilir; ovarial ve endometrial (uterin) siklus olarak adlandırılır [23, 24]. Ovarial siklus; foliküler ve luteal faz şeklinde incelenebilirken; Uterin siklus ise bunların karşılıkları olan sırasıyla proliferatif, sekretuar ve menstrual faz şeklinde incelenir [2, 25].

Ovulasyon ise östrojenin pik yapmasından 24–36 saat, luteinize edici hormon (LH) pikinden ise 10–12 saat sonra, siklusun ortalama olarak 14’üncü gününde oluşur. Foliküler fazın bitmesi luteal fazın başlangıcı demektir [22, 24, 25]. Bazı kaynaklarda ovulasyon ayrı bir faz olarak da incelenmektedir [22, 26].

Foliküler faz, menstrual kanamanın ilk gününde başlayan ve ovulasyona kadar devam eden bir süreçtir [2, 24]. Ortalama 10–14 gün sürer [24, 26, 27]. Total siklus süresini değiştiren en önemli faktör çoğunlukla foliküler faz süresinin değişkenliğidir [22, 24, 26]. Bu fazda overlerdeki folikül gelişimi tamamlanır ve gelişen folikül artarak

östradiol salgılamaya devam eder [22, 25, 27]. Bu dönemde endometrium proliferatif (foliküler) fazdadır [22, 26, 27]. Luteal faz, ovulasyondan menstruasyon başına kadar geçen süredir [22, 25, 27]. Genellikle bu dönem sabittir ve ortalama 14 gündür [22, 25, 27]. Ovülasyon ile foliküler faz boyunca östradiol üretiminden sorumlu olan dominant folikül, korpus luteuma dönüşmektedir [22, 25, 27]. Korpus luteum geçici bir endokrin organ görevi görür [23, 26]. Primer olarak progesteron salgılamaktadır [23, 25, 27]. Daha önceden östrojen tarafından uyarılmış endometrium, fertilize olmuş ovumun implantasyonu için uygun ortamı sağlar ve hazırlar [22, 25, 27]. Endometrium ise bu dönemde sekretuar faz dönemini yaşamaktadır [22, 25, 27].

Korpus luteum işlevini luteal fazın sonunda, ovulasyondan 9-11 gün sonra yitirmeye başlar [22, 24, 25]. Gebelik oluşmaz ve human korionik gonadotropin salgılanmaz ise progesteron ve östrodiol düzeylerinde ani düşüş olur [22, 23, 24, 25]. Korpus luteum gerilemeye başlar ve korpus albicans denilen skar dokusuna dönüşür [22, 26, 27]. Endometrium ise hormonal desteğin sona ermesinin sonucu olarak dökülür ve menstruasyon başlar [22, 25, 27].



**Şekil 1.1.** Kadın Üreme Sistemi Fizyolojisi [28]



### 2.3. Menstrual Siklusta Yaşanan Sıkıntılar

Jinekolojik problemlerin kadının genel yaşantısına ve en önemlisi de üreme sağlığına etkileri tartışılmaz. Bütün patolojilerde olduğu gibi jinekolojik problemler boyutunda da erken tanılama ve tedavi etmeye yönelik yaklaşımlar oldukça önemlidir [2].

Bu problemleri inceleyecek olursak;

#### 2.3.1. Premenstrual Sendrom (PMS)

Premenstrual Sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazında başlayan fiziksel, psikolojik sıkıntı ve/veya kadının sosyal ilişkileri boyutuna kadar varan, normal aktivitesini bozacak derecede önemli davranış değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır [29]. Bu dönemin dikkat çeken en önemli özelliği menstrual dönemle paralellik göstermesidir. PMS, menstrual döngüsünün geç luteal fazında (adetin 21-28'inci günleri) ortaya çıkmakta; premenstrual günlerde şiddeti giderek artmakta ve en yüksek düzeye ulaşmakta; daha sonra menstrual kanamanın başlaması ile hızla gerilemektedir [2].

Premenstrual Sendrom, üreme dönemindeki kadınların yaklaşık olarak %30–50'sini etkilemektedir [30, 31]. Robinson tarafından yapılan çalışmada kadınların %75–80'inin PMS yaşadıkları, bu kadınların % 10–15'inin çok hafif duyu durum değişikliği ve basit şikâyetler yaşadıkları, %2–5'inin ise sosyal yaşam, kişiler arası ilişkileri ve günlük aktivitelerinin ciddi boyutta etkilendiği saptanmıştır [32]. Ülkemizde hemşirelik bölümü öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada ise PMS sıklığının %17,2 olduğu tespit edilmiştir [31].

Kadınlarda PMS; psikolojik olarak yorgunluk, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon bozukluğu, uyku sürecinde farklılıklar, çabuk sinirlenme, gerginlik, çökkünlük, duyu durumda değişiklik şeklinde belirti vermektedir. Yapılan bir çalışma, PMS ile depresyon ve anksiyete arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur [33]. Bir başka

araştırmada ise, depresif bozukluk tanılı genç kızların premenstrual belirtilerinin, sağlıklı olan gruba göre daha şiddetli olduğu saptanmıştır. Depresif bozukluk şiddeti arttıka adet öncesi belirtilerin şiddetinde de doğru orantılı olarak artış gösterdiği belirtilmiştir [34].

PMS’de, fiziksel olarak ekstremelerde dem, konstipasyon, sıcak basması, memelerde hassasiyet, baş ağrısı ve akne gibi belirtiler mevcuttur [30, 31]. Bununla beraber tüm bu semptomların sonucu olarak bireylerde sosyal geri çekilme, cinsel istekte azalma görülebilmektedir. Bunlara ek olarak bazı bireylerin çalışma durumlarında ve okul performanslarında ciddi düzeyde bozulma olabilmektedir [35]. Ayrıca bazı kadınlarda olumsuz olan PMS belirtilerinin aksine daha düzenli bir yaşam tarzının yanı sıra postmenstrual döneme oranla hayattan daha fazla zevk alma, kendini daha enerjik ve daha iyi hissetme gibi olumlu değişikliklerin de olabileceği belirtilmektedir [31].

Bu dönemde sağlık eğitimi yaklaşımı olarak bireye bu durumun hayatı tehdit eden bir hastalık olmadığı konusunda danışmanlık yapılmalıdır [36]. Ayrıca farmakolojik olmayan yöntemler hakkında da bilgi verilmelidir. Özellikle düzenli egzersiz yapılmasının i sıkıntısını azaltarak rahatlama sağladığı boyutunda da bilgilendirilme yapılmalıdır. Konstipasyon, memelerde gerginlik ve şişlik gibi sorunların sıvı tutulumunun azaltılmasıyla birlikte daha az sıkıntıyla atlatılacağı anlatılmalıdır [36].

Ayrıca karbonhidratlı besinlerin, serotonin hormonunun salınımını artırıp PMS semptomlarını azaltabileceği düşünmektedir [30, 36]. Yapılan bir diğer çalışmada da, yine karbonhidrat tüketimi ile birlikte duygu durumunda belirgin bir iyileşme görüldüğü saptanmıştır [37]. Kadınlara premenstrual dönemde diyetlerine dikkat ederek az ve sık yemek yemeleri; az yağlı, alkolsüz ve kafeinsiz gıdaları tüketmeleri önerilmektedir [2, 36]. Farmakolojik tedavide ise, hekim önerisine göre analjezikler, diüretikler, trankilizanların alınması önerilebilmektedir [30].

### 2.3.2. Dismenore

Kelime anlamı olarak ‘‘Ağrılı Adet’’ olarak ifade edebileceğimiz bu durum ritmik olarak karnın orta alt hattından başlayarak, i kasık bölgesine yayılan ve bacakların st bölgelerine kadar devam eden şiddetli kramp tarzındaki durum şeklinde tanımlanmaktadır [38]. Bazen bu ağrıya bulantı, kusma, sık defekasyon gibi gastrointestinal rahatsızlıklar, bazı vakalarda baş ağrısı, emosyonel bozukluklar ve çarpıntı gibi problemler de eşlik edebilmektedir [39].

Kadınlar arasında oldukça yaygın olan dismenore oranının %50–90 arasında olduğu belirtilmektedir [40]. Bu durum kadındaki psikolojik, kültürel, sosyal ve fizyolojik nedenlerden kaynaklanabilmektedir [39]. Yapılan bir çalışma, dismenore yaşayan kadınların menstruasyon konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını; söz konusu durumun ayıp ve gizlenmesi gereken bir durum olduğu düşüncesine hakim kıldığını; buna bağlı olarak bu dönemi büyük bir korku ve ağrıyla atlattıklarını göstermiştir [38]. Yapılan başka bir çalışmada ise kentte yaşayan kadınların dismenoreye bağlı olarak yaşadığı iş gücü kaybının ve iş devamsızlığının kırsal alandaki kadınlara oranla daha fazla olduğu belirtilmektedir [41].

Dismenore primer ve sekonder olmak üzere iki başlık altında görülebilmektedir. Primer dismenorede altta yatan bir patoloji söz konusu değilken, sekonder dismenorede patolojik bir durum (myom, endometriozis, enfeksiyon, uterus – yumurtalık kist ve tümörleri gibi) söz konusudur. Bu gibi durumlarda nedene yönelik hareket edilerek patolojik faktör, cerrahi ya da tıbbi yöntemlerle ekarte edilir ve tedavi sonrasında hastanın dismenoresi azalır ya da tamamen kaybolur [41].

Sağlık eğitimi yaklaşımı olarak bireye lokal sıcak uygulamalar yada ılık banyo yapması, sıcak içecekler tüketmesi [2], aroma terapileri uygulaması (adaçayı, gl ve lavantadan) [20], düzenli egzersiz yapması (haftada en az 3 gün, 30–45 dakika) [40], düzenli uyku uyuması ve dengeli beslenmesi önerilmektedir [39].

#### 2.4. Menstrual Siklus Dönemi Hakkında Bilinmesi Gerekenler

Menstrual dönemde vajen ağzı bir miktar genişler. Ayrıca asidik olan serviks ve vajen ağzı ortamda kanın bulunmasından dolayı asidik özelliğini kaybeder ve kanın ortamda uygun bir besi yeri oluşturmasından dolayı enfeksiyona daha yatkın hale gelir [42, 43]. Cinsel ilişki sırasında vajen için zararlı bakteriler de taşınabilmektedir. Meni bazik bir yapıda olmasından dolayı vajen için ek bir yük olmaktadır [44]. Ayrıca hormonların etkisiyle serviks yapısı incelebilmekte ve vezikovajinal fistül (mesane ve vajina arasında geçit açılması) oluşması riskini artmaktadır [45].

Bir başka bilinmesi gereken konu ise hamilelik sonrası dönemdir. Bu dönemde siklus yaygın olarak düzensizleşir ve dengesizleşir. Hamilelik sonrası menstrual dönem birçok kadında 5–6 ay gecikebilmektedir [14].

Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir araştırmada (2014) menstrual dönem öncesi kadınların %40'ının fiziksel ve ruhsal sorunlardan bir ya da birkaçını yaşadığı belirtilmiştir. Bunlar %72,42 karında şişlik-ağrı, %46,41 gerginlik, %42,58 memede şişkinlik-ağrı, %34,46 baş ağrısı en sık görülen sorunlar olarak tespit edilmiştir [46]. Dinç ve Taşkın'ın (2010) üniversite öğrencileri üzerine yapmış oldukları bir çalışmada PMS düzeyleri incelenmiş; sporun PMS üzerine etkisinin olduğu ve düzenli spor yapan öğrencilerin sinirlilik hali, ilaç kullanımı, depresif duygulanım konusunda daha az sıkıntı yaşadıkları ve bununla beraber yaşa bağlı olarak bu duygu durum bozukluklarının da azaldığı tespit edilmiştir [47].

Çakmakçı ve arkadaşlarının Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulunda okuyan 30 adet bayan öğrenciye yaptıkları araştırmada (2005) menstruasyonun aerobik güce etkisi incelenmiş; sonuç olarak da Dinç ve arkadaşlarını destekler nitelikte menstruasyon öncesi ve menstruasyon dönemi arasında parametre olarak bir fark varmış gibi görünse de istatistiki açıdan anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Kısacası menstruasyonun, aerobik performans açısından olumsuz bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır [48].

Erdoğan tarafından yapılan başka bir çalışmada da (2013) genç kızlardaki primer dismenore ile beden kitle indeksi arasındaki ilişki incelenmiş; sonuç olarak ise genç kızların primer dismenore ve beden kitle indeksleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı olmadığı saptanmıştır. Ancak aynı araştırmadan elde edilen sonuçlara göre zayıf olanlarda dismenore görülme oranının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır [49].

## **2.5. Somatizasyonun Tanımı**

Somatizasyon kavramı olarak ilk kez 1925 yılında Stekel'in kitabında "Organsprache" kelimesiyle kullanılmıştır. Bundan 10 yıl sonra 1935'te Stekel'in kitabı gözden geçirilmiş, yeni baskısında "Somatizasyon" sözcüğü ilk kez kullanılmıştır. Ona göre somatizasyon, psikik çatışmaları ifade eden fiziksel belirtileri tanımlamaktadır [50, 51].

Kullanıldığı ilk günden itibaren kavram kargaşasına ve tartışmalara yol açan somatizasyon ile ilgili olarak tanım ve sınıflandırma yönünden üzerinde halen görüş birliğine varılabilmemiş değildir. Bazı kaynaklarda somatizasyon psikolojik sıkıntının bedensel bulgular biçiminde yaşanması ve tanımlanması olarak tanımlanmaktadır [52, 53, 54].

Bütün tanımlamalar içerisinde kullanılan ortak ifade somatizasyonun bedensel bir hastalık ile açıklanamayan fiziki belirtilerle seyrettiğidir. Psikososyal veya emosyonel sorunlar bedensel belirtilerle ifadelere yansıtılır ve bu belirtiler bedensel bir hastalığa yöneltilerek tıbbi yardım aranır [56]. Somatizasyon kişinin ağrı yaşamasına, ailesiyle olan ilişkilerinin, sosyal ve mesleki ilişkisinin bozulmasına neden olur. Lipowski, somatizasyonu olan kişiler için "Somatizör" kavramını kullanmıştır [12]. Ona göre, somatizörler sık sık psikiyatri dışı tıbbi yardım talebinde bulunarak, hastalık araştırması ve tedavisi için büyük ölçüde zaman kaybına ve ekonomik külfete sebep olmaktadır. Lipowski, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü somatizasyonu "Tıbbın Çözülmemiş Problemi" olarak tanımlamaktadır [12, 57].

**Somatizasyonun Epidemiyolojisi:** Somatizasyon bozukluğun genel toplumda görülme sıklığı %1,1 kadardır. Kadın / erkek oranı 10/1'dir. Bir yıllık prevalans ise % 0,07'dir. Genetik yatkınlık söz konusu olup antisosyal kişilik, alkol ve madde kötüye kullanımı sıkça eşlik edebilmektedir. Genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerde etkili olabilir. Bozukluğun birinci basamakta takip edilen hastalarda görülme sıklığı %5–10 arasındadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmalarında 12 aylık somatizasyon bozukluğu yaygınlığı kadınlarda %0,4 tespit edilmiş olup; kadınlarda erkeklerden 5–20 kat daha fazla olduğu görülmüştür [58].

Somatizasyonun kadınlarda daha sık görüldüğü görüşünü destekleyen çalışmalar vardır [59, 60]. Bazı kültürlerde erkeklerde farklı, kadınlarda farklı somatik belirtilerin olmasından kaynaklı, kadın ve erkekte somatizasyonun görülme sıklığı değişmektedir [61]. Türkiye'de somatik şikayetler ile başvuran vakaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu öne sürmüşlerdir [62].

Türkiye'de somatizasyonla ilgili çalışmalar sınırlıdır. Almanya, Danimarka ve Hollanda'da yaşayan Türk göçmenlerde yapılan araştırmalar; göç eden Türklerde depresif yakınmaları somatik ifadelerle anlatma eğiliminin yüksek bir oranda olduğunu ortaya koymuştur [63, 64]. Sayar ve Kirmayer'e göre somatizasyonla ilgili araştırmasının Ankara ayağında depresyon bozukluğu tanı ölçütlerini dolduran hastaların %95'inin sadece somatik (bedensel) yakınmalarla doktora başvurdukları görülmüştür [53, 55].

**Klinik bulgular:** Somatizasyon belirgin bir bozukluk ya da tanı kategorisinin ötesinde, belli hastalıkları işaret eden belirtilerden bir tanesi, geçici bir stres reaksiyonu, çeşitli psikiyatrik hastalıklara eşlik eden ya da psikiyatrik hastalığın ana belirtisi olarak ortaya çıkan tanımsal bir kavram olarak değerlendirilmelidir [52, 61]. Kirmayer ve arkadaşlarına göre en sık görülen bedensel belirtiler; kas – iskelet sistemi ağrıları, kulak – burun – boğazla ilgili yakınmalar, gastrointestinal belirtiler, karın ağrısı, halsizlik ve sersemliktir [65]. Katon ve arkadaşları ise toplumda en sık görülen bedensel belirtileri; baş ağrısı, yorgunluk ve karın ağrısı olarak bildirmişlerdir [66].

Reid ve arkadaşları sık hastane başvurusu olan 361 hastanın kayıtlarını incelemişler ve %27'sinde çok sayıda konsültasyona rağmen belirtilerin tıbbi olarak açıklanamadığını göstermişlerdir. Bu grupta karın ağrısı, göğüs ağrısı, baş ağrısı ve sırt / bel ağrısı açıklanmadan kalan belirtileri oluşturmaktadır [60].

### **Somatizasyon Bozukluğunda Genel Belirtiler [58]:**

Nervousness (gerginlik)	% 92	Anoreksiya	% 60
Sırt Ağrısı	% 82	Çarpıntı	% 60
Halsizlik	% 84	Baygınlık	% 56
Eklem Ağrısı	% 84	Adet düzensizliği	% 48
Baş Dönmesi	% 84	Aşırı adet kanaması	% 48
Eklem Ağrıları	% 84	Fobi	% 48
Yorgunluk	% 84	Cinsel ilgisizlik	% 48
Karın Ağrısı	% 80	Ağrılı İdrar	% 44
Bulantı	% 80	Afoni	% 44
Baş ağrısı	% 80	Kusma	% 32
Nefes Darlığı	% 72	Suisid düşünme	% 28
Göğüs Ağrısı	% 72	Ağız rektum ve vajinada yanıcı ağrı	% 28
Bir şey yapmadığı zaman kendini kötü hissetme	% 72	Umutsuzluk	% 28
Kabızlık	% 64	Kilo kaybı	% 28
Anksiyete	% 64	Anorgazmi	% 24
Depresif Duygular	% 64	Diyare	% 20
Görme Bozuklukları	% 64	Hamilelik Boyunca Kusma	% 20

### **Somatizasyon Bozukluğu Tanı Belirtileri:**

- **Dört Ağrı Semptomu:** En az 4 ayrı bölge ya da işlevle ilişkili ağrı öyküsünün olmasıdır (örneğin; baş ağrısı, karın, sırt, eklemler, ekstremiteler, göğüs, rektum, menstruasyon sırasında ağrı, cinsel ilişki sırasında ya da idrar yapma sırasında ağrı) [58].

- **İki Gastrointestinal Semptom:** Ağrı dışında en az iki farklı gastrointestinal belirti öyküsünün bulunmasıdır (örneğin; bulantı, şişkinlik, gebelik dışında kusma, diyare ya da birçok yiyeceğin dokunması) [58].
- **Bir Cinsel Semptom:** Ağrı dışında en az bir cinsel ya da üreme organlarıyla ilgili belirti öyküsünün bulunmasıdır (örneğin; cinsel ilgisizlik, erektil ya da ejakulatuvar işlev bozukluğu, düzensiz menstruasyonların olması, aşırı menstrual kanama, gebelik boyunca kusma) [58].
- **Bir Psödonörolojik Semptom:** Ağrıyla sınırlı olmayan ve nörolojik bir durumu düşündüren en az bir semptom ya da defisit öyküsünün bulunmasıdır (örneğin; koordinasyon ya da denge gibi konversiyon belirtiler, felç ya da belirli bir bölgede güç yitimi, yutma güçlüğü, afoni, üriner retansiyon, varsanılar, dokunma ya da ağrı duyumu yitimi, çift görme, körlük, sağırlık, kasılmalar, amnezi gibi disosiyatif semptomlar, bayılma dışında bilinç yitimidir) [58].



### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli**

Bu araştırma; Kars'ta çalışan hemşirelerin premenstrual dönem belirtileri ve somatizasyona yatkınlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için Kars İli Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik kurulundan etik onay alınmıştır (EK-I). Araştırma için ilgili kurumdaki; Premenstrual Sendrom ölçeği (EK-II) ve Somatizasyon ölçeği (EK-III) için Türkçeye uygulamış kişilerden gerekli izinler (EK-IV, EK-V) alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin kişisel haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hemşirelere, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek "*Aydınlatılmış Onam*" ilkesine uyulmuştur (EK-VI).

Hemşirelere araştırma aşamalarının her aşamasında araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "*Özerklik*" ilkesi, kişisel bilgilerin paylaşımından sonra korunacağı ifade edilerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" ilkesine dikkat edilmiştir. Araştırmaya katılanların kimliğinin ve elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı ve belirtilerek "*Kimliksizlik ve Güvenlik*" ilkesi yerine getirilmiştir [67].

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma; Nisan 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında Kars Kafkas Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Kars Kafkas Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2016 – 2017 yılları arasında çalışan 108 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi; örneklem alınma yoluna gidilmeden çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde bölgede çalışan 87 hemşire oluşturmuştur. Örneklem seçiminde herhangi bir seçim yöntemi kullanılmamış, araştırmanın yapıldığı süre boyunca çalışma kurumunda çalışan gönüllü ve ulaşılabilen hemşireler çalışmaya alınmıştır.

### 3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Verilerin toplanmasında hemşirelerin sosyo demografik özellikleri ve hemşireler hakkında genel bilgileri içeren, 24 sorudan oluşan, literatürler taranarak oluşturulmuş tanımlayıcı form (EK–VII) kullanılmıştır [68, 69, 70]. Oluşturulan bu formadaki sorular, bireyin tanıtıcı özelliklerini, alışkanlıklarını belirlemek amaçlı oluşturulmuştur. Ayrıca Premenstrual Sendrom (PMS) Ölçeği (EK–II) ve Somatizasyon Ölçeği (EK–III) kullanılmıştır.

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ); Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen, premenstrual belirtilerin şiddetini ölçebilmemize olanak sağlayan, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında; “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin; 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve ölçek toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. PMSÖ uygulanırken en önemli kriter bireyin “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumunu değerlendirmesiyle yapılmaktadır. Gençdoğan (2006) ölçeğinin güvenilirlik çalışması sırasında Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve 0,75 olarak bulunmuş; yapılan test

tekrar test analizinde korelasyon katsayısı 0,71 olarak elde edilmiştir, geçerlilik çalışmasında ise benzer bir ölçekle karşılaştırılma yapılmış ve ölçekler arası korelasyon 0,72 olarak belirlenmiş, yapılan faktör analizinde dokuz faktörlü yapı elde edilmiş ve bu faktörler toplam varyansın %71'ini açıklamıştır. Ayrıca bu faktör yapısının DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4)'deki fenomolojik yapıya uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 220'dir, en düşük puan 44'ür. Toplam puan yükseldikçe premenstrual sendrom belirtilerinin hissedilme yoğunluğu da yükselmekte olarak değerlendirilmektedir [71]. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,97 bulunmuş; güvenilirlik seviyesinin yüksek olduğu görülmüştür.

Somatizasyon ölçeği (EK-III), 33 maddeden oluşmuştur. Bu maddeler Minnestota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'nin somatizasyon bozukluğu ile ilgili olan maddeleri alınarak oluşturulmuştur. Dülgerler (2000) tarafından Somatizasyon Ölçeği'nin geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır [72]. Ölçekteki her ifadenin “doğru” ya da “yanlış” seçeneği vardır. Ölçeğin puanlaması yapılırken, 1 – 4 – 5 – 6 – 7 – 10 – 11 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 26 – 27 – 32 – 33 numaralı ifadeler “doğru” yanıtı verildiğinde 1 puan, “yanlış” yanıtı verildiğinde 0 puan, 2 – 3 – 8 – 9 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 17 – 28 – 24 – 25 – 28 – 29 – 30 – 31 numaralı ifadeler “yanlış” yanıtı verildiğinde 1 puan, “doğru” yanıtı verildiğinde 0 puan verilir. Doğru ve yanlış cevaplardan alınan puanlar toplanarak bir toplam puan elde edilir. Ölçekten alınan puanlar “0-33” arasında değişmektedir. Alınan puanların 33'e yaklaşması “Somatizasyon Bozukluğu”nu işaret eder. Ölçeğin kullanımında puanlara göre üç grup ve bir kesme puanı belirlenebilmektedir. Alt grup (1'inci grup) somatizasyon ölçeğinden 7 ve 7'nin altında puan alan grup, orta grup (2'nci grup) somatizasyon ölçeğinden 8 ile 17 arasında puan alan grup üst grup (3'üncü grup) somatizasyon ölçeğinden 18 ve 18'nin üstünde puan alan 3 grup olarak saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda somatizasyon ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak saptanmıştır. Somatizasyon ölçeği için 1'inci yarı alpha değeri 0,88 ve 2'nci yarı alpha değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Bu iki bölüm arasındaki korelasyon değeri  $r = 0,63$  olarak saptanmıştır. Tüm ölçeğin Gutman Split Half katsayısı 0,76, Spearman Brown katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur [72]. Bu çalışma için ölçeğin

cronbach alfa değeri 0,77 bulunmuş; güvenilirlik seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

- Bağımlı değişkenler
  - Premenstrual Sendrom ölçeği puanı
  - Somatizasyon ölçeği puanı
- Bağımsız değişkenler
  - Sosyo demografik özellikler
  - Gebeliğe ilişkin özellikler
  - Alışkanlıklara ilişkin özellikler
  - Adet özelliklerine ilişkin özellikler

### **3.7. Veri Toplama Süresi**

Çalışmanın verileri Nisan 2016 ve Nisan 2017 tarihlerinde toplanmıştır.

### **3.8. Çalışmada Kullanılan Testler**

Veriler IBM SPSS Statistics 23 paket programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum), kategorik değişkenler için ise sıklıklar (sayı, yüzde) verilmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçüm araçları (ölçek) ve alt boyutları için Cronbach Alfa güvenilirlik analizi uygulanmış ve güvenilirliklerin yüksek seviyede olduğu görülmüştür.

İstatistiksel test uygulanacak sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarını kontrol etmek için çarpıklık basıklık katsayıları incelenmiştir. İnceleme sonucu çarpıklık basıklık katsayılarının  $\pm 2$  aralığında olduğu görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Ancak karşılaştırmalarda gruptaki kişi sayısı 30'dan az olduğu durumlarda parametrik olmayan yöntemlerden de yararlanılmıştır.

İki bağımsız grup (örneğin; cinsiyet) arasındaki farklılıkları incelerken  $n > 30$  olanlar için Bağımsız Örneklem t Testi,  $n < 30$  olanlar için ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla bağımsız grup (örneğin; eğitim düzeyi) arasındaki farklılıklar ise Kruskal Wallis analizi ile incelenmiştir. Kruskal Wallis analizi sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını analiz etmek için ikili karşılaştırma yapılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmadan elde edilen veriler, hemşirelerin bireysel beyanları ile sınırlıdır. Kars Kafkas Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmanın yapıldığı tarihte orada görev yapan hemşireler ile yürütülmesi araştırmanın sınırlılığdır ve bu nedenle sadece bu gruba genellenebilir.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 4. 1.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

(n=87)	Ortalama ± Standart Sapma	Min.-Mak.
Yaş	23,29±5,939	17-49
Kilo	60,66±11,467	40-100
Boy	163,47±6,124	150-180
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	18	20,7
Bekar	69	79,3
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	25	28,7
Ön Lisans	38	43,7
Lisans	21	24,1
Yüksek Lisans	3	3,5

Çalışmaya katılan kişilerin yaş ortalaması 23,29±5,939 iken; en küçük yaştaki kişi 17, en büyük kişi ise 49 yaşındadır. Kilo ortalamaları 60,66±11,467 iken; en zayıf kişi 40, en ağır kişi ise 100 kg'dır. Boy ortalamaları 163,47±6,124 iken; en kısa kişi 150, en uzun kişi ise 180 cm'dir. %20,7'si evli ve %79,3'ü ise bekarıdır. %28,7'sinin eğitim durumu lise iken %43,7'sinin ön lisans, %24,1'inin lisans ve %3,5'ünün ise yüksek lisanslıdır.

**Tablo 4. 2.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Gebeliğe İlişkin Özelliklere Göre Dağılımlar

(n=87)	Sayı	Yüzde
<b>Gebelik Sayısı</b>		
Yok	73	83,9
1	6	6,9
2	4	4,6
3	3	3,4
4	1	1,2
<b>Doğum Sayısı</b>		
Yok	74	85,1
1	7	8,0
2	5	5,7
4	1	1,2
<b>Düşük Sayısı</b>		
Yok	82	94,3
1	5	5,7
<b>İstemli Küretaj</b>		
Yok	87	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin %83,9'unun daha önce gebeliği yok iken %6,9'unun 1 gebelik, %4,6'sının 2 gebelik, %3,4'ünün 3 gebelik ve %1,2'sinin ise 4 gebelik öyküsü vardır. %85,1'i doğum yapmamış iken %8'i 1 doğum, %5,7'si 2 doğum ve %1,2'si ise 4 doğum yapmıştır. %94,3'ünün düşük öyküsü yok iken %5,7'sinin ise 1 düşük öyküsü vardır. İstemli küretaj öyküsü olan yoktur.

**Tablo 4. 3.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Hastalık Öyküsü ve Alışkanlıklarına İlişkin Dağılımlar

(n=87)	Sayı	Yüzde
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>		
Hayır	77	88,5
Evet	10	11,5
<b>Sistemik Hastalık</b>		
Hayır	80	92,0
Evet	7	8,0
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Hayır	62	71,3
Evet	25	28,7
<b>Günlük Sigara Adedi</b>		
2	1	4,0
5	1	4,0
8	1	4,0
10	7	28,0
20	12	48,0
30	2	8,0
60	1	4,0
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Hayır	80	92,0
Evet	7	8,0
<b>Alkol Miktarı</b>		
Ayda 1 Kez	6	85,7
Ayda 2 Kez	1	14,3

Çalışmaya katılan kişilerin %88,5'i sürekli ilaç kullanmamakta iken, %11,5'i kullanmaktadır. %92'sinin sistemik hastalığı yok iken, %8'inin vardır. %71,3'ü sigara kullanmamakta iken, %28,7'si kullanmaktadır. %92'si alkol kullanmamakta iken, %8'i ise kullanmaktadır.

**Tablo 4. 4.** Çalışmaya Katılan Hemşirelerin Adet Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikleri

(n=87)	Ortalama ± Standart Sapma	Min.-Mak.
Adet Periyodu	28,07±4,020	21-50
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Adette Düzensizlik</b>		
Yok	63	72,4
Var	24	27,6
<b>Adette Ağrı</b>		
Yok	6	6,9
Hafif	22	25,3
Orta	28	32,2
Şiddetli	18	20,7
Çok Şiddetli	13	14,9
<b>Adet Döneminde Sorun Gidermek İçin Yöntem</b>		
İlaç	45	51,7
Egzersiz	9	10,3
Beslenmemi Düzenliyorum	4	4,7
Rahatsızlığım Olmadığından Bir Şey Yapmıyorum	20	23,0
Diğer	9	10,3
<b>Adet Öncesi Gerginlik Nedeniyle Doktora Gitme</b>		
Hayır	81	93,1
Evet	6	6,9
<b>Tedavi Verilme</b>		
Hayır	84	96,6
Evet	3	3,4
<b>Ailede Aynı Belirti*</b>		
Yok	39	44,8
Anne	20	23,0
Abla / Kız Kardeşi	31	35,6
Teyze / Hala	4	4,6
<b>Baş Etme Yöntemlerini Öğrenme Kaynağı*</b>		
Anne / Abla / Kız Kardeşi	39	44,8
Arkadaş	20	23,0
Sağlık Personeli	31	35,6
İnternet Medya	4	4,6
<b>Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumu</b>		
Hayır	56	64,4
Evet	31	35,6
<b>Çevredekilerin Değişikliği Farketme Durumu</b>		
Hayır	59	67,8
Evet	28	32,2
<b>Sorunların İş Ortamını Etkileme Durumu</b>		
Hayır	45	51,7
Evet	42	48,3

\*: Bu sorularda katılımcılar birden fazla cevap verebilmişlerdir.

Çalışmaya katılan kişilerin adet periyodu ortalaması 28,07±4,02 iken; adet periyodu en kısa olan kişi 21 gün, en uzun ise 50 gündür. %72,4'ü adette düzensizlik yaşamamakta iken %27,6'sı işe yaşamaktadır. %6,9'u adette ağrı yaşamamakta iken %25,3'ü hafif,



%32,2'si orta, %20,7'si şiddetli ve %14,9'u ise çok şiddetli ağrı yaşamaktadır. %51,7'si adet döneminde sorun gidermek için ilaç kullanmakta iken %10,3'ü egzersiz, %4,7'si beslenmeyi düzenleme, %23'ü rahatsızlık yaşamadığı için bir şey yapmamakta ve %10,3'ü ise diğer yöntemleri uygulamaktadır. %93,1'i adet öncesi gerginlik nedeniyle doktora gitmemekte iken %6,9'u ise gitmektedir. %96,6'sına bu nedenle tedavi verilmemiş iken %3,4'üne ise tedavi verilmiştir. %44,8'inin ailesinde aynı belirti yoktur. Annesinde aynı belirti olanların oranı %23; abla / kız kardeşinde aynı belirti olanların oranı %35,6; teyze / halada aynı belirtiden olanların oranı %4,6'dır. Baş etme yöntemlerini anne / abla / kız kardeşinden öğrenenlerin oranı %44,8'dir. Baş etme yöntemlerini arkadaşlarından öğrenenlerin oranı %23; sağlık personelinde öğrenenlerin oranı %35,6; internet / medyadan öğrenenlerin oranı %4,6'dır. %64,4'ünün yaşadığı sorunlar iş hayatını etkilememekte iken %35,6'sının etkilemektedir. %67,8'indeki değişikliği çevresindekiler fark etmemekte iken %32,2'sinde fark etmektedir. %51,7'sinde sorunlar iş ortamını etkilememekte iken %48,3'ünün etkilemektedir.

**Tablo 4. 5.** Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler, Güvenirlikler

(n=87)	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Mak.	Cronbach Alfa
<b>PMSÖ</b>	124,80	42,969	44,0	214,0	0,98
Depresif Duygulanım	21,18	8,244	7,0	35,0	0,95
Anksiyete	15,02	7,043	7,0	35,0	0,86
Yorgunluk	19,03	6,692	6,0	30,0	0,91
Sinirlilik	15,77	6,534	5,0	25,0	0,93
Depresif Düşünceler	17,62	7,770	7,0	35,0	0,91
Ağrı	9,23	3,621	3,0	15,0	0,83
İştah Değişimleri	8,86	4,009	3,0	15,0	0,90
Uyku Değişimleri	8,43	3,694	3,0	15,0	0,84
Şişkinlik	9,66	4,212	3,0	15,0	0,92
<b>Somatizasyon Ölçeği</b>	14,49	5,471	5,0	27,0	0,77

Çalışmaya katılan kişilerin Premenstrual Sendrom düzeyi  $124,80 \pm 42,97$ 'dir. Premenstrual Sendrom skoru en düşük olan kişi 44, en yüksek olan kişi ise 214'tür. Somatizasyon düzeyleri ise  $14,49 \pm 5,471$ 'dir. Somatizasyon skoru en düşük olan kişi 5, en yüksek olan kişi ise 27'dir.

Uygulanan Cronbach Alfa güvenilirlik analizi sonucunda Premenstrual Sendrom ölçeği ve alt boyutları ile Somatizasyon Ölçeğinin güvenilirlik seviyelerinin yüksek oldukları görülmüştür.

**Tablo 4. 6.** Premenstrual Sendrom ve Alt Boyutları ile Somatizasyon Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

(n=87)	Somatizasyon		
	r	r <sup>2</sup>	p
Premenstrual Sendrom	0,490	0,240	<b>0,000**</b>
Depresif Duygulanım	0,399	0,159	<b>0,000**</b>
Anksiyete	0,486	0,236	<b>0,000**</b>
Yorgunluk	0,500	0,250	<b>0,000**</b>
Sinirlilik	0,375	0,141	<b>0,000**</b>
Depresif Düşünceler	0,505	0,255	<b>0,000**</b>
Ağrı	0,364	0,132	<b>0,001*</b>
İştah Değişimleri	0,184	0,339	0,088
Uyku Değişimleri	0,365	0,133	<b>0,001*</b>
Şişkinlik	0,287	0,082	<b>0,007*</b>

\*\*: $p < 0,01$  \*\*\*: $p < 0,001$  r: Pearson Korelasyon

r	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	r= - ise negatif ilişki
0,30 – 0,69	Orta	
0,70 – 0,99	Yüksek	r= + ise pozitif ilişki
1,00	Mükemmel ilişki	

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda Somatizasyon Ölçeği skorları ile Premenstrual Sendrom Ölçeği, depresif duygulanım alt boyutu, anksiyete alt boyutu, yorgunluk alt boyutu, sinirlilik alt boyutu, depresif düşünceler alt boyutu, ağrı alt boyutu ve uyku değişimleri alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunmakta iken; şişkinlik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır. Somatizasyon Ölçeği skorları ile iştah değişimleri alt boyutu skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

**Tablo 4. 7.** Ölçekler ve Alt Boyutları ile Yaş, Kilo, Boy Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

(n=87)	Yaş			Kilo			Boy		
	r	r <sup>2</sup>	p	r	r <sup>2</sup>	p	r	r <sup>2</sup>	p
Premenstrual Sendrom	-0,071	0,005	0,512	0,043	0,002	0,692	-0,021	0,000	0,850
Depresif Duygulanım	-0,111	0,012	0,305	0,037	0,001	0,736	-0,062	0,004	0,571
Anksiyete	0,006	0,000	0,954	-0,027	0,001	0,803	-0,067	0,004	0,537
Yorgunluk	-0,036	0,001	0,741	0,116	0,013	0,284	-0,054	0,003	0,621
Sinirlilik	-0,134	0,018	0,215	0,064	0,004	0,558	0,084	0,007	0,437
Depresif Düşünceler	-0,051	0,003	0,642	-0,025	0,001	0,819	0,025	0,001	0,816
Ağrı	-0,166	0,028	0,125	0,102	0,010	0,346	-0,028	0,001	0,797
İştah Değişimleri	0,003	0,000	0,980	0,037	0,001	0,734	-0,007	0,000	0,947
Uyku Değişimleri	-0,066	0,004	0,546	-0,035	0,001	0,750	0,036	0,001	0,739
Şişkinlik	0,037	0,001	0,734	0,082	0,007	0,447	-0,069	0,005	0,523
Somatizasyon	-0,220	0,048	<b>0,041*</b>	-0,056	0,003	0,605	-0,094	0,009	0,388

\*: p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı) r: Pearson Korelasyon Katsayısı

r	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	r= - ise negatif ilişki
0,30 – 0,69	Orta	
0,70 – 0,99	Yüksek	r= + ise pozitif ilişki
1,00	Mükemmel ilişki	

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda Somatizasyon ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamaktadır (p>0,05).

**Tablo 4. 8.** Medeni Duruma Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Evli	18	121,06	36,978	-0,665	0,506
	Bekar	69	125,78	44,593		
Depresif Duygulanım	Evli	18	20,56	6,870	-0,341	0,733
	Bekar	69	21,35	8,604		
Anksiyete	Evli	18	14,44	6,671	-0,258	0,797
	Bekar	69	15,17	7,176		
Yorgunluk	Evli	18	18,50	4,768	-0,420	0,674
	Bekar	69	19,17	7,131		
Sinirlilik	Evli	18	14,56	6,564	-0,841	0,400
	Bekar	69	16,09	6,537		
Depresif Düşünceler	Evli	18	16,72	6,332	-0,241	0,809
	Bekar	69	17,86	8,128		
Ağrı	Evli	18	9,00	3,926	-0,322	0,748
	Bekar	69	9,29	3,565		
İştah Değişimleri	Evli	18	9,17	3,650	-0,416	0,677
	Bekar	69	8,78	4,119		
Uyku Değişimleri	Evli	18	8,00	3,236	-0,453	0,650
	Bekar	69	8,54	3,818		
Şişkinlik	Evli	18	10,11	3,596	-0,455	0,649
	Bekar	69	9,54	4,374		
Somatizasyon	Evli	18	12,33	4,899	-1,701	0,089
	Bekar	69	15,06	5,504		

*M.U.: Mann Whitney U*

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda evli ve bekarların Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4. 9.** Eğitim Durumuna Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	K.W.	p	Fark
Premenstrual Sendrom	1.Lise	25	128,72	41,422	3,204	0,201	-
	2.Ön Lisans	38	130,97	35,311			
	3.Lisans ve Üzeri	24	110,96	53,178			
Depresif Duygulanım	1.Lise	25	23,12	8,126	2,699	0,259	-
	2.Ön Lisans	38	21,26	7,417			
	3.Lisans ve Üzeri	24	19,04	9,374			
Anksiyete	1.Lise	25	15,16	6,835	1,935	0,380	-
	2.Ön Lisans	38	15,47	6,281			
	3.Lisans ve Üzeri	24	14,17	8,494			
Yorgunluk	1.Lise	25	19,76	6,180	5,446	0,066	-
	2.Ön Lisans	38	20,45	6,035			
	3.Lisans ve Üzeri	24	16,04	7,469			
Sinirlilik	1.Lise	25	16,00	5,781	2,926	0,232	-
	2.Ön Lisans	38	16,92	6,131			
	3.Lisans ve Üzeri	24	13,71	7,590			
Depresif Düşünceler	1.Lise	25	17,64	7,952	1,775	0,412	-
	2.Ön Lisans	38	18,61	7,273			
	3.Lisans ve Üzeri	24	16,04	8,395			
Ağrı	1.Lise	25	10,84	3,091	8,505	<b>0,014*</b>	p <sub>1</sub> =0,061 p <sub>2</sub> = <b>0,010*</b> p <sub>3</sub> =0,236
	2.Ön Lisans	38	9,05	3,304			
	3.Lisans ve Üzeri	24	7,83	4,072			
İştah Değişimleri	1.Lise	25	8,36	4,300	1,968	0,374	-
	2.Ön Lisans	38	9,55	3,888			
	3.Lisans ve Üzeri	24	8,29	3,884			
Uyku Değişimleri	1.Lise	25	8,32	3,794	4,071	0,131	-
	2.Ön Lisans	38	9,16	3,036			
	3.Lisans ve Üzeri	24	7,38	4,372			
Şişkinlik	1.Lise	25	9,52	4,584	3,363	0,186	-
	2.Ön Lisans	38	10,50	3,704			
	3.Lisans ve Üzeri	24	8,46	4,433			
Somatizasyon	1.Lise	25	14,48	5,149	6,407	<b>0,041*</b>	p <sub>1</sub> =0,193 p <sub>2</sub> =0,210 p <sub>3</sub> = <b>0,014*</b>
	2.Ön Lisans	38	15,89	5,356			
	3.Lisans ve Üzeri	24	12,29	5,457			

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı) K.W.: Kruskal Wallis Analizi

p<sub>1</sub>= Lise-Ön Lisans p<sub>2</sub>=Lise-Lisans ve Üzeri p<sub>3</sub>=Ön Lisans- Lisans ve Üzeri

Uygulanan Kruskal Wallis analizi sonucunda eğitim durumları arasında ağrı ve somatizasyon skorları anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre eğitim durumu lise olan kişilerin ağrı düzeyi, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu ön lisans olan kişilerin Somatizasyon düzeyi, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4. 10.** Gebelik Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Yok	73	127,68	44,478	-1,716	0,086
	Var	14	109,79	31,111		
Depresif Duygulanım	Yok	73	21,63	8,478	-1,261	0,207
	Var	14	18,86	6,678		
Anksiyete	Yok	73	15,56	7,219	-1,507	0,132
	Var	14	12,21	5,423		
Yorgunluk	Yok	73	19,29	6,977	-0,920	0,357
	Var	14	17,71	4,937		
Sinirlilik	Yok	73	16,29	6,531	-1,622	0,105
	Var	14	13,07	6,070		
Depresif Düşünceler	Yok	73	18,12	8,024	-1,186	0,236
	Var	14	15,00	5,831		
Ağrı	Yok	73	9,42	3,547	-1,203	0,229
	Var	14	8,21	3,965		
İştah Değişimleri	Yok	73	8,92	4,146	-0,203	0,839
	Var	14	8,57	3,322		
Uyku Değişimleri	Yok	73	8,68	3,840	-1,354	0,176
	Var	14	7,07	2,495		
Şişkinlik	Yok	73	9,77	4,370	-0,658	0,510
	Var	14	9,07	3,339		
Somatizasyon	Yok	73	14,99	5,410	-1,754	0,079
	Var	14	11,93	5,240		

*M.U.: Mann Whitney U*

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda gebelik durumlarına göre Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Somatizasyon Ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4. 11.** Doğum Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Yok	74	127,78	44,181	-1,905	0,057
	Var	13	107,85	31,488		
Depresif Duygulanım	Yok	74	21,68	8,429	-1,455	0,146
	Var	13	18,38	6,702		
Anksiyete	Yok	74	15,47	7,210	-1,285	0,199
	Var	13	12,46	5,562		
Yorgunluk	Yok	74	19,34	6,943	-1,134	0,257
	Var	13	17,31	4,889		
Sinirlilik	Yok	74	16,28	6,486	-1,696	0,090
	Var	13	12,85	6,256		
Depresif Düşünceler	Yok	74	18,08	7,977	-1,121	0,262
	Var	13	15,00	6,069		
Ağrı	Yok	74	9,45	3,527	-1,414	0,157
	Var	13	8,00	4,041		
İştah Değişimleri	Yok	74	8,96	4,133	-0,455	0,649
	Var	13	8,31	3,301		
Uyku Değişimleri	Yok	74	8,73	3,833	-1,719	0,086
	Var	13	6,69	2,136		
Şişkinlik	Yok	74	9,80	4,348	-0,841	0,400
	Var	13	8,85	3,363		
Somatizasyon	Yok	74	14,91	5,417	-1,474	0,141
	Var	13	12,15	5,383		

*M.U.: Mann Whitney U*

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda doğum durumlarına göre Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4. 12.** Sürekli İlaç Kullanım Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Hayır	77	124,08	43,467	-0,499	0,618
	Evet	10	130,40	40,602		
Depresif Duygulanım	Hayır	77	21,21	8,266	-0,027	0,979
	Evet	10	21,00	8,511		
Anksiyete	Hayır	77	14,78	7,194	-1,296	0,195
	Evet	10	16,90	5,705		
Yorgunluk	Hayır	77	18,91	6,858	-0,440	0,660
	Evet	10	20,00	5,437		
Sinirlilik	Hayır	77	15,55	6,437	-0,941	0,347
	Evet	10	17,50	7,367		
Depresif Düşünceler	Hayır	77	17,42	7,888	-0,900	0,368
	Evet	10	19,20	6,957		
Ağrı	Hayır	77	9,23	3,609	-0,114	0,909
	Evet	10	9,20	3,910		
İştah Değişimleri	Hayır	77	8,95	3,993	-0,542	0,588
	Evet	10	8,20	4,290		
Uyku Değişimleri	Hayır	77	8,45	3,744	-0,214	0,830
	Evet	10	8,20	3,458		
Şişkinlik	Hayır	77	9,58	4,250	-0,423	0,672
	Evet	10	10,20	4,077		
Somatizasyon	Hayır	77	14,53	5,256	-0,567	0,571
	Evet	10	14,20	7,254		

*M.U.: Mann Whitney U*

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda sürekli ilaç kullanım durumları arasında Premenstrual Sendrom Ölçeği ve alt boyutları ile Somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.



**Tablo 4. 13.** Sigara Kullanım Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Hayır	62	122,60	46,323	-1,084	0,279
	Evet	25	130,28	33,441		
Depresif Duygulanım	Hayır	62	20,66	8,411	-0,902	0,367
	Evet	25	22,48	7,827		
Anksiyete	Hayır	62	14,84	7,216	-0,579	0,563
	Evet	25	15,48	6,715		
Yorgunluk	Hayır	62	18,11	6,838	-2,016	<b>0,044*</b>
	Evet	25	21,32	5,829		
Sinirlilik	Hayır	62	15,16	6,685	-1,322	0,186
	Evet	25	17,28	6,004		
Depresif Düşünceler	Hayır	62	17,10	8,323	-1,330	0,184
	Evet	25	18,92	6,150		
Ağrı	Hayır	62	9,27	3,742	-0,118	0,906
	Evet	25	9,12	3,370		
İştah Değişimleri	Hayır	62	9,26	3,971	-1,439	0,150
	Evet	25	7,88	4,014		
Uyku Değişimleri	Hayır	62	8,47	3,891	-0,047	0,962
	Evet	25	8,32	3,224		
Şişkinlik	Hayır	62	9,73	4,286	-0,293	0,769
	Evet	25	9,48	4,104		
Somatizasyon	Hayır	62	13,87	5,097	-1,575	0,115
	Evet	25	16,04	6,141		

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı) M.U.: Mann Whitney U

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda sigara kullanım durumları arasında yorgunluk skorları anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre sigara kullanan kişilerin yorgunluk düzeyleri kullanmayan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4. 14.** Ölçekler ve Alt Boyutları ile Adet Periyodu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

(n=87)	Adet Periyodu		
	r	r <sup>2</sup>	p
Premenstrual Sendrom	0,065	0,004	0,549
Depresif Duygulanım	0,280	0,078	<b>0,009**</b>
Anksiyete	-0,046	0,002	0,669
Yorgunluk	0,039	0,002	0,718
Sinirlilik	0,087	0,008	0,423
Depresif Düşünceler	0,055	0,003	0,612
Ağrı	0,124	0,015	0,254
İştah Değişimleri	-0,092	0,008	0,394
Uyku Değişimleri	-0,146	0,021	0,177
Şişkinlik	0,005	0,000	0,964
Somatizasyon	0,015	0,000	0,892

\*\* :  $p < 0,01$  (İstatistiksel olarak anlamlı) r: Pearson Korelasyon Katsayısı

r	İlişki Düzeyi	İlişki Yönü
0,00	İlişki yok	
0,01 – 0,29	Düşük	$r = -$ ise negatif ilişki
0,30 – 0,69	Orta	
0,70 – 0,99	Yüksek	$r = +$ ise pozitif ilişki
1,00	Mükemmel ilişki	

Uygulanan korelasyon analizi sonucunda depresif duygulanım ile adet periyodu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü düşük düzeyde ilişki bulunmaktadır. Adet periyodu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4. 15.** Adette Düzensizliğe Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Yok	63	122,41	42,701	-0,959	0,337
	Var	24	131,08	43,951		
Depresif Duygulanım	Yok	63	19,95	7,962	-2,249	<b>0,024*</b>
	Var	24	24,42	8,256		
Anksiyete	Yok	63	14,76	6,803	-0,376	0,707
	Var	24	15,71	7,749		
Yorgunluk	Yok	63	18,51	6,294	-1,461	0,144
	Var	24	20,42	7,610		
Sinirlilik	Yok	63	15,49	6,613	-0,662	0,508
	Var	24	16,50	6,400		
Depresif Düşünceler	Yok	63	17,27	7,817	-0,785	0,432
	Var	24	18,54	7,735		
Ağrı	Yok	63	9,06	3,555	-0,889	0,374
	Var	24	9,67	3,830		
İştah Değişimleri	Yok	63	9,37	3,985	-1,834	0,067
	Var	24	7,54	3,845		
Uyku Değişimleri	Yok	63	8,57	3,753	-0,655	0,513
	Var	24	8,04	3,581		
Şişkinlik	Yok	63	9,43	4,321	-0,800	0,424
	Var	24	10,25	3,937		
Somatizasyon	Yok	63	14,38	5,151	-0,152	0,879
	Var	24	14,79	6,345		

\*:  $p < 0,05$  (İstatistiksel olarak anlamlı) M.U.: Mann Whitney U

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda adette düzensizlik yaşayan ve yaşamayan kişiler arasında depresif duygulanım bakımından anlamlı farklılık vardır. Buna göre adette düzensizlik yaşayan kişilerde depresif duygulanım düzeyi adette düzensizlik yaşamayan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4. 16.** Sorunların İş Yaşamını Etkileme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Premenstrual Sendrom	Evet	56	138,05	41,474	4,228	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	100,87	34,926		
Depresif Duygulanım	Evet	56	23,86	7,798	4,496	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	16,35	6,775		
Anksiyete	Evet	56	16,84	7,328	3,786	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	11,74	5,144		
Yorgunluk	Evet	56	20,86	6,323	3,651	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	15,74	6,137		
Sinirlilik	Evet	56	17,71	6,196	4,051	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	12,26	5,674		
Depresif Düşünceler	Evet	56	19,73	8,001	3,641	<b>0,000***</b>
	Hayır	31	13,81	5,689		
Ağrı	Evet	56	10,16	3,551	3,417	<b>0,001**</b>
	Hayır	31	7,55	3,150		
İştah Değişimleri	Evet	56	9,21	4,053	1,103	0,273
	Hayır	31	8,23	3,913		
Uyku Değişimleri	Evet	56	9,30	3,832	3,402	<b>0,002**</b>
	Hayır	31	6,84	2,853		
Şişkinlik	Evet	56	10,38	4,241	2,189	<b>0,031*</b>
	Hayır	31	8,35	3,895		
Somatizasyon	Evet	56	15,71	5,799	3,224	<b>0,002**</b>
	Hayır	31	12,29	4,043		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$  (İstatistiksel olarak anlamlı) t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda adette yaşadığı sorunlar iş yaşamını etkileyen ve etkilemeyen kişiler arasında Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri, şişkinlik ve somatizasyon düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre adette yaşadığı sorunlar iş yaşamını etkileyen kişilerin Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri, şişkinlik ve somatizasyon düzeyleri adette yaşadığı sorunlar iş yaşamını etkilemeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4. 17.** Çevredekilerin Değişikliği Fark Etme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	M.U.	p
Premenstrual Sendrom	Evet	59	137,08	40,891	-4,144	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	98,93	35,568		
Depresif Duygulanım	Evet	59	23,56	7,686	-3,890	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	16,18	7,160		
Anksiyete	Evet	59	16,73	7,223	-3,388	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	11,43	5,117		
Yorgunluk	Evet	59	20,81	6,271	-3,515	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	15,29	6,054		
Sinirlilik	Evet	59	17,71	6,014	-3,960	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	11,68	5,716		
Depresif Düşünceler	Evet	59	19,58	7,826	-3,541	<b>0,000***</b>
	Hayır	28	13,50	5,897		
Ağrı	Evet	59	10,05	3,540	-2,885	<b>0,004**</b>
	Hayır	28	7,50	3,203		
İştah Değişimleri	Evet	59	9,29	4,035	-1,380	0,168
	Hayır	28	7,96	3,873		
Uyku Değişimleri	Evet	59	9,03	3,723	-2,189	<b>0,029*</b>
	Hayır	28	7,14	3,341		
Şişkinlik	Evet	59	10,32	4,175	-2,168	<b>0,030*</b>
	Hayır	28	8,25	4,006		
Somatizasyon	Evet	59	15,80	5,681	-3,369	<b>0,001**</b>
	Hayır	28	11,75	3,807		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$  (İstatistiksel olarak anlamlı) M.U.: Mann Whitney U

Uygulanan bağımsız Mann Whitney U testi sonucunda adet dönemindeki değişiklikler çevresindekiler tarafından fark edilenler ve fark edilmeyen kişiler arasında Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri, şişkinlik ve somatizasyon düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre adette yaşadığı değişiklikleri çevresindekiler fark eden kişilerin Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri, şişkinlik ve somatizasyon düzeyleri adette yaşadığı değişiklikleri çevresindekiler fark etmeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

**Tablo 4. 18.** Sorunların İş Ortamını Etkileme Durumlarına Göre Ölçekler ve Alt Boyutların Farklılıklarının İncelenmesi

		Sayı	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Premenstrual Sendrom	Evet	45	140,20	42,474	3,707	<b>0,000***</b>
	Hayır	42	108,31	37,389		
Depresif Duygulanım	Evet	45	24,18	7,837	3,765	<b>0,000***</b>
	Hayır	42	17,98	7,501		
Anksiyete	Evet	45	17,07	7,518	2,947	<b>0,004**</b>
	Hayır	42	12,83	5,822		
Yorgunluk	Evet	45	21,22	6,360	3,337	<b>0,001**</b>
	Hayır	42	16,69	6,296		
Sinirlilik	Evet	45	18,27	6,239	3,997	<b>0,000***</b>
	Hayır	42	13,10	5,797		
Depresif Düşünceler	Evet	45	20,31	7,997	3,563	<b>0,001**</b>
	Hayır	42	14,74	6,447		
Ağrı	Evet	45	10,44	3,640	3,436	<b>0,001**</b>
	Hayır	42	7,93	3,150		
İştah Değişimleri	Evet	45	9,16	4,183	0,705	0,483
	Hayır	42	8,55	3,839		
Uyku Değişimleri	Evet	45	9,27	3,875	2,251	<b>0,027*</b>
	Hayır	42	7,52	3,300		
Şişkinlik	Evet	45	10,29	4,357	1,462	0,147
	Hayır	42	8,98	3,991		
Somatizasyon	Evet	45	15,60	5,921	1,985	0,051
	Hayır	42	13,31	4,729		

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$  (İstatistiksel olarak anlamlı) t: Bağımsız Örneklem T Testi

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkileyen ve etkilemeyen kişiler arasında Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri bakımlarından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkileyen kişilerin Premenstrual Sendrom, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri düzeyleri adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkilemeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri ile Tablo 4.2.'de çalışmaya katılan hemşirelerden elde edilen verilere göre; istemli düşükler %5 iken, kendiliğinden düşükler %14'dür. Çalışma grubunun bu özellikleri Türkiye kapsamında yapılan TNSA 2013 bulguları ile benzerlik göstermektedir [73].

Çalışmamız sonucunda sigara kullanan ve kullanmayan kişiler arasında yorgunluk skorları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Erbil ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada sigara kullanma durumunun PMS varlığını etkilediği ve PMS'ye neden olacağı düşünülmektedir [74]. Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada; öğrencilerin %7'sinin sigara kullandığı, Poyrazoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada, kadınların % 78,9'unun sigara içmediği; Erbil ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada da sigara kullanımının PMS olanlarda daha yüksek oranda gözlemlendiği ve sigara miktarı arttıkça PMS şiddetinde de aynı oranda artış olduğu saptanmıştır [68, 69, 74]. Kadınlarda zararlı alışkanlıkların PMS'yi artıran davranışlar arasında olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.4.'te adet dönemi ile ilgili özellikler incelendiğinde; çalışmaya katılan kişilerin adet periyodu ortalaması karşılaştırıldığında, Poyrazoğlu'nun (2010) çalışmasında ortalama siklus uzunluğu 27,1±4,1 gün olduğu; çalışmamızda %6,9'u adette ağrı yaşamamakta iken %25,3'ü hafif, %32,2'si orta, %20,7'si şiddetli ve %14,9'u ise çok şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Yine Poyrazoğlu'nun (2010) yaptığı çalışmada kadınların %74,5'i adet sırasında ağrısının olduğunu vurgulamıştır [69]. Çalışmamızda hemşirelerin adet dönemlerinde %93,1'inin dismenore yaşadığı belirlenmiş olup, diğer çalışmalar ile de benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kişilerin %89,7'ü egzersiz yapmadığını, Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada %37'sinin egzersiz yapmadığı, yine yapılan başka bir çalışmada %68'inin egzersiz yapmadığını bildirmiştir [68]. Literatürler ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmamasının nedeninin farklı örneklem gruplarında çalışılmış olması ile alakalı olabileceği düşünülmektedir.

Arıöz'ün (2009) yaptığı çalışmada; %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikâyetlerinin olduğu, %83'ünün dismenore yaşadığı belirtilmiştir [68]. Yapılan başka bir çalışmada; %45,2'si ise ailesinden en az birinin (anne / kız kardeş) menstrual yakınmaları yaşadığını belirtmiştir [75]. Yapılan başka bir çalışmada ise; annesinde PMS bulguları gözlenen kadınlarda PMS görülme sıklığı %60 oranında olduğu saptanmıştır [76]. Yapılan başka bir çalışmada da; %41,2 anne ve kız kardeşte PMS şikayetlerin olduğu belirtilmiştir [69]. Daşikan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında aile bireylerinden (anne, kız kardeş, kızı) premenstrual şikayeti olan kadınların (%34,1) menstrual dönem şikayetleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır [77]. Yine benzer bir çalışmada da; öğrencilerden %67'sinin anne veya kız kardeşinde PMS şikayetlerinin olduğunu vurgulanmıştır [78]. Yapılan başka bir çalışmada kadınların % 51,1'inin anne ya da kız kardeşinde adet ağrısı olduğu bulunmuştur [70]. Yapılan bir çalışmada da PMS'si olan kadınların %72,9'unun annelerinde de premenstrual semptomlar olduğunu ve PMS'si olmayanlar ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuştur [79]. Kişinin yaşam kalitesini etkileyen PMS'nin, genetik yatkınlığı ile ilişkisi olduğu sonucuna varılabilir [69].

Meşeci'nin (2017) yaptığı çalışmada çalışan kadınların %44,3'ü bu dönemde çalışma performansının etkilenmesinden şikayetçi olduğu vurgulanmıştır [80]. Sonuç olarak; PMS'nin, kişinin iş hayatını ve çalışma performansını olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. PMS belirtileri ile iş ortamının etkilenmesi arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Selçuk'un (2014) çalışmasında; öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması  $110,49 \pm 32,62$ 'dir [81]. Aba'nın (2018) çalışmasında PMS ölçeğinden alınan puan ortalaması ise  $122,14 \pm 32,60$  (44 – 214) olarak belirlenmiştir [82]. Bolat'ın (2010) çalışmasında sağlık çalışanlarının somatizasyon ortalaması  $9.70 \pm 5.84$ 'dir [83]. Yapılan başka bir çalışmada ise; tüm gruplarda ortalama somatizasyon skoru  $11,36 \pm 7,94$  olarak saptanmıştır [84].

Tablo 4.6.'da PMS ve alt boyutları ile somatizasyon arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Selçuk'un (2014) çalışmasında; PMS ölçeğinin premenstrual dönemde öğrencilerin



%53,3'ünde depresif duygulanım, %22,3'ünde anksiyete, %54,3'ünde yorgunluk, %63,6'sında sinirlilik ve şişkinlik, %33,2'sinde depresif düşünceler, %59,2'sinde ağrı, %64,1'inde iştah değişimleri yakınmalarının görüldüğü belirlenmiştir [81]. Aba ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada premenstrual dönemde öğrencilerin çoktan aza doğru %98,2'sinin yorgunluk, %95,5'inin depresif duygulanım, %93,4'ünün iştah değişimleri, %93,2'sinin sinirlilik, %92,2'sinin şişkinlik, %91,7'sinin anksiyete, %90,6'sının depresif düşünceler, %89,1'inin ağrı yaşadıkları belirlenmiştir [82]. Busch ve arkadaşlarının (1988) yaptıkları çalışmada, premenstrual dönemde kadınlarda kilo artışı %12,0, göğüslerde ağrı hassasiyet %15,9, genel şişlik %13,0 ve negatif duygulanım anksiyete %10,3, huzursuzluk %15,9, ruhsal değişim %20,4, depresyon %13,6, gerginlik %12,3 semptomlarından şikayet ettikleri belirlenmiştir [85]. PMS döneminde kadının fiziksel ve ruhsal birçok sıkıntı yaşadığı, bu durumdan kaynaklı olarak sosyal ve mesleki yaşantısı içerisinde olumsuz etkilendiği sonucuna varılabilir. Çalışmamız ile Selçuk'un (2014) araştırması karşılaştırıldığında; depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler boyutunda benzerlik gösteren sonuçlar elde edildiği; anksiyete, sinirlilik, ağrı, iştah değişimi ve şişkinlik arasında ise farklılıklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aba ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada kadınların daha yoğun şekilde PMS süreci atlattığı sonucu elde edilmiştir. Busch ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışma ile çalışmamız karşılaştırıldığında kadınlar PMS'den benzer yoğunlukta etkilenmediği görülmektedir. Yapılan çalışma arasında benzerlik bulunmamasının nedeni olarak çalışmanın farklı gruplar arasında yapılmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. PMS, kadının yaşamasını tehdit edici bir unsur olmamasına rağmen kadınların yaşam kalitesini, iş yaşamını ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Tablo 4.7.'de yaş ile somatizasyon arasındaki ilişki incelendiğinde, Özenli ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında öğrencilerin % 7,7'sinde somatizasyon görülmüştür [86]. Çalışmamız ile örtüşen sonuç ise genç yaşta öğrencilerde somatizasyon görülme sıklığı düşük düzeydedir.

Tablo 4.8'de medeni duruma göre dağılımlar incelendiğinde ise; Kirmayer ve arkadaşları (2004) çalışmasında tıbben açıklanamayan somatik belirtilerin, medeni

durum ile ilişkisinin anlamlı olmadığını belirtmiştir (65). Kebapçılar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da, medeni durum ve Premenstrual Sendrom belirtileri arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir [87].

Tablo 4.9.' da eğitim durumlarına göre dağılıma bakıldığında ise; Şahin ve arkadaşlarının çalışmasıyla örtüşür şekilde eğitim düzeyleri ve somatik belirtilerin ters orantılı olduğu görülmektedir [88].

Çalışmamızda gebelik durumlarına ve doğum durumlarına göre incelenen hemşirelerde anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Bu konuda literatür taramaları sonucu bir veriye ulaşamamıştır.

Karaca ve Peji'nin çalışmasındaki ilaç kullanma durumları incelendiğinde Premenstrual Sendrom yaşayan kadınlarda tamamlayıcı ilaçların yararlı olabileceği görüşü savunulmaktadır [89]. Çalışmamızla literatür sonuçları örtüşmemektedir. Sonuç farklılıklarının örneklem farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akdeniz ve Karadağ çalışmalarında, ruhsal bozukluğu olan kadınlarda; hastalık belirtileri, adet döngüsü ile dalgalanmalara uğradığı sonucuna varmışlardır [90]. Bir diğer çalışmada ise depresif bireylerin adet döngüsü sırasında Premenstrual Sendrom belirtilerini daha yoğun yaşadığı sonucu elde edilmiştir [91]. Çalışmamız sonucunda da depresif duygulanım ile adet periyodu arasında benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Literatürler ile çalışmamız benzer sonuçları elde etmiştir.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Sonuç olarak;

Çalışmaya katılan hemşirelerin; yaş ortalaması  $23,29 \pm 5,939$  olduğu, %20,7'si evli ve %79,3'ü ise bekar olduğu, %71,3'ü sigara kullanmadığı, %83,9'unun daha önce gebeliği olmadığı, %5,7'sinin 1 düşük öyküsü olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin PMS düzeyi  $124,80 \pm 42,969$ 'dur. PMS skoru en düşük olan kişi 44, en yüksek olan kişi ise 214'tür. Somatizasyon düzeyleri ise  $14,49 \pm 5,471$ 'dir. Somatizasyon skoru en düşük olan kişi 5, en yüksek olan kişi ise 27'dir.

Somatizasyon ile PMS arasında %49'luk pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Somatizasyon ile depresif duygulanma, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Somatizasyon ile yaş arasında %22'lik negatif yönlü ilişki bulunmaktadır.

Evli ve bekarların PMS ölçeği ve alt boyutları ile somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Eğitim durumları ile yorgunluk, ağrı ve somatizasyon skorları anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre eğitim durumu ön lisans olan kişilerin yorgunluk düzeyi, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu lise olan kişilerin ağrı düzeyi, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır. Eğitim durumu ön lisans olan kişilerin somatizasyon düzeyi, eğitim durumu lisans ve üzeri olan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Çalışmamıza göre gebelik yaşayan ve yaşamayan kişiler arasında PMS ölçeği ve alt boyutları ile somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Yapılan çalışmamızın sonucunda doğum geçiren ve geçirmeyen kişiler arasında iştah değişimleri bakımından anlamlı farklılık vardır. Buna göre doğum geçirmeyen kişilerden iştah değişimleri düzeyi, doğum geçiren kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Sürekli ilaç kullanan ve kullanmayan kişiler arasında PMS ölçeği ve alt boyutları ile somatizasyon ölçeği skorları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Sigara kullanan ve kullanmayan kişiler arasında yorgunluk skorları anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre sigara kullanan kişilerin yorgunluk düzeyleri kullanmayan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Depresif duygulanım ile adet periyodu arasında %28'lik pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Adet periyodu ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamaktadır.

Adette düzensizlik yaşayan ve yaşamayan kişiler arasında depresif duygulanım bakımından anlamlı farklılık vardır. Buna göre adette düzensizlik yaşayan kişilerde depresif duygulanım düzeyi, adette düzensizlik yaşamayan kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Adet dönemindeki değişiklikleri çevresi tarafından fark edilenler ve fark edilmeyenler arasında tüm ölçek ve alt boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre adette yaşadığı değişiklikler çevresindekiler tarafından fark edilen kişilerin PMS, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, şişkinlik ve somatizasyon düzeyleri, adette yaşadığı değişiklikleri çevresindekiler tarafından fark edilmeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Çalışmamız sonucunda adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkileyen ve etkilemeyen kişiler arasında PMS, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri bakımlarından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Buna göre adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkileyen kişilerin PMS, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri düzeyleri, adette yaşadığı sorunlar iş ortamını etkilemeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- Eğitimi seviyesi düşük olanlar PMS yönünden değerlendirilmeli ve risk grubu olarak öncelikli ele alınmalıdır.
- Anne ve kız kardeşlerinde dismenore ve adet düzensizliği olanların PMS bakımından bilgilendirilerek farkındalığı artırılmalıdır.
- Menstruasyonun normal bir durum olduğu; ancak PMS'nin bir sorun olduğu; gerektiğinde uzmana başvurma bilinci kazandırılmalıdır.
- Öfke kontrol sorunu yaşayan kadınlar, PMS semptomları ile baş edebilmeleri için desteklenmelidir.
- PMS semptomlarıyla baş etme eğitimleri stres yönetimi, egzersiz ve beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik planlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında PMS ile baş etme eğitimi bilgilerini içeren eğitim kitapçığı, broşür gibi materyallerin bulundurulmalı ve sağlık çalışanları dahil, PMS problemi olan tüm kadınlara verilmelidir.
- PMS ile baş etmeye yönelik yeni araştırmalar planlanmalı, araştırmaların izlem ve danışmanlık hizmetlerini içermesi sağlanmalıdır.
- Araştırmacıların, PMS neden ve sonuçlarına yönelik epidemiyolojik ve müdahale çalışması yapması önerilir.
- Araştırmacıların, PMS yaşayan kadınlarla ilgili çalışma yaparken somatizasyon bakımında da veri toplaması önerilir.

## 6. KAYNAKLAR

- [1] Gençdoğan, B., (2006). Premenstrual Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. Türkiye’de Psikiyatri. 8(2), 82–6.
- [2] Taşkın, L., (2015). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İstanbul, p. 43-53.
- [3] Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gurgan, T., Önderoğlu, S.L., Yaralı, H. ve Yüce, K., (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, p. 851-61.
- [4] Günalp, S. ve Tuncer, S., (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara, p. 391-392.
- [5] Carey, C.J. and Rayburn, W.F., (2006). Çeviri; Güner, H. Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Kitapevi Ltd. Şti., Ankara, p.301-5.
- [6] Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E., Bendich, A., Johnson, S.R., Willett, W.C. and Manson, J.E., (2005). Calcium and Vitamin D Intake and Risk of Incident Premenstrual Syndrome. Arch Intern Med, 165(11), 1246–51.
- [7] Süer, N., (2008). Jinekoloji: Premenstrual Sendrom. Göztepe Tıp Dergisi, 23(3), 76-80.
- [8] Kırçan, N., Ergin, F., Adana, F. ve Arslantaş, H., (2012). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevelansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 13, 19-25.
- [9] Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A. and Sattar, K., (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) – A Systematic Review and Meta-Analysis Study. J Clin Diagn Res, Feb; 8(2), 106–9.
- [10] Yavuz, M., Erdur, B., Işık, M., Boğday, H., İnce, H. E., Kök, Ö. ve Önal Sönmez, A., (2019). Ergenlerde Somatizasyonun Aleksitimi ve Ruhsal Sorunlarla İlişkisinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20(3), 321-326.
- [11] Sağduyu, A., (1994). Somatizasyon Nedir? Türk Psikiyatri Dergisi, 5(4), 257-264.
- [12] Lipowski, Z.J., (1987). Somatization: Medicine’s Unsolved Problem, Psychosomatics, 28:294-297.
- [13] Babacan Gümüş, A., Bayram, N., Can, N. ve Kader, E., (2012). Üniversite Öğreniminde Premenstrual Sendrom ve Somatizasyon: İlişkisel Bir İnceleme. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt 13, Sayı 1, s32-38.
- [14] Tuncel, N., Aydın, S. ve Zeytinoğlu, M., (2006). İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi. Eskişehir, 243-268.

- [15] GATA Cerrahi Tıp Bilimleri Kadın Hastalıkları AD., <http://www.gata.edu.tr>, (20.03.2019).
- [16] Gedik Sinop, A., (2016). Adölesanlara Verilen Planlı Eğitimin Menstruasyon ve Genital Hijyen Davranışına Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Birimleri Enstitüsü, Ankara.
- [17] Kızılkaya Beji, N., (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 70-75.
- [18] Cangöl, E., ve Tokuç, B., (2010). Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne Jinekolojik Muayene İçin Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyonların Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
- [19] Çataklı, F., Adet Dönemi ve Problemleri, <http://www.jinekoloji.gen.tr>, (10.03.2019).
- [20] Tuncel, N., Aydın, S. ve Zeytinoğlu, M., (2006). İnsan Anatomisi ve Fizyolojisi. Eskişehir, 243-268.
- [21] Han, S.H., Hur, M.H., Buckle, J., Choi, J. and Lee M.S., (2006). Effect of Aromatherapy on Symptoms of Dysmenorrhea in College Students: A Randomized Placebo-Controlled Clinical Trial.
- [22] Oral, E. ve Kumbak, B., (2006). Normal Menstrual Siklus Folikülogenez – Ovulasyon – Menstruasyon, Jinekoloji. Ankara, 78- 94.
- [23] Ünlü, C. ve Berker, B., (2006). Adet Siklusu, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İstanbul, 9- 19.
- [24] Palter, S.F. and Olive, D.V., (2004). Üreme Fizyolojisi, Novak Jinekoloji. İstanbul, 149-172.
- [25] Guyton, A.C. and Hall, J.E., (2005). Female Physiology Before Pregnancy and Female Organs: Textbook of Medical Physiology. 1011- 1015.
- [26] Soeroff, L. and Fritz, M.A., (2005). Regulation of Menstrual Cycle, Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Philedelphia, 187- 231.
- [27] Brunnton, L.L., Lazo, J.S. and Parker, K.L., (2006). Hormones and Hormone Antagonists, Estrogens and Progestins, Section XII, Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics. McGraw Hill, 1541-1572.
- [28] <http://www.newworldencyclopedia.org>, (08.06.2019).

- [29] Karaca Palas, P., Kızılkaya Beji, N., (2015). Premenstrual Sendromun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 3, Sf: 179.
- [30] Berkman, S. ve Topuz, S., (2004). Jinekolojik Üroloji. Jinekoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 97-100.
- [31] Karaçavuş, M., Cebeci, D., Bakırcı, M. ve Hayran, O., (1997). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom. T. Klin. Tıp Bilimleri.
- [32] Robinson, G.E., (2002). The Problem with Premenstrual Syndrome. Canadian Family Physician.
- [33] Lane, T. and Francis, A., (2003). Premenstrual Symptomatology, Locus of Control, Anxiety and Depression in Women with Normal Menstrual Cycles, Arch Womens Ment Health.
- [34] Korkmaz-Çetin, S., Akdeniz, F. ve Tamar, M., (2005). Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sivas, Vol. 6, Iss. 3, 145-153.
- [35] Gürel, H., Atar, G.S. ve Karayel, M., (1998). Genç Kızlarda Premenstrual Semptomların Sıklığı ve Okul Hayatı ile Depresyon Üzerine Etkisi. Türk Fertilite Dergisi.
- [36] Steiner, M., (2000). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Guidelines for Management. Journal of Psychiatri Neuroscience.
- [37] Oliver, K.L. and Davies, G.J., (2005). Diet, Lifestyle Factors and Symptoms of Premenstrual Syndrome. Nutrition and Food Science.
- [38] Çepni, İ., (2005). Dismenore. Adölesan Sağlığı Sempozyumu Dizisi, 43, 151-157.
- [39] Wang, L., Wang, X., Wang, W., Chen C., Ronnennberg, A.G., Huang, A., Fang, Z., Zang, T., Wang, L. and Xu, X., (2004). Stress and Dysmenorrhoea: A Population Based Prospective Study.
- [40] Jun, E., Chang, S., Kang, D. and Kim, S., (2007). Effects of Acupressure on Dysmenorrhea and Skin Temperature Changes in College Students: A Non-randomized Controlled Trial. International Journal of Nursing Studie.
- [41] Avasarala, A.K. and Panchangam, S., (2008). Dysmenorrhoea in Different Settings: Are the Rural and Urban Adolescent Girls Perceiving and Managing the Dysmenorrhoea Problem Differently? Indian Journal of Community Medicine.
- [42] Wilson, M., (2005). Microbial Inhabitants of Humans: Their Ecology and Role in Health and Disease. Cambridge University Press.



- [43] Howard, F.M., (2000). Pelvic Pain: Diagnosis and Management. Lippincott Williams & Wilkins.
- [44] Leppaluoto, P.A., (2011). Bacterial Vaginosis: What is Physiological in Vaginal Bacteriology? An Update and Opinion. Acta Obstet Gynecol Scand, 90:1302-1306.
- [45] Sharma, S.K., Madhusudnan, P., Kumar, A. and Bapna, B.C., (1987). Vesicovaginal Fistulas of Uncommon Etiology.
- [46] T.C. Sağlık Bakanlığı, (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara.
- [47] Dinç, Ö. ve Taşgın, Ö., (2010). Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi. Karaman.
- [48] Çakmakçı, E., Sanioğlu, A., Patlar, S., Çakmakçı, O. ve Çınar, V., (2005). Menstruasyonun Anaerobik Güce Etkisi. Sportmetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, Konya, III(4): 145-149.
- [49] Erdoğan, M., (2013). Genç Kızlarda Primer Dismonere ve Vücut Kitle İndeksi. Aydın.
- [50] Mai, F., (2004). Somatization Disorder: A Practical Review. Canadian Journal of Psychiatry, 49: 652-662.
- [51] Marin, C. and Carron, R., (2002). The Origin of the Concept of Somatization. Psychosomatics, 43:249-250.
- [52] Lipowski, Z.J., (1998). Somatization: The Concept and Its Clinical Application. Am J Psychiatry, 145(11):1358-1368.
- [53] Sayar, K. ve Ak, I., (2001). The Predictors of Somatization: A Review. Clinical Psychopharmacology Bulletin, 11(4):266-271.
- [54] Kirmayer, L.J. and Young, A., (1998). Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological and Ethnographic Perspectives. Psychosom, 60:420-430.
- [55] Simon, G.E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C. and Ormel, J., (1999). An International Study of the Relation Between Somatic Symptoms and Depression. p. 341:1329-1335.
- [56] Ford, C.V., (1986). The Somatizing Disorders. Psychosomatics, 27(5):327-333.
- [57] Sağduyu, A., (1994). Somatizasyon Nedir? Türk Psikiyatri Dergisi, 5(4):257-264.
- [58] Çevik, A., (2018). Somatoform Bozukluklar. Ankara, [https:// acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=19463](https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=19463), (19.04.2019).

- [59] Sayar, K., (2002). Tıbben Açıklanamayan Belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(3):222-231.
- [60] Reid, S., Wessely, S., Crayford, T. and frd., (2001). Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attenders of Secondary Health Care: A Retrospective Cohort Study. 322:1-4.
- [61] Lipowski, Z.J., (1986). Somatization: A Borderland Between Medicine Psychiatry. p. 135:609-61.
- [62] Köroğlu, E. ve Güleç, C., (1997). Psikiyatri Temel Kitabı, Somatoform Bozukluklar. Ankara, Cilt 1, 389-421.
- [63] Akbıyık, D.I., Mendel, E.G., Önder, M.E. ve Cording, C., (1999). Almanya'da Yaşayan Türklerde Göçmen Olmanın Depresyon ve Somatik Semptomlar Üzerine Etkisi. Kriz Dergisi, 7(2):25-29.
- [64] Ekşi, A., (2002). Sığınmacı ve Göçmenlerde Psikopatoloji. Türk Psikiyatri Dergisi, 13(3):215-221.
- [65] Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J. and Dao, M.D., (2004). Explaining Medically Unexplained Symptoms. Canadian Journal of Psychiatry, 49(10):663-669.
- [66] Katon, W., Sullivan, M. and Walker, E., (2001). Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. p. 917-925.
- [67] Bayık, A., (2002). Hemşirelik Araştırmalarında Etik, Hemşirelik Araştırma İlke ve Süreç ve Yöntemler. Ofset, Baskı 27, İstanbul.
- [68] Aröz, A., (2009). Premenstrual Sendrom (PMS) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde PMS Semptomlarının Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Eğitimin Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- [69] Poyrazoğlu, S., (2010). Kayseri İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Premenstrual Sendrom Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- [70] Çatakoğlu, H., (2016). 25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.
- [71] Gençdoğan, B., (2006). Premenstruel Sendrom için Yeni Bir Ölçek. Türkiye'de Psikiyatri, Cilt 8, Sayı 2, Sf. 81, 87.

- [72] Dülgerler, Ş., (2000). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir.
- [73] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). Ankara, Yayın nu: NEE-HÜ.14.01, Sf. 20-21.
- [74] Erbil, N., Karaca, A. ve Kırış, T., (2010). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Turk J Med Sci, 40 (4): 565-573.
- [75] Derya, Y.A., Erdemoğlu, Ç. ve Özşahin, Z., (2019). Üniversite Öğrencilerinde Menstrual Semptom Yaşama Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya.
- [76] Akmalı, N., (2017). Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Bursa.
- [77] Daşkan, Z., Taş, G. ve Sözen, G., (2014). Ödemiş Bölgesindeki Kadınlarda Yaşanan Perimenstrual Şikayetler ve Etkileyen Faktörler. J Turk Soc Obstet Gynecol, 2014;2:98-104.
- [78] Arıöz, A. ve Ege, E., (2013). Premenstrual Sendrom Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde, Semptomların Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Eğitimin Etkinliği. Genel Tıp Dergisi, 23(3):63-9.
- [79] Önal, B., (2011). Premenstrual Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.
- [80] Meşeci, E., (2017). Çalışan Türk Kadınlarında Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, İstanbul, 48(4):152-156.
- [81] Selçuk, K.T., Avcı, D. ve Yılmaz, F.A., (2014). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Journal of Psychiatric Nursing, 5(2):98-103.
- [82] Aba, Y.A., Ataman, H., Dişsiz, M. ve Sevimli, S., (2018). Genç Kadınlarda Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. İstanbul.
- [83] Bolat, T., (2010). Bir Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin Kişilik Özelliklerinin Somatizasyon Belirtileri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

- [84] Tarık, H., (2014). Fonksiyonel Dispepsi Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Aleksitimi, Bağlanma, Sosyal Destek ve Somatizasyonun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- [85] Busch, C.M., Costa, P.T., Whitehead, W.E. and Heller, B.R., (1988). Severe Perimenstrual Symptoms: Prevalence and Effects on Absenteeism and Health Care Seeking in a Non-Clinical Sample. *Women and Health*.
- [86] Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K. ve Özçürümez, G., (2009). Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Adana, 10:131-136.
- [87] Kebapçılar, A.G., Taner, C.E., Başoğul, Ö. ve Okan, G., (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, İzmir, Cilt 26, Sayı 3, Sf.111-114.
- [88] Şahin, M.E., Özer, C., Dağdeviren, N., Şahin, Ö. ve Aktürk, Z., (2001). Birinci Basamakta Somatizasyon Bozukluğuna Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimleri Dergisi*, Sf.0101.
- [89] Karaca Palas, K., Kızılkaya Beji, N., (2015). Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 178-186.
- [90] Akdeniz, F. ve Karadağ, F., (2006). Adet Döngüsünün Duygu Durum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi*, İstanbul-İzmir, 17(4), 296-304.
- [91] Yılmaz, M.F., Başterzi, A.D., Özsin, E., Acar Tot, Ş., Yazıcı Ertekin, A. ve Yazıcı K., (2016.) Adet Döngüsü İki Uçlu Bozukluklu Hastaları mı, Unipolar Depresyonlu Hastaları mı Daha Çok Etkiler? *Journal of Mood Disorders*, Osmaniye, Cilt: 6, Sayı: 4.

## 7. EKLER

### EK – I: ETİK KURUL KARARI

**T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
(Etik Kurul Başkanlığı)

Sayı : 80576354-050-99/ **28** 31.03.2016  
Konu : Etik Kurul Değerlendirmesi.

**Sayın; Yrd.Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ**  
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi

“Kurs'ta Çalışan Hemşirelerin Premenstrual Dönem Belirtileri ile Somatizasyona Yatkınlık Arasındaki İlişki” adlı çalışmanız Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu komisyonunca 30.03.2016 tarih ve 04 numaralı oturumda incelenmiş ve çalışmanın Etik Kurul yönergesindeki şartlara uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
**Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR**  
Etik Kurul Bşk.

Eki: 1. Adet Yönetim Kurulu Kararı

  
Aşağı gibidir  
21 / 05 / 2019  
Etik Kurul Başkanı  
Fakülte Sekreteri

## EK – I: ETİK KURUL KARARI (DEVAM)

KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi  
(Etik Kurulu Başkanlığı)

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ: 30.03.2016

TOPLANTI SAYISI: 2016/04

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

**KARAR II**

Yrd.Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ'ın Danışmanlığını Yaptığı YL Öğrencisi Aysel GELİR'in "Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Premenstrual Dönem Belirtileri ile Somatizasyona Yatkınlık Arasındaki İlişki" adlı çalışması.

Yukarıda belirtilen çalışmanın Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun olduğuna karar verildi.

Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMURDUR	
Başkan Yardımcısı		Raportör Üye Doç.Dr.Barlas SÜLÜ 
Üye		Üye Prof.Dr.Ayşe BURCU (İznil)
Üye Yrd.Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR		Üye Yrd.Doç.Dr.Danış ÇETİN 
Üye Avukat Emine TUNA		Üye Mehmet KARS 

Azıdır  
24.05.2016



## EK – I: ETİK KURUL KARARI (DEVAM)

Gelen Evrak No: 43	Karar No: 11	Karar Tarihi: 30.03.2016
Araştırmanın Adı: "Kars'ta Çalışan Hemşirelerin Premenstrüel Dönem Belirtileri ile Sosyalleşmeye Yatkınlık Arasındaki İlişki"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Sevda ELİŞ YILDIZ, Yl. Öğrencisi Ayşe Gül GELİR		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın istatistiksel olarak uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu: Günlük olarak yapılacak şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tamam dâhil olmak üzere ilacın yararları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın kayıtlarını tutabilecek ölümlü, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya tahhütname ile ilgili belgeler var mı ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Prosedürde mevcut veriler ve literatür araştırması destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

<b>KARAR</b>		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygundur X	Uygun değildir
	Düzeltilmesi Gerekli	

<b>Başkan</b> Prof.Dr.Mahmut Can YAĞMUR 	<b>Başkan Yardımcısı</b>	<b>Raportör Üye</b> Doç.Dr.Burcu S. LÜ 
<b>Üye</b> Prof.Dr.Ayşe BURCU (İznilî)	<b>Üye</b>	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Danış ÇETİN 
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Hülya ÇAKMUR 	<b>Üye</b> Avukat Enilene TUNA 	<b>Üye</b> Nihat KARŞI 

Ash Gül  
24.05.2019  
Nihat Karşı  
Fakülte Başkanı

## EK – II: PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ

### PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde ADETTE ÖNCEKİ BİR HAFTA BOYUNCA olma durumunu cümlenin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmamasını değerlendirmeyiniz. Hiçbir soruyu boş bırakmayınız. Teşekkürler.

#### ADETTE ÖNCEKİ BİR HAFTA BOYUNCA

	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1. Kendimi üzgün hissediyorum					
2. İçimden ağlamak geliyor ağlamak geliyor					
3. Canım sıkılıyor					
4. Kendimi bezgin hissediyorum					
5. Hiçbir şey zevk vermiyor					
6. Her şey üzerime geliyor					
7. Karamsar oluyorum					
8. Derin nefes almak istiyorum					
9. Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10. Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11. Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum					
12. Kendimi yorgun hissediyorum					
13. Sanki her şey kötü olacak					
14. Çok çabuk yoruluyorum					
15. Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16. Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17. Hiçbir şeyle uğrarsak istemiyorum					
18. Her zamanki işler beni yoruyor					
19. Kendimi sinirli hissediyorum					
20. En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21. Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22. Çevremdeki kişilerle iliksilerim bozuluyor					



<b>EK – II: PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ (DEVAM)</b>					
	Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
23. Sinirlerim geriliyor					
24. Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26. Kendimi değersiz görüyorum					
27. Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28. Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29. Dalıp gidiyorum					
30. Doğru düzgün düşünemiyorum					
31. Bas ağrısı oluyor					
32. Kaslarım ağrıyor					
33. Eklem yerlerim ağrıyor					
34. İştahım artıyor					
35. Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler					
36. Daha fazla yemek yiyorum					
37. Uyku uyuma isteğim artıyor					
38. Uykumda bölünme oluyor					
39. Sabahları yorgun uyanıyorum					
40. Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
41. Göğüslerim şişiyor					
42. Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
43. Kendimi şişmiş hissediyorum					
44. Kimseyle görüşmek istemiyorum					

## EK – III: SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

### SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ

Bu formda sıra ile numaralandırılmış bazı sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak *kendi durumunuza göre **Doğru** yada **Yanlış*** olup olmadığına karar verin. Bu soruları sadece kendinizi düşünerek yanıtlayın. Bazı sorular birbirinin aynısı yada tersi gibi gelebilir. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışın.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur.		
2. İştahım iyidir.		
3. Başım pek az ağrır.		
4. Ayda 2 defa ishal olurum.		
5. Midemden oldukça rahatsızım.		
6. Çoğu kez midem ekşir.		
7. Bazen utanınca çok terlerim.		
8. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz.		
9. Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok.		
10. Bazen başımda sızı hissederim.		
11. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır.		
12. Sağlığım pek çok arkadaşımınki kadar iyidir.		
13. Pek seyrek kabız olurum.		
14. Ensemde nadiren ağrı hissederim.		
15. Vücudumda pek az seyirme ve kasılma olur.		
16. Çabucak yorulmam.		
17. Pek az başım döner ya da hiç dönmez.		
18. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem		
19. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim.		
20. Çoğu zaman yorgunluk hissederim.		
21. Hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum.		
22. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir.		
23. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım.		
24. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyi idi.		
25. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım.		
26. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir.		
27. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim.		
28. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur.		
29. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.		
30. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır		
31. Hiç felç geçirmediğim yada kaslarımda olağan üstü bir halsizlik duymadım.		
32. Ortada hiçbir neden yokken haftada 1 ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar.		
33. Vücudumun her yerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissederim.		

## EK – IV: SOMATİZASYON ÖLÇEĞİ İZİNİ

From: seyda.dulgerler <seyda.dulgerler@ege.edu.tr>

Sent: Tuesday, March 5, 2019 10:04 AM

To: seyda

Subject: Re: Ölçek için izin

Merhaba,

Yapacağınız çalışmada geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğum Somatizasyon Ölçeğini kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar dilerim.

Doç.Dr. Şeyda DÜLGERLER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.  
Bornova /İZMİR  
Tlf: 0232 3115635  
Faks: 0232 3886374  
E-Mail: seyda.dulgerler@ege.edu.tr

Şeyda DÜLGERLER Associate Professor, PhD  
Ege University Faculty of Nursing  
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing  
Bornova /İZMİR TURKEY  
Phone: 0232 3115635  
Fax: 0232 3886374  
E-Mail: seyda.dulgerler@ege.edu.tr

---

Kimden: "seyda" <sevdais36@hotmail.com>

Kime: seydadulgerler@yahoo.com, "seyda dulgerler" <seyda.dulgerler@ege.edu.tr>

Gönderilenler: 5 Mart Salı 2019 11:38:02

Konu: Ölçek için izin

Merhaba Hocam,

Yüksekisans Öğrencimin tezinde sizin geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız "İkögretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", adlı tezinindeki ölçeği kullanmak istiyorum. Bu konuda izin vererseniz memnun olurum...

Saygılarımla

Doç. Dr. Sevdâ ELİŞ YILDIZ  
Kafkas Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Ebelik Bölümü



Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar ayarlarına gidin.

## EK – V: PREMENSTRUAL SENDROM (PMS) ÖLÇEĞİ İZNI

From: basaran gençdoğan <basaran35@gmail.com>

Sent: Tuesday, March 5, 2019 3:06 PM

To: seveda

Subject: Re: Ölçek için izin

Merhaba sayın hocam

Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Ölçeğini araştırmalarınızda kullanabilirsiniz.

Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum. Kolay gelsin

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi KK Eğitim Fakültesi

seveda <[sevedaels36@hotmail.com](mailto:sevedaels36@hotmail.com)>, 5 Mar 2019 Salı, 14:34 tarihinde şunu yazdı:

Merhaba Hocam,

Yüksekisans Öğrencimin tezinde sizin geçerlik ve güvenirliğini yaptığımız ". Gençdoğan B. Premenstrüel Sendrom için Yeni Bir Ölçek. Psychiatry in Türkiye. 2006;8(2):81-87" adlı çalışmamızdaki "Premenstrüel Sendrom (PMS) Değerlendirme Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Bu konuda izin verirseniz memnun olurum....

Saygılarımla

Doç. Dr. Seveda ELİŞ YILDIZ

Kafkas Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü

KARS



Windows'u Etkinleştir

Windows'u etkinleştirmek için kişisel bilgisayar ayarlarına gidin.

## EK – VI: YAZILI ONAM FORMU

### YAZILI ONAM FORMU

#### KARS'TA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PREMENSTRUAL DÖNEM BELİRTİLERİ İLE SOMATİZASYONA YATKINLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sayın Katılımcı,

“Kars'ta çalışan hemşirelerin premenstrual dönem belirtileri ile somatizasyona yatkınlık arasındaki ilişkiyi incelemek” amacıyla yapılan araştırma, Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı Sağlık Eğitimi Programında yüksek lisans öğrencisi Ayşe Gül GELİR tarafından yapılmaktadır. Sizin yanıtlarımızla elde edilecek sonuçlarla Premenstrual Dönem belirtileri ile Somatizasyona yatkınlık arasındaki ilişki ortaya konulacaktır. Bu sebeple soruların tümüne ve özveriyle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu form ile elde edilecek bilgiler gizli kalacak ve sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir ya da çalışma sırasında istediğiniz anda sonlandırabilirsiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek çalışmamıza verdiğiniz katkı için teşekkür ederim.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Adı Soyadı : Tarih :

İmzası :

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen kişiye açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının Adı Soyadı : Hemşire Ayşe Gül GELİR Tarih :

İmzası :

Adres : Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi / KARS

## EK – VII: HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ TANITICI BİLGİ FORMU

### HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırmanın amacı kadınların yaşamlarının ortalama 30-35 yılını kapsayan bir süreç olan, menstruasyonun yaklaşık 1 hafta öncesinde başlayan ve Premenstrual Sendrom olarak ifade edilen bazı psikolojik belirtileri incelemektir.

Tamamen bilimsel olan çalışmamızın sonuçları bilgisayar ortamında değerlendirilecektir. Çalışma sonucunun doğruluğu doğrudan sizin vereceğiniz cevaplarla ilişkilidir. Bu yüzden sorulara içten cevap vermeniz ve boş soru bırakmamanız çok önemlidir. Verdiğiniz bilgiler için çok teşekkür ederim.

Yaş : Kilo: Boy:

Medeni Hal : Evli Bekâr

Eğitim : İlköğretim Lise Ön lisans Lisans

Gebelik sayısı: Doğum Sayısı: Düşük Sayısı: İstemli küretaj:

Ortalama kaç günde bir adet görüyorsunuz?

Adette düzensizlik var mı? Yok Var

Adet döneminizde ağrı oluyor mu? Yok Hafif Orta Şiddetli Çok şiddetli

Düzenli kullandığınız bir ilacınız var mı? Hayır Evet ( belirtiniz):

Sistemik bir hastalığınız var mı? Hayır Evet ( belirtiniz):

Sigara kullanıyor musunuz? Hayır Evet (günde kaç adet):

Alkol kullanıyor musunuz? Hayır Evet ( belirtiniz):

Adet dönemindeki problemlerle baş etmek için ne yapıyorsunuz?

1-İlaç kullanıyorum (Belirtiniz)

2-Düzenli egzersiz yapıyorum

3-Beslenme alışkanlıklarımı düzenliyorum

4-Herhangi bir sıkıntı olmaması için bir şey yapmıyorum.

5-Diğer (açıklayınız):

**EK – VII: HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ  
TANITICI BİLGİ FORMU (DEVAM)**

Adet öncesi gerginlik nedeniyle doktora gittiniz mi? ( )Hayır ( )Evet  
Tedavi verildi mi? ( )Hayır ( )Evet

Ailenizde aynı belirtileri yasayan var mı? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a. Yok b. Anne c. Abla / kız kardeş d. Teyze / hala

Yukarıdaki belirtilerle/şikâyetlerle bas etme yöntemlerini kimlerden öğrendiniz?

(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a. Anne/abla/kız kardeş b. Arkadaş c. Sağlık personeli  
d. İnternet/medya e. Diğer ( Açıklayınız )

Adet öncesi dönemde yaşadığınız sorunlar iş yaşamınızı etkiliyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

Çevrenizdekiler bu dönemde sizde olan değişiklikleri fark ediyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

Bu dönemde yaşadığınız sorunlar iş ortamınızdan etkileniyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

## 8. ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** : Ayşe Gül GELİR  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : KONYA / 20.05.1986  
**Yabancı Dili** : İngilizce  
**İletişim (e-posta)** : aysegul.gelir@hotmail.com

### Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

**Lise** : Ilgın Anadolu Lisesi / KONYA (2000-2004)  
**Lisans** : Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu / KONYA (2004-2008)  
**Yüksek Lisans** :

**Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl** : Konya Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğum Bakım Servisi (2008-2010), Konya Selçuk Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kan Alma Birimi (2010-2014), Kafkas Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Supervisor (2014-2016), Çankırı Halk Sağlığı Müdürlüğü Toplum Sağlığı Merkezi Üreme Sağlığı Biriminde hemşire olarak görevime devam etmekteyim.