

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

GENÇ KADINLARDA PRİMER DİSMENORE VE
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

(Yüksek Lisans Tezi)

EBRU ARSLAN

Referans:10228823

EDİRNE – 2020

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT

GENÇ KADINLARDA PRİMER DİSMENORE VE
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

(Yüksek Lisans Tezi)

EBRU ARSLAN

Tez No:

EDİRNE - 2020



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminin boyunca her zaman bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım değerli tez danışmanım Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT'e, veri toplama sürecinde beni destekleyen değerli meslektaşlarıma ve çalışmaya katılma nezaketi gösteren genç kadınlara, her zaman yanımda olan aileme, arkadaşlarıma ve tez yazım sürecinde yardımını esirgemeyen Dr.Gökhan METİN'e teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
MENSTRUAL SIKLUS FİZYOLOJİSİ	3
MENSTRUAL SIKLUS ANOMALİLERİ	4
DİSMENORE	7
GEREÇ VE YÖNTEM	19
BULGULAR	24
TARTIŞMA	33
SONUÇLAR	38
ÖZET	41
SUMMARY	43
KAYNAKLAR	45
ŞEKİLLER LİSTESİ	62
EKLER	64

SİMGE VE KISALTMALAR

ADH: Antidiüretik Hormon (Vazopressin)

ark.: arkadaşları

BKİ: Beden Kitle Endeksi

BI: Biyoelektrik Empedans

cm³: santimetre küp

DİF: Dismenore İzlem Formları

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

GnRH: Gonadotropin Serbestleştirici Hormonu (Gonadotropin Releasing Hormone)

KOK: Kombine Oral Kontraseptif

km: kilometre

LH: Lüteinleştirici Hormon

ml: Mililitre

mm: milimetre

mmHg: milimetre Civa

MS: Menstrual Siklus

MSÖ: Menstruasyon Semptom Ölçeği

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar Ajanlar

OK: Oral Kontraseptif

PD: Primer Dismenore

PKOS: Polikistik Over

PMS: Premenstrual Sendrom

SD: Sekonder Dismenore

TENS: Transkutanöz Elektrikli Sinir Uyarımı

TSY: Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları

VAS: Vizuel Analog Scala

GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme çağı kadınlarının menstrasyon sürecinde sıklıkla yaşadığı sorunlardan birisi dismenoredir (1-3). Dismenore zor ve ağrılı menstrasyon görme olarak adlandırılmaktadır (3-5). Dismenore, sekonder ve primer olmak üzere iki ayrı kategoride incelenmektedir (3,6). Sekonder dismenore (SD) üreme sistemindeki bir bozukluktan (polip, servikal darlık, pelvik inflamatuvar hastalık veya endometriozis gibi) kaynaklanmaktadır (2,7). SD'de görülen ağrı, künt ve karına yayılma tarzında olup ağrı menstrasyonun başlangıcından son bulmasına kadar devam etmektedir (8). Primer dismenore (PD), tüm kadınlarda olmamakla birlikte birçok kadında görülen, ağrılı adet olarak tanımlanan jinekolojik bir problemdir (2,9,10). SD'den farklı olarak PD'nin nedeni tam anlamıyla anlaşılmamaktadır. Ancak endometriyum kökenli prostoglandinlere bağlı olarak PD'nin görülebileceği tahmin edilmektedir (2,11). Jinekolojik sorunlardan birisi olan PD, ergenlerde sıkça görülmekle birlikte görülme yaşı genellikle 16-25 yaş aralığındadır. Kramp, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve kusma gibi farklı belirtiler ile ortaya çıkabilen PD, menstrasyondan 1-2 gün önce başlamakla birlikte menstrasyon başlangıcından 24-48 saat aralığında pik değerine ulaşmakta ve 72 saat sonra kendiliğinden ortadan kalkmaktadır (8,12,13). Ağrının türü; sık görülen, geç luteal faz süresince devam eden, tekrarlayan, künt, karın bölgesine yayılma şeklindedir (8,12). Genç kadınlarda daha fazla görülen ve ilerleyen yaş ile birlikte görülme oranı azalan PD prevelansına yönelik yapılan ulusal çalışmaların sonuçları, prevelansın %48,9 ile %98 aralığında değiştiğini göstermektedir (12-14).

Kadınlarda, PD'nin ortaya çıkması üzerine yapılan çeşitli araştırmalarda farklı etkenlerin rol oynadığı belirtilmektedir. Bunlar; prostaglandinler, 5-lipooksijenaz, vazopressin (ADH), östrojen-progesteron düzeyi ve çeşitli nedenlerdir. Prostaglandin seviyelerinde meydana gelen artış PD semptomlarını ortaya koyan ana etkenlerden birisidir. Dismenoresi

olmayan sağlıklı kadınlara oranla PD'li kadınlarda prostaglandin seviyeleri daha yüksek düzeylerde seyretmektedir (15-18). Yapılan araştırmalarda; yaş-menarş yaşı, aile öyküsü, gelir durumu, gebelik-doğum, eğitim seviyesi, stres, alkol – sigara kullanımı, beslenme ve beden kitle endeksi (BKİ) kavramlarının kadınlarda PD'ye yönelik risk etkenleri olduğu bildirilmiştir (10,19-24). Dismenore üzerine etkili BKİ risk etkenine ilişkin yapılan çalışmalarda; düşük BKİ değerine sahip bireylerde dismenore oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (3,22,23,25,26). BKİ'ye yönelik olarak, BKİ < 20 ya da BKİ > 30 olduğu durumların dismenore için bir risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (24). BKİ'nin dismenore ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır (10,27,28).

Antropometri, insan vücudunun boyutlar (büyüklük, oranlar, vb.) açısından ölçüm sonuçlarının incelenmesidir. Antropometri ile elde edilen ölçümler bireylerin sağlık, beslenme ve performans durumları hakkında bilgi verebilmektedir (29). Yapılan bir çalışmada, antropometrik ölçümlerden bel, boy, kalça ve uyluk değerlerinin, MS ve menstrual özellikler arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (30). Benzer bir durum PD ve antropometrik ölçümler arasında da bulunmaktadır. PD'li kadınlar ile gerçekleştirilen bir çalışmada; boy, bel ve kalça çevreleri (boy uzunluğu-bel çevresi oranı, kalça-bel çevresi oranı, uyluk çevresi-boy oranı vb.) gibi antropometrik ölçümler ile PD arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (3,31). Bir başka çalışmada ise vücut yağ oranı, bel çevresi, bel-kalça çevresi oranı kavramları ile PD arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (32). Bu sonuçlardan farklı olarak antropometrik ölçüler (vücut ağırlığı, BKİ) ve vücut kompozisyonları (vücut yağ oranı, bel-kalça oranı) ile PD arasında anlamlı ilişki olmadığına yönelik bulgular da bildirilmiştir (10).

PD problemi varlığında tedavi aşamasına geçmeden önce, tanılama detaylı biçimde gerçekleştirilmeli ve tedaviye karar verilmesi ile birlikte risk etkenlerine karşı eğitim ve danışmanlık planlanmalıdır (33). Sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından PD'ye ilişkin alınan anamnezde dismenore başlangıç ve bitiş süresi, yaş ve menarş yaşı, BKİ, beslenme gibi bilgiler de sorgulanmalıdır (34). PD ile mücadelede kilo kontrolü, dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemlidir (35,36). PD tedavi sürecinde kadınlara kanıta dayalı çalışmalar eşliğinde antropometrik ölçümler ile PD arasındaki bağlantı açıklanmalıdır. Ülkemiz literatürü incelendiğinde, genç kadınlarda PD ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu doğrultuda planlanan araştırmada, genç kadınlarda görülen primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

MENSTRUAL SİKLUS FİZYOLOJİSİ

Üreme sistemi bireylerin gelecek nesillerini etkileyen ve insan vücudunda bulunan sistemlerden birisidir. Kadın ve erkek üreme sistemi arasında farklılık bulunmaktadır. Kadın üreme sistemi incelendiğinde, erkek üreme sisteminden çok daha kompleks bir yapı olduğu görülmektedir (37). Kadınlarda üreme devamlı olmayıp belirli aralıklar ile devam etmekte ve bu aralıklara menstrual siklus (MS) veya menstrual döngü denilmektedir (38). Kadınlarda çeşitli etkenlere göre değişiklik gösteren adet görme (menarş) yaşı genellikle 11-17 yaş aralığında normal olarak kabul edilmektedir (38,39). Jinekoloji ve üreme tıbbının en temel konuları arasında yer alan MS menarştan başlayarak menopoza kadar süren, kanama ve hormonal değişiklik ile karakterize olan ve uterusun düzenli aralıklar ile proliferasyonu yani gebelik amacıyla hazır hale getirilme sürecidir (40,41). Diğer bir ifade ile menstruasyon, endometrium tabakasında belirli periyotlar ile gerçekleşen yıkımın sonrasında vücut dışına kanama olarak atılması şeklinde adlandırılmaktadır (42). Menstruasyon, ergenlik çağına ulaşmış ve gebe olmayan sağlıklı kadınlarda aylık olarak gerçekleşmektedir (43). Kadın yaşamının tahmini olarak yarısını kapsayan menstruasyon; fizyolojik bir durum olmakla birlikte genellikle 3-6 gün devam ederken, menstrual siklus uzunluğu da genellikle 28 gün sürmektedir (3,10,39,44)

Kadın üreme sisteminde MS süreci, detaylı biçimde değinmek gerekirse fizyolojik olarak endometrium, overler, ön hipofiz ve hipotalamusun rol aldığı sistematik olayların

bütünüdür (45,46). MS'nin gerçekleşmesi için her ay overlerde bir folikül olgunlaşarak, olgunlaşan folikülden progesteron ve östrojen hormonlarının salgılanması gerekmektedir. Böylece üreme sisteminde MS döngüsü otonomik olarak sağlanmış olur. Dış ortamdan gelen ses, koku ve ışık gibi farklı uyarılar merkezi sinir sistemini etkileyerek buradan da sinir hücrelerinden oluşan hipotalamusa gelir (47). Hipotalamus bu uyarılar sonrasında nöral sinyaller ile gonadotropin serbestleştirici hormonu (gonadotropin releasing hormone-GnRH) salgılayarak ön hipofizin uyarılmasını sağlar. Ön hipofizin uyarılması ile birlikte lüteinleştirici hormon (LH) ve folikül stimüle edici hormon (FSH) salgılanır (45,48). Bu hormonlar overlerde folikül büyümesini ve olgun ovum haline gelmesini sağlar. Olgunlaşan ovumdan östrojen ve progesteron salınımı başlar (46,49).

Kadınlarda MS sürecinde progesteron ve östrojen kararsız halde seyretmekte ve üreme fonksiyonları ile birlikte fizyolojik yapıya da etkide bulunmaktadır. Süreç itibari ile MS, dört farklı aşamada incelenmektedir. Menstrual faz; kanamanın başlaması ve ortalama 1-5 gün sürdüğü aşamadır. Foliküler faz; yükselen östrojen düzeyi ile birlikte 6-14 günü kapsayan aşamadır. Ovuluar faz; FSH ve LH düzeyine bağlı olarak oositin folikülden dışarı atıldığı aşamadır. Luteal faz; folikülün korpus luteuma dönüşmesi ile birlikte yüksek düzeyde progesteron ve orta düzeyde östrojen salgılandığı ve 19-26 gün aralığında meydana gelen aşama olarak sıralanabilir (45).

MENSTRUAL SIKLUS ANOMALİLERİ

Menarşın görüldüğü ilk yıllarda MS, anovulasyon döngülerine bağlı olarak düzensizlik gösterebilmektedir. Menarşın sonrasında genellikle 1 ile 2 yıl içerisinde vücut ölçüleri (yağ oranı, boy ve kilo) arttıkça MS, 2-3 yıl süre zarfında düzenli hale gelmektedir (50). MS bozukluklarına bakıldığında, yüksek prevalansa sahip olmasına karşın kadınların çoğunda bu soruna karşı tıbbi tedavi pek tercih edilmemektedir (51). Oysa MS bozuklukları, dünyada tüm ülkelerde görülebilen sağlık sorunu olmakla birlikte adolesan kızların yaklaşık dörtte üçünü etkileyebilen ve tıbbi yönden tedavi gerektiren problemler arasındadır (52).

Kadınlarda sağlıklı ve doğru beslenmede yanlışlıklar, kilo problemi ve insülin direnci sonrasında vücudun hormonal dengesi bozulmaktadır. Sonrasında MS'de düzensizliklerin başlaması, depresyona yönelme, döllemede başarısızlıklar, dölleme gerçekleşse dahi ileriki süreçlerde düşük gerçekleşmesi kaçınılmaz olmaktadır (53). Kadınlarda; Tip 2 diyabetin

meydana gelmesi, tip 2 diyabet sürecini hızlandırması sebebiyle kan şekerini arttıran doğum kontrol hapları kullanımı veya sigara kullanımı; her iki diyabet türünün de (tip 1 ve tip 2) kısmen tedavi edilse bile olumsuz etkisinin olacağı; kimyasal veya ağır metallerin (toluen, kurşun vb.) kanda yüksek düzeyde olması, sigara kullanımı; spor yapılması durumunda genellikle veya normalden fazla spor antrenmanı (örneğin; haftalık 50 km'den fazla koşu, 17-20 saat antrenman) yapılması; vücut ağırlığı ve yağ oranlarındaki düşük seviyeler olması üreme sistemini olumsuz etkilemekle birlikte, MS'de problemler meydana gelebilmektedir (53-60).

Hassas bir dönem olan ergenlik döneminde MS, yeni yeni oturmaya başlarken beslenmedeki normalin dışındaki alışkanlıklar (yetersiz veya aşırı beslenme) bu süreci olumsuz etkilemektedir (61,62). Beslenme alışkanlığına bağlı olarak meydana gelen MS problemleri, multidisipliner tedavi yöntemi anlayışı ile büyük oranda ortadan kaldırılrsa da bu sorunlar önemsenmediği durumlarda sorunun devam etmesi söz konusu olmaktadır (61). MS problemleri, genç kızlar ile kadınların sosyal yaşam ve aile ilişkileri ve duygusal durumlarını olumsuz etkileyebilen sorunlar arasındadır (63). MS problemlerine bağlı olarak üreme çağıında bulunan kadınların birçoğunun bu sorundan etkilendiği düşünülmektedir. Yapılan farklı araştırmalarda kadınların MS hakkında yaşadıkları sorunlar dikkate alındığında %70'ten fazlasının MS problemleri yaşadığı belirlenmiştir (14,64). Bu yönüyle MS anomalileri görülen kadınların psikolojik destek almaları gerekebilmektedir (65). Normal MS, 28 ± 7 gün aralığında sürmekle birlikte bu süre zarfında 4 ± 2 gün kanama görülmektedir. MS'de kanama ile birlikte 40 ± 20 ml kan kaybı yaşanmaktadır (66). Ancak MS'de hipotalamus, hipofiz, over eksenini ile endojen hormonları arasındaki dengede oluşabilecek değişimler MS özelliklerinde (uzunluğu, düzeni ve kanama miktarını) anormalliklere neden olmaktadır (64).

Genel anlamda MS semptom prevalansı üst seviyelerde olmasına karşın etiyojisi günümüzde tam anlamıyla tespit edilememiştir (10,67,68). Ancak bu sorunlara prostaglandinler, hormonal değişim, yaşam tarzı, nörotransmitterler, ilaç ve diyet gibi çeşitli faktörlerin etkilerinin olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca progesteron ve östrojen hormonlarının etkileşimi disfonksiyonel kanamalara neden olabilmektedir. Progesteron ve östrojen değerlerinin aynı tarzda artışı bu kanamalara neden olabileceği gibi benzer türdeki azalmalarda aynı etkiye neden olabilmektedir (69). MS problemleri genel anlamda premenstrual sendrom (PMS), amenore, oligomenore, polimenore, hipomenore, menoraji, metroraji ve dismenore olarak incelenebilir (63,70,71).

PMS: PMS kavramı, MS'de luteal faz esnasında ortaya çıkarak menstruasyonun başlangıcı ile süratle normale dönen davranışsal, duygusal ve bilişsel bozuklukları tanımlama amacıyla kullanılmaktadır (67). Diğer bir ifade ile PMS, MS'nin luteal evresi ile başlayıp menstruasyonun son bulması ile sona eren, psikolojik ve fiziksel semptomların bir kombinasyonu ile karakterize edilen bir durumdur (72). Bu yönüyle PMS kadınlarda günlük yaşam ve sosyal ilişkileri olumsuz yönde etkileyecek seviyedeki davranış değişikliklerini ifade etmektedir. PMS'nin tam anlamıyla nedeni açıklanamasa da vitamin eksiklikleri, yaşam tarzı, sigara içme, egzersiz eksiklikleri, stres ve hormonal değişikliklerin bu soruna neden olduğu üzerinde durulmaktadır (67,73). Luteal fazda (menstruasyon başlangıcından yaklaşık 1-2 hafta önce) başlayan PMS, 100'den fazla fiziksel ve duygusal semptomdan oluşmakla birlikte menstruasyon ya da menstruasyonun bitimi ile sona eren bir durumdur. PMS'de meydana gelen semptomlar periyodik aralıklarla tekrar etmektedir (73,74).

Amenore: Kadınlarda meydana gelen, 6 ay ve daha fazla süre ile menstrual kanamanın gerçekleşmemesi durumudur (75).

Primer amenore: Kadında 16 yaşına geldiği halde menstrual kanamanın gerçekleşmemesidir (71).

Sekonder amenore: Menstruasyonun 6 ay süre ile duraklamasıdır. Primer amenoreye sebep olabilecek sorunlar, ikincil amenoreye de sebep olabilecektir. Bu sebeple her iki amenore türüne ait nedenler birlikte incelenmelidir (71).

Oligomenore: Menstrual kanamanın 35 günden fazla süren aralıklarla meydana gelmesidir. Bunun sebebi ise relatif FSH'teki eksiklik nedeniyle folikül gelişiminin gecikmesi ve foliküler fazın normalden uzun sürmesidir. Oligomenore, üreme çağındaki kadınlarda görülme sıklığı % 10-15 olarak ifade edilebilir (76).

Polimenore: Düzenli olarak 21 günden kısa sürede oluşan menstrual kanamalardır. Menstrual kanamalar, foliküler faz kısalması ile karakterizedir (77).

Metroraji: Düzensiz aralıklarla meydana gelen kanama olup, ovulatuvar siklusları arasındaki kanamadır. Servikal hastalıklar, intrauterin yabancı cisim ve tıbbi enstruman, endometrit, polip, submüköz miyom, endometrial hiperplazi gibi hastalıklardan kaynaklanmaktadır (77).

Menoraji: Düzenli aralıklarda gerçekleşen menstrual kanamanın; uzun süre devam etmesi ya da normal sürede (21-35 gün) günlük kanama miktarında görülen fazlalık (80 mL) aşırı kanama (hipermenore) şeklinde görülmektedir. Maligniteler, submükoz myomlar, disfonksiyonel kanamalar, endometriyal hiperplaziler ve adenomyozis menorajinin etyolojisinde rol alabilmektedir (75).

Hipomenore: Lekelenme tarzında olan menstrual kanamalar olup kanama miktarı düşüktür. Normal sürede veya iki günden kısa sürebilmektedir. Asherman sendromu ve oral kontraseptif (OK) kullanımı hipermenoreye neden olabilmektedir (75).

DİSMENORE

Yunanca'dan türetilmiş olan dismenore (dysmenorrhea) zor ve ağrılı menstruasyon görme olarak adlandırılabilir (3-5). Menstruasyon gören kadınların sıklıkla yaşadığı sorunlardan birisi dismenoredir (1-3). Menstruasyon gören kadınların yarısından fazlasında menstruasyonun ilk günlerinde hafif derecede ağrılarının olduğu bilinmektedir. %50-90 aralığında olduğu belirtilen dismenorede ağır veya hafif şiddetli olan ağrı bazen günlük yaşamı sınırlandıracak kadar şiddetli-sancılı olabilmektedir. Bu durumda görülen şiddetli ağrı ise dismenore olarak ifade edilmektedir (2,78,79).

Vücut yapısında bulunan kaslar gibi uterin kaslar da kasılıp gevşeme özelliğine sahiptir. Menstruasyon sırasında uterin kasların şiddetli biçimde kasılması, kadınlarda ağrı olarak hissedilmektedir. Ancak yüksek şiddette hissedilebilen bu ağrı sürekli olmayıp menstruasyon süresince azalan şiddet oranında görülmektedir (3,15,79). Bunun sebebi ise uterusun ürettiği ve kasılmasında görev alan prostaglandinlerin menstruasyon öncesinde yüksek seviyede olmasıdır (2). Döngünün ilk başlarında yüksek düzeyde salınan prostaglandinler aşırı kasılmaya ve devamında şiddetli ağrı hissedilmesine neden olmaktadır. Menstruasyon esnasında prostaglandin seviyesinin azalması ile menstruasyonunun sonraki günlerinde hissedilen ağrı azalmaktadır (15).

Dismenore prevalansına yönelik yapılan ulusal çalışmalara bakıldığında; farklı konumlarda yapılan araştırmalarda %78,6 (80), %82,6 (1) ve %98 (81) oranlarına varan dismenore prevalansı bildirilmiştir. Dismenore, sekonder ve primer olmak üzere iki ayrı kategoride incelenmektedir (3,6).

Sekonder Dismenore

Sekonder dismenore (SD), üreme sistemindeki bir bozukluktan kaynaklanır. Primer dismenoreden daha sonra başlayabilir. Ağrı zamanla iyileşmez daha da kötüye gider (2). Menstruasyon ağrılarının neden olan SD, kadınlarda tahmini %10 prevalans ile nadir görülen dismonere türü arasındadır (2,12). Kadınlarda SD, ilerleyen yaşlarda (40 civarında) görülme ihtimali daha güçlüdür (11). SD, polip, servikal darlık, pelvik inflamatuvar hastalık veya endometriozis gibi nedenler sonucunda ortaya çıkmaktadır (7). SD'de görülen ağrı, künt ve karına yayılma tarzındadır. SD'de ağrı menstruasyonun başlangıcından son bulmasına kadar devam etmektedir. SD'de sıklısta görülecek düzensizlikler, vajinal, postkoital veya siklus arası kanama olmak üzere farklı jinekolojik semptomlar ile görülmektedir (8).

Primer Dismenore

Primer dismenore (PD), tüm kadınlarda olmamakla birlikte birçok kadında görülen, ağrılı adet olarak tanımlanan bir jinekolojik problemdir (2,9,10). SD den farklı olarak PD'nin nedeni tam anlamıyla anlaşıl原因amamaktadır. Ancak endometriyum kökenli prostoglandinlere bağlı olarak PD'nin görülebileceği tahmin edilmektedir (2,11). Jinekolojik sorunlardan birisi olan PD, ergenlerde sıkça görülmekle birlikte görülme yaşı genellikle 16-25 yaş aralığındadır. Kramp, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı ve kusma gibi farklı belirtiler ile ortaya çıkabilen PD, menstruasyondan 1-2 gün önce başlamakla birlikte menstruasyon başlangıcından 24-48 saat aralığında pik değerine ulaşır ve 72 saat sonra kendiliğinden ortadan kalkar (8,12,13). Ağrının türü; sık görülen, geç luteal faz süresince devam eden, tekrarlayan, künt, karın bölgesine yayılma şeklindedir (8,12). Ovulatuvar siklusların başlangıcı ile menarştan bir süre sonra genellikle PD meydana gelebilmektedir. PD'nin meydana gelişinde bu süre; 2-4 yıl aralığında olabileceği gibi menarş sonrası aylarda veya menstruasyon başlangıcı ile de olabilmektedir (8,12).

PD prevalansına yönelik yapılan ulusal çalışmalara baktığımızda; Burdur ilinde 17-26 yaş aralığındaki 677 katılımcı ile yapılan araştırmada PD prevalansı %81,4 görülmüştür (82). İzmir'de 15-49 yaş aralığında 185 katılımcı ile yapılan çalışmada PD prevalansının %54,1 olduğu belirlenmiştir (12). Balıkesir'de 19.6±1.8 yaş ortalamasına sahip 304 genç kadın ile yapılan bir çalışmada da %82,6 PD prevalansı bildirilmiştir (18). Ankara'da 19.83±1.43 yaş ortalamasına sahip dismenore problemi olan 503 genç kadında %48,9 oranında PD tespit

edilmiştir (83). Bolu’da 21.80±3.75 yaş ortalamasına sahip 215 genç kadın ile yapılan bir çalışmada PD prevelansının %80 olduğu belirlenmiştir (84). Genç kadınlarda daha fazla görülen ve ilerleyen yaşla birlikte görülme oranı azalan PD prevelansına yönelik yapılan ulusal çalışmaların sonuçlarından prevelansın %48,9 ile %98 aralığında değiştiği tespit edilmiştir (12-14).

PD prevelansına yönelik yapılan uluslararası çalışmalarda ise; Suudi Arabistan’da 14-18 yaş aralığında 344 katılımcı ile yapılan araştırmada dismenore prevelansının %74,4 olduğu (85), İran’da 18-27 yaş aralığında 311 katılımcı ile yapılan araştırmada %89,1 (86), Hindistan’da 18-25 yaş aralığında 310 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada %84,2 prevelans belirlenmiştir (6). Etiyopya’da, 20 yaş ortalamasına sahip 440 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada PD prevelansının %85,4 olduğu bulunmuştur (87). Çin’de 19 yaş ortalamasına sahip 4606 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada ise %41,7 oranında PD prevelans olduğu saptanmıştır (21).

Sağlıklı menstrasyonda uterus bazal tonusu 10 mmHg’den daha düşük ve aktif basınç 120 mmHg sınırında seyretmektedir. Sağlıklı durumlarda bu basıncın 100-120 mmHg aralığında olması beklenmektedir. Ancak dismenore olgularında uterus kontraksiyonlarında amplitüdünde meydana gelen artış ile birlikte bazal tonus 50 mmHg üzerine çıkmakta ve buna yükselen biçimde şiddetli ağrı eşlik etmektedir. Dolayısı ile uterus bazal tonusunda normal değerden (10-20 mmHg) farklı olarak meydana gelen artış PD etkenidir (88). Prostaglandinler düz kas uyarıcı olup salgılanmaları ve bu salgının artması uterus bazal basıncında dört kat artışa (20 mmHg’den 80 mmHg’ye) neden olabilmektedir (89). Bu durumda vücut; ağrı, bulantı, kusma, ishal veya suprapubik bölgede yoğun ağrı gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (42).

Kadınlarda, PD’nin ortaya çıkmasında yapılan çeşitli araştırmalarda farklı etkenler rol oynadığı belirtilmektedir. Bunlar; prostaglandinler, 5-lipooksijenaz, vazopressin (ADH), östrojen-progesteron düzeyi ve çeşitli nedenler olarak belirtilebilir. Bu nedenlere kısaca değinmek gerekirse (3,8,11,15-18);

- Prostaglandin seviyelerinde meydana gelen artış PD semptomlarını (ağrı, vd.) ortaya koyan ana etkenlerden birisidir. Örneğin; dismenoresi olmayan sağlıklı kadınlara oranla PD’li kadınlarda prostaglandin seviyeleri daha yüksek düzeylerde seyretmektedir.

- 5-lipooksijenaz etkisine bakılacak olursa; PD'li kadınların bazılarında prostaglandin seviyelerinde somut bir değişim bulunmazken, 5-lipooksijenaz aktiviteleri artmaktadır. Bu artış lökotrienlerde üretimin artmasına ve uterusu kas kontraksiyonlarına neden olmaktadır.
- Antidiüretik hormon (ADH); PD'li kadınlarda ADH seviyesi mensturasyon anında dolaşımında yüksek seviyede bulunmaktadır. ADH seviyesinde meydana gelen artış, oksitosin seviyesini arttırmakta ve uterusu kontraksiyonların ortaya çıkmasına, PD'li kadınlarda iskemi ve hipoksi, ağrı gibi şikayetlerin meydana gelmesine neden olmaktadır.
- Östrojen ve progesteron; PD'nin MS sürecinde sadece ovuluar sikluslarda ortaya çıkması nedeni ile her iki hormon seviyelerinin PD'nin görülmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca östrojen ve progesteron hormonlarında mensturasyon öncesinde meydana gelen azalma prostaglandin salgılanmasının artmasına neden olmaktadır. Mensturasyon sırasında meydana gelen prostaglandin artışından farklı olarak prostosiklin sentezi azalmaktadır. Uterus düz kaslarında gevşetici role sahip olan prostosiklin seviyesinin mensturasyon sürecinde azalması; uterusu kontraksiyonların artışına, hipoksi ve vazokonstrüksiyon görülmesine neden olmaktadır. Bu değişimler sonucunda ise PD semptomlarından; ağrının ortaya çıktığı görülmektedir.

Primer Dismenore Risk Faktörleri

Önceki yıllarda ağrıya yönelik patolojinin belirlenememesi nedeniyle PD'nin risk faktörleri psikolojik etkenlerle ilişkilendirilirken; günümüze gelindiğinde bu duruma ovulasyon ile etkileşim içerisinde olduğu ve ortaya çıktığı da belirlenmiştir (42). PD, ovulasyon ve herhangi bir düzende olmayan MS'de ise daha düşük oranlarda görülmektedir (84). Yapılan araştırmalarda; yaş-menarş yaşı, aile öyküsü, gelir durumu, gebelik-doğum, eğitim seviyesi, stres, alkol – sigara kullanımı, beslenme ve beden kitle endeksi kavramlarının kadınlarda PD'ye yönelik risk etkenleri olduğu bildirilmiştir (10,19-24).

PD, genellikle menarşın görüldüğü ilk yıllarda meydana gelmektedir. Yapılan bir araştırmada ilerleyen yaşlarda PD'nin daha düşük oranda görüldüğü belirlenmiştir (19,23). Menarş yaşına bakıldığında dismenore ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar (28) olduğu gibi menarşın erken yaşlarda görüldüğü bireylerde dismenore görülme oranının arttığı belirlenen çalışmalar da mevcuttur (20,21). Ayrıca bir çalışmada uykusuzluğun (8 saatten az uyumanın) dismenoreye risk teşkil ettiği de belirlenmiştir (25). PD'ye yönelik risk faktörleri arasında aile öyküsü de bulunabilmektedir (3,90). Diğer bir ifade ile yapılan bir çalışmada 9-18 yaşları

arasında 2000 katılımcı arasında dismenoreyi olan katılımcıların %90,8'inde aile üyelerinden birinde (anne) dismenore olduğu belirlenmiştir (90). Doğum yapmanın da PD riskini azalttığına yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Bu kanıtlar ile ilgili olarak PD ile doğum yapma arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla 3964 katılımcı ile yapılan araştırmada, doğum şekli bakımından normal doğum yapanların sezaryen ile doğum yapanlara oranla PD'ye yönelik iyileşme olasılığı olduğu görülmüştür. Çalışmada ayrıca en az bir doğum yapmanın PD şikayetlerini azalttığı belirlenmiştir (91).

Dismenoreli bireyler ile ilgili olarak yapılan araştırmalara bakıldığında eğitim seviyesinin de risk teşkil edebildiği görülmektedir. Örneğin; 14828 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada eğitim seviyesi ile dismenore arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (92). Benzer şekilde eğitim ile PD arasında risk oluşturabilecek türde ilişki olduğuna yönelik çeşitli araştırmalar da mevcuttur (87,93). Amerika Birleşik Devletleri ve Japonya'da gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde ise dismenore ile eğitim seviyeleri arasında herhangi bir somut bağlantının olmadığı ifade edilmektedir (94). Eğitim ile ilgili olarak PD'li bireylerin ebeveynleri ile ilgili eğitim seviyelerinin ise PD'ye risk teşkil eden anlamlı etken olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (21). Gelir durumu kavramı incelendiğinde PD'ye yönelik risk teşkil ettiği kesin biçimde ortaya konulamamaktadır. Diğer bir ifade ile gelir ile PD arasında risk teşkil edebildiğini belirten çalışmalar (21,51) olduğu gibi herhangi bir anlamlı ilişkinin olmadığını belirten çalışmada mevcuttur (20). Stres, insan vücudunda çeşitli etkiler gösterebilen sorunlardan birisidir. Kadınlarda bu sorunlardan birisi de dismenore riskidir. Yapılan birçok araştırmada benzer bulgulara ulaşılmış ve stresin dismenoreye yönelik risk teşkil ettiği anlaşılmıştır (95, 96). Ayrıca dismenore olan kadınlarda olmayanlara oranla depresyon ve stresin de daha fazla olduğu bulgular arasındadır (96). Ayrıca stresin düşük seviyelerde seyretmesinin dismenore belirtilerinde azalmaya neden olduğu da bilinmektedir (92). Sigara ve alkol kullanımına bağlı olarak kadınlarda PD riskinin olduğu farklı araştırmalarda ortaya konulmuştur (97). Sigara kullanımı menstrual ağrıların şiddetlenmesine neden olmaktadır (23). Sigara kullanımı veya dumanına maruz kalmanın menstrual sürece olumsuz etkiler oluşturmakla birlikte dismenoreye risk teşkil eden etken olduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur (95). Sigaranın yanı sıra alkol kullanımı da PD riskleri arasında yer almaktadır (98). Ancak alkol ve sigara ile dismenore prevalansındaki araştırmaların incelendiği çalışmada her iki etkenin de risk teşkil ettiğine yönelik çalışmaların yanı sıra bu kavramlar arasında anlamlı ilişki olmadığına yönelik sonuçlara da ulaşılmıştır (99).

Bu sebeple farklı sonuçların ortaya koyduğu tüm ihtimaller dikkate alınarak alkol tüketim seviyelerinin en aza indirilmesi riskin de azalmasına katkı sunabilecektir (24).

Bireylerde beslenme, yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesi, gelişim, büyüme ve sağlık bakımından oldukça önemlidir (100). Beslenme ve PD ilişkisine yönelik yapılan araştırmalarda düzensiz beslenmenin semptomlara etkide bulunduğu belirlenmiştir. Örneğin; 4606 üniversite öğrencisinin katılımı ile yapılan bir çalışmada, kahvaltı yapmayan bireylerde PD oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada kafein tüketiminin (çikolata, kahve ve çay) PD'ye risk teşkil ettiği belirlenmiştir (21). Normalden fazla yemenin yanı sıra çeşitli yiyeceklerin yeterli düzeyde alınmaması da PD risk faktörleri arasında görülebilir. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada meyve, yumurta, B1, B6 ve E vitaminlerinin yeterli düzeyde alınmaması durumunun PD'ye risk teşkil ettiği anlaşılmıştır (22). Ayrıca PD problemi olan genç kızlarda günlük bir bardak kola ve dört bardaktan daha fazla miktarda çay ve kahve tüketimi gerçekleştiği görülmüştür (87). Farklı bir araştırmada dengesiz beslenmeye yönelik olarak öğünlerin düzensizliği, kafeinli içecek ve çay tüketimlerinin fazla olması menstrual ağrıların görülmesine neden olduğu belirlenmiştir (101). Bu sonuçlarla birlikte bir diğer araştırmada; daha sağlıklı ve daha elverişli beslenme seçeneğinin kadınlarda PD prevalansı ve şiddetini azaltacağı sonucuna ulaşılmıştır (102). PD ile beslenme arasındaki ilişkiye bağlı olarak PD tedavisinde yağlı, kafeinli yiyecek tüketiminden kaçınılması (en aza indirilmesi) önerilen yaklaşımlar arasındadır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bireylerin beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin ne anlam ifade ettiği belirlenmiştir. BKİ, bireylerin kilogram cinsinden vücut ağırlıklarının metre kare (m^2) cinsinden boy uzunluklarına bölünmesi ile elde edilmektedir (103). DSÖ'nün BKİ sınıflama tablosunun diğer anlamı da BKİ değerinin; 18,5-24,9 arasında yer alması durumunda birey sağlıklı kiloda, 25-29,9 arasında yer alması durumunda fazla kilolu olduğu, 30-39,9 değerleri arasında obez (30-34,9: seviye 1 ve 35-39,9: seviye 2) olarak adlandırıldığı ve 40 ve üzeri değerlerde ise ciddi ve önlem alınması gereken obez (seviye 3) olarak yorumlanmaktadır (103,104).

Dismenore üzerine etkili BKİ risk etkenine ilişkin yapılan çalışmalarda; düşük BKİ değerine sahip bireylerde dismenore oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir (3,22,23,25,26). Yapılan bir çalışmada BKİ<20 olan bireylerde dismenore prevalansının daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (25). BKİ'ye yönelik olarak BKİ < 20 ya da BKİ > 30 olduğu durumların dismenore risk faktörü olduğu ifade edilmektedir (24). BKİ'nin farklı sınıfları ile PD arasındaki

etkileşimin incelendiği bir çalışmada; BKİ değeri 18,5'den küçük olan bireylerin BKİ değeri 30 ve daha fazla olan bireylere oranla PD risklerinin daha fazla olduğu görülmüştür (105). BKİ'ye yönelik Türkiye'de yapılan araştırmada; 18,5'ten daha küçük BKİ değerine sahip bireylerin dismenore riskinin diğer bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir (106). Bir başka çalışmada ise BKİ değerleri 18,5'ten küçük bireylerde ve 25'ten büyük (kilolu, obezite-1-2-3) bireylerin dismenore prevalansının 18,5 < BKİ < 24,9 değerlerine sahip bireylere oranla daha fazla olduğu görülmüştür (18). BKİ'nin dismenore ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını belirleyen çalışmalar da yer almaktadır (10,27,28).

Primer Dismenore Tanı ve Tedavisi

Kadınlarda, PD'nin varlığından söz edebilme ve tanısının konulabilmesi adına anamnez oldukça önemlidir. PD'nin tanısına menstruasyona yönelik dikkatli anamnez ile ulaşılabilmektedir. Cinsel olarak aktif olmayan adölesanlarda pelvik muayeneye gerek görülmemektedir. PD tanısında; bacakların arka kısmında ya da alt bacak kısmında ağrı (diğer kriterler ile birlikte), menarştan belirli bir süre sonra (4 yıla kadar) ortaya çıkması, suprapubik bölgede, lokalize, spazmodik, aralıklı ve keskin ağrı türü olması, menstruasyon kanaması öncesi ya da kanama ile aynı zamanda ağrı başlangıcı ve 2-4 gün içerisinde bitişi, adölesanlarda pelvik muayeneye başvurulmadan menstruasyon ile ilgili alınan ayrıntılı anamnez, bulantı, kusma, ateş, yorgunluk, ishal, baş ağrısı ve baş dönmesi belirtileri, ilgili bölgede meydana gelen ağrının menstruasyon başlangıcından sonraki saatlerde ya da ilk veya ikinci gününde en ağır hale gelmesi kriterleri dikkate alınmaktadır (8,12,79,107-109).

Tanı işlemleri sonrasında PD'ye yönelik olarak tedavi belirlenmektedir. PD tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik olarak iki ayrı türdedir (79). Bunlar;

1) Farmakolojik (Medikal Tedavi):

- Nonstroid anti-inflamatuar ilaçlar
- Hormonal Kontrasepsiyon

2) Non-Farmakolojik/Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları:

- Sıcak Tedavisi
- Vitaminler
- Egzersiz
- Akupunktur

- Transkutanöz elektrikli sinir uyarımı (TENS)

olarak ifade edilebilmektedir.

1) Farmakolojik (Medikal Tedavi): Medikal tedavi olarak da adlandırılan farmakolojik yöntemler arasında nonsteroid antiinflatuar ajanlar (NSAİİ-ibuprofen) ve hormonal ajanlar yer almaktadır. NSAİİ içeren ilaçlar, prostaglandin üretiminin azaltılmasını sağlamaktadır(11,79). Böylece PD'ye bağlı ağrının azalmasını sağlamaktadır. NSAİİ içerikli ilaçlar menstrasyondan 1-2 gün öncesinde kullanılmaya başlanıp, menstruasyon ile birlikte 2-3 gün kullanılmaya devam edilmesi durumunda daha etkili olmaktadır. Ayrıca hastalarda gıda ve sıvı tüketiminin de arttırılması ilaçların renal ve diğer yan etkilerinin azaltılmasında etkilidir (79).

PD tedavisine yönelik olarak farmakolojik yöntemler arasında hormonal tedaviler de yer almaktadır. PD'de hormonal tedavilerle ilgili olarak 10 farklı uygulamanın incelendiği bir çalışmada 20 ile 35 mg kombine oral kontraseptif (KOK) kullanımının plasebodan daha etkili olduğu, okul-işten uzak kalma ve ağrı gibi kavramların azalmasını sağladığı belirlenmiştir (110). PD tedavisinde kullanılan progesteron ve östrojen içerikli kontraseptifler içeriğinde yer alan sentetik progesteron ve östrojen sayesinde ovulasyon baskılanarak endometriyumda zamanla incelmeye neden olmaktadır. Devam eden diğer tepkimeler ile endometriyumda değişim kaçınılmaz olup rahim kasılmaları ve kanama miktarı da azalmaktadır (11,110).

2) Non-Farmakolojik/Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları: PD tedavisinde non-farmakolojik tedavi de kullanılmaktadır. Bunlardan en çok egzersiz, akupunktur ve transkutanöz elektrikli sinir uyarımı (TENS) gibi non-farmakolojik yöntemler tercih edilmektedir (11,79,111,112).

PD tedavisinde sıcak tedavisi diğer tedavilerin etki düzeyini yükseltebildiği bildirilmiştir (11,112,113). Sıcak tedavisinin en az nonsteroid antiinflatuar ajanlar (NSAİİ) (İbuprofen) kadar başarı sağladığını belirtmektedir (114). Meta-analiz çalışması sonucunda; sıcak tedavisinin PD tedavisinde başarı sağladığı ve farmakolojik yöntemlere alternatif olarak uygulanabileceği belirlenmiştir(112).

PD tedavisinde B, D ve E vitaminlerinin tercih edilmesi özellikle ağrı kontrolünde başarılı olmaktadır (13,79). B vitaminlerinden B1 vitamini ile ilgili olarak yapılan araştırmada, PD'li kadınların 100 mg B1 vitamini kullanması durumunda 60 gün sonrasında %90'ında

tedavinin başarı sağladığı görülmüştür (115). PD'li katılımcılar ile yapılan ve 9 hafta süren çalışmada yüksek dozda D vitamini kullanımının PD prevalansında azalma meydana geldiği görülmüştür (79,115). D vitamini yanı sıra E vitaminine yönelik olarak yapılan bir başka çalışmada E vitamini ve NSAİİ içerikli ilaç karşılaştırılmış ve her ikisinin de aynı başarıyı sağladığı belirlenmiştir (13). Ayrıca vitaminlere ek olarak; diyetin yanı sıra çinko sülfat, zencefil ve balık yağı kullanımlarının da tedavide benzer etkilerde (ağrı süresi, şiddetini azaltma vb.) olduğu belirtilmektedir (79,115).

PD şikâyetlerinin azaltılmasında egzersiz uzun süreler boyunca kullanılmıştır. Egzersizin PD tedavisi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar incelendiğinde; başarı sağladığı ve alternatif yöntem olarak uygulanabileceği belirlenmiştir (112,116). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında; egzersizin PD tedavisinde başarılı olduğu bildirilmiştir (117).

PD tedavilerinde medikal tedavinin hastalar tarafından tercih edilmediği durumlarda akupunktur alternatif seçenekler arasındadır. Dismenoreli bireylerde akupunkturun ağrı azaltmada etkili olduğuna yönelik bulgular mevcuttur (118).

Transkutanöz veya deri altı elektrikli sinir uyarımı (TENS) akupunkturda olduğu gibi omurilik ve beyni uyararak ağrı sinyallerinin azalması, şiddetinin hafiflemesi ve kasların gevşemesine neden olmaktadır. TENS ile vücudun doğal ağrı kesicileri niteliğindeki endorfinlerin üretimini de tetikleyebilmektedir(119,120). PD'li bireylerde TENS'in menstrual ağrıları azaltmaya somut etkisinin olduğuna yönelik çeşitli bulgular mevcuttur. Ayrıca TENS, ağrı ile birlikte analjezik kullanımının azalmasına neden olabilmektedir (121-123).

Antropometri

Antropometri, insan vücudunun boyutlar (büyüklük, oranlar, vb.) açısından ölçümünün incelenmesidir. Bu değerler, vücut yağ ve iskelet kası kütlelerinin dağılımı hakkında bilgi sağlamaktadır. Antropometri verileri, kalori ve protein rezervlerindeki beslenme eksikliklerini veya fazlalıkları tespit etmede önemli rol oynamaktadır (124). Antropometri ile elde edilen veriler, antropolojik sınıflandırma ve karşılaştırma için insan vücudunun ölçülmesinde kullanılır (125). Antropometride ölçüm aletleri ile; vücutta belirli kemik noktalarının arasındaki uzunluklar, çevre ölçümleri (baldır, göğüs, kalça, bel, bilek, omuz, vb.), deri kıvrım kalınlıkları, omurga esnekliği, vücut kompozisyonları (spor ve egzersiz fizyolojisi, vücut yağ oranları vb.) tespit edilmektedir (126).

Primer Dismenore ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki

Antropometrik ölçümler, insan sağlığı konularında uzun yıllardır kullanılan verilerdir (127). Antropometrik ölçümlerden bel, boy, kalça ve uyluk değerlerinin MS ve menstrual özellikler arasında anlamlı ilişki olduğuna yönelik bulgular mevcuttur (30). Benzer bir durum PD ve antropometrik ölçümler arasında da bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası araştırmalarda PD ve antropometrik ölçümlere ilişkin bulguların yer aldığı görülmektedir (3,10,31).

Ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan ulusal çalışmalara bakıldığında; yapılan bir çalışmada PD'li katılımcılar ile boy arasında anlamlı bir ilişki olduğu ancak kilo ile arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre; uzun boylu kadınların dismenore olma ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca zayıf olanlar ile zayıf olmayan katılımcılara ait veriler incelendiğinde BKİ değişkenlerinin de PD ile anlamlı ilişki içerisinde olduğu belirlenmiştir. Buna göre zayıf ($BKİ < 20 \text{ kg/cm}^2$) kadınların zayıf olmayanlara göre PD oranının 2.5 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak BKİ normal olanlar/ olmayanlar ile şişman olanlar/ olmayanların PD ile ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (128). Ancak kilo ve boy değişkenlerinin incelendiği başka bir çalışmada ise PD'li katılımcılar ile BKİ arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucu elde edilmiştir (129). Yapılan bir başka çalışmada PD ve BKİ arasında normal ilişkinin olduğuna ve farklılık görülmediğine yönelik bulgularda elde edilmiştir (130).

Uluslararası alanda çalışmalara baktığımızda; İran'da yapılan iki farklı araştırmada boy, bel ve kalça çevreleri (boy uzunluğu-bel çevresi oranı, kalça-bel çevresi oranı, uyluk çevresi-boy oranı vb.) gibi antropometrik ölçümler ile PD arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (3,31). İran'da yapılan bir başka çalışma ise PD'nin antropometrik ölçümlerle ilişkisini belirlemek amaçlanmış ve vücut yağ oranı, bel çevresi, bel-kalça çevresi oranı kavramları ile arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (32). Bu sonuçlardan farklı olarak Hindistan'da yapılan çalışmada antropometrik ölçüler (vücut ağırlığı, BKİ) ve vücut kompozisyonları (vücut yağ oranı, bel-kalça oranı) ile PD arasında anlamlı ilişki olmadığına yönelik bulgular yer almaktadır (10).

Primer Dismenorede Hemşirelik Yaklaşımı

Sağlık sorunları insanları olumsuz yönde etkileyen kavramlar arasında yer almaktadır. Hasta bireylerin tedavisinde farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Tedavi sürecinde rol oynayan kavramlardan bazıları bireyin psikolojisi, BKİ, menarşa yönelik algı, hastalık ve tedavi hakkında bilgi seviyeleridir. Bu aşamada özellikle kadın üreme sistemi hastalıkları arasında yer alan PD tedavisinde hekimler kadar hemşirelere de görev düşmektedir. Dolayısı ile dismenore türlerinde tedavi aşamasından önce tanı evresi detaylı biçimde gerçekleştirilmeli ve tedaviye karar verilmesi ile birlikte risk etkenlerine karşın danışmanlık ve eğitim faaliyetleri planlanmalıdır (33).

Pelvik ağrının altında yatan nedenler ile ilgili olarak dismenore ve pelvik hastalıkların ayırımının doğru biçimde yapılması gereklidir. Hemşire tarafından yapılacak bilinçli yönlendirme; hastada tanı ve uygun testlerin seçimine yönelmeyi sağlamalıdır. Yapılacak değerlendirmelerde semptomlar ile menstruasyon arasındaki ilişki incelenir. Ayrıca, hastaya verilen dismenore izlem formlarının (DİF) hastada semptomların izlenmesine, menstruasyon dönemi farkındalığına ve ağrı tanımlanmasına olanak tanımaktadır. Hemşire tarafından yapılan bilgilendirmeleri de dikkate alan hastalar DİF'lerde;

- Ağrılara eşlik etmekte olan semptomlara,
- Menstrual ağrı sıklığı, şiddeti, yeri ve süresine
- Hasta tarafından uygulanan girişimler, tercih edilen farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlere yönelik belirtilere yer verilmesi oldukça önemlidir. Bu sebeple DİF'lerde bu bilgilere yönelik soruların yer alması ve hastaların bu formları hangi süreler (en az üç MS süresince) ve nasıl doldurması gerektiği konusunda hemşirelere büyük görevler düşmektedir (36,131).

Hastaya ait detaylı bilgilerin elde edilmesinde DİF'lerin yanı sıra dismenore başlangıç ve bitiş süresi, yaş ve menarş yaşı, BKİ, beslenme, PD ile ilişkili sosyal aktivite etkileri gibi bilgiler de dikkate alınmalıdır (34). PD ile mücadele de dengeli ve yeterli beslenme oldukça önemlidir. Hastaya beslenme problemlerinde karşılaşılabileceği sorunlar belirtilerek neden düzenli-dengeli beslenmeyi tercih etmesi gerektiği, hangi gıdalara ağırlık verebileceği (kompleks karbonhidratlı besinler, B vitamini içerikli, yüksek protein, vb.) konularında yönlendirmeler sağlanmalıdır (35,36).

Hemşirelerin PD tedavi s¼recinin t¼m detaylarının hastaya aktarılmasında ve tıbbi uygulamalarda rol¼ bulunmaktadırdır. Bu s¼reçte hastalara; bol miktarda sıvı t¼ketimi (kola, çay, kahve gibi kafein i¼erikliler hariç), alkol ve sigara kullanımlarının ortadan kaldırılması, kilo kontrol¼ ve fazla kilonun PD ile ilişkisi, şiddetli ağrılarda karın sıcak uygulaması ve mutlaka istirahat edilmesi, karın çevresine masaj uygulaması, hekim ve hemşire dışında farklı kesimler tarafından önerilecek tedavi anlayışlarının danışılmadan tercih edilmemesi, kabızlığın engellenmesi amacıyla lifli gıdaların daha fazla tercih edilmesi ve PD'ye neden olabilecek risk fakt¼rleri ve bunların engellenmesi (egzersiz yapma, d¼zenli uyku, vb.) hakkında bilgilendirmelerin hemşireler tarafından detaylı biçimde aktarılması ve gerektiğinde uygulamalı olarak anlatılması, tedavi s¼recinin daha verimli ve hızlı ilerlemesini sağlayacaktır (16,132,133).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, genç kadınlarda görülen primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi incelenmesi amacıyla planlanmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Primer dismenoresi olan kadınlarda antropometrik ölçümlerin primer dismenore üzerine etkisi var mıdır?
2. Primer dismenoresi olan ve olmayan kadınların antropometrik ölçüm sonuçları arasında farklılık var mıdır?
3. Primer dismenoresi olan ve olmayan kadınların ağrı şiddet düzeyi arasında farklılık var mıdır?
4. Primer dismenoresi olan ve olmayan kadınların menstruasyon semptom düzeyleri arasında farklılık var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Ocak 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servis İzlem Alanında ve Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Primer dismenoresi olan ve olmayan gruplar arasında antropometrik ölçümlere ilişkin Rad ve ark. (2018) çalışması baz alınarak hesaplanan 0,363 etki büyüklüğünde, %5 yanılma payı ve %80 güç değeriyle olgu (n=120) ve kontrol (n=120) olarak toplam n=240 genç kadının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır (3).

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

PD olan gruba; araştırmaya katılmaya gönüllü, primer dismenore olan, 18-25 yaş arası, menstrual siklusu düzenli devam eden (21-35 gün arası), menstruasyon süresi 3-7 gün arası olan, herhangi bir kronik sağlık sorunu olmayan, düzenli ilaç kullanımı olmayan, çocuk sahibi olmayan genç kadınlar dahil edilmiştir.

PD olmayan gruba; araştırmaya katılmaya gönüllü, primer dismenoresi olmayan, 18-25 yaş arası, menstrual siklusu düzenli, herhangi bir kronik sağlık sorunu olmayan, düzenli ilaç kullanımı olmayan, çocuk sahibi olmayan genç kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, 18 yaş altı ve 25 yaş üstü, primer dismenore şikayeti olmayan, menstrual siklusu düzensiz olan (<21-35> gün) ve menopoza girmiş olan kadınlar, menstruasyon süresi <3-7> gün olan, Polikistik Over (PKOS) hastalığı gibi patolojik problemleri olan, herhangi bir kronik sağlık sorunu olan, düzenli ilaç kullanımı olan, çocuk sahibi olan genç kadınlar PD olan ve olmayan gruplara dahil edilmemiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri bir anket formu (Ek 1), Menstruasyon Semptom Ölçeği (Ek 2) ve Vizüel Analog Skala (VAS) (Ek 3) ile toplanmıştır. Antropometrik ölçümler; vücut analiz baskülü ve elastik olmayan mezura kullanılarak yapılmıştır.

Anket Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan anket formu; kişisel özelliklere ait 11 soru, menstruasyon dönemine ilişkin özelliklere ait 4 soru ve menstruasyon dönemi semptomlarında kullanılan tedavi yöntemlerine ilişkin özelliklere ait 3 soru olmak üzere 18 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca 9 adet vücut antropometrik değeri ölçülmüştür (3,10,31,105).

Menstruasyon Semptom Ölçeği: 1975'te Chesney ve Tasto tarafından menstruasyon ağrısı ve semptomlarını değerlendirmek amacıyla İngilizce olarak geliştirilmiştir (134). 2009 yılında, Negriff ve ark. tarafından adölesanlar üzerinde faktör yapısı ve kullanılabilirliği tekrar değerlendirilerek güncelleştirilmiştir (135). 24 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2014 yılında Güvenç ve ark. tarafından yapılmıştır. Katılımcılardan menstruasyonla ilgili yaşadıkları belirtilere 1 (hiçbir zaman) ve 5 (her zaman) arasında bir puan vermeleri istenmektedir. MSÖ puanı, ölçekteki maddelerin toplam puan ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Puan ortalamasının yükselmesi menstrual semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin orijinalinde 'Negatif Etkiler/Somatik Yakınmalar', 'Menstrual Ağrı' ve 'Başetme Yöntemleri' olmak üzere üç alt boyutu vardır. Alt boyutlardan alınan puan, alt boyutlarda yer alan maddelerin toplam puan ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Alt boyutlar için puan ortalamasının yükselmesi, o alt boyuta ilişkin menstrual semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Güvenç ve ark. ölçeğin Cronbach's Alpha değerini 0,86 olarak bulmuştur (63). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,92'dir.

Vizüel Analog Skala (VAS): VAS, 10 santimetre uzunluğunda yatay ve dikey çizgilerden oluşan tek maddeli bir ağrı skalasıdır. Katılımcılardan son 24 saatte yaşadıkları "mevcut" ağrı şiddetini bildirmeleri istenir. Skala, ağrı yoğunluğu için, 'ağrı yok' (0 puan) ve 'olabildiğince kötü' ya da 'hayal edilebilecek en kötü ağrı' (100 puan) ile derecelendirilir. Skorların tercih edilen bir sayısal değer, numara ve sözel tanımlayıcı etrafında kümelenmesini önlemek için ortalama puanlar önerilmez. Puanlama 10 santimetrelik bir cetvel kullanılarak yapılır. 'Ağrı yok' noktasından başlayarak hastanın işaret koyduğu yere kadar ölçülür ve 0-100 puan arası değerlendirilir. Yüksek olan skor daha fazla ağrı olduğunu gösterir. VAS skorların

dağılımına göre; ağrı yok (0-4mm), hafif ağrı (5-44mm), orta derecede ağrı (45-74mm) ve şiddetli ağrı (75-100mm) olarak sınıflandırılır (136).

Vücut Analiz Baskülü ve Elastik Olmayan Mezura: Vücut Analiz Baskülü ile vücut kompozisyonu hesaplaması (kilo, BKİ, yüzde yağ oranı, yağsız kütle) yapılmaktadır. Hesaplama prensipleri; vücut yağının elektrik iletkenliği düşüktür. Vücut analiz baskülü, vücut yağ yüzdesini Biyoelektrik Empedans (BI) yöntemiyle ölçer. Kaslar, kan damarları ve kemikler, elektriği kolayca ileten yüksek su içeriğine sahip vücut dokularıdır. Vücut yağı, elektrik iletkenliğinin az olduğu bir dokudur. Vücut analiz baskülü, yağlı doku miktarını tespit etmek için vücuda 500 A'dan az ve 50 khz'lik son derece zayıf bir elektrik akımı gönderir. Bu zayıf elektrik akımı vücut analiz baskülü çalışırken hissedilmemektedir. Bu ürün vücut kompozisyonunuzu belirlemek ve vücut kompozisyonu verilerine dayanan sonuçlar sunmak için kullanılır. Boy, kilo, yaş ve cinsiyet bilgileri ile birlikte elektrik empedansı kullanır. Dalgalanmaların etkisini önlemek için tüm vücudu ölçer.

Elastik Olmayan Mezura; 300 cm'ye kadar iki tarafında cm ölçeği vardır. Genişlik yaklaşık 3/4 inç/1.9 cm, hassaslık 1mm/1/8 inçtir. Mezura ile boy, bel çevresi, kalça çevresi, kol çevresi, karın çevresi ölçümleri yapılmıştır. Boy; düz bir duvara dik bir şekilde yaslanarak, sırtı düz ve boyun dik olarak ölçülmüştür. Bel çevresi; umblikusun üst kısmından, kollar yana açıkken ölçülmüştür. Kalça çevresi; önde simfisis pubis, arkada gluteal bölgenin en çıkıntılı kısmından ölçülmüştür. Kol çevresi; bicepsin en geniş kısmından ölçülmüştür. Karın çevresi; umblikus hizasından, yanlarda subkostal bölgeden ayakta, kollar yana açıkken ölçülmüştür.

ETİK KURUL ONAYI

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan TÜTF-BAEK 2018/372 sayılı etik onay (Ek 4) alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanabilmesi için etik onay sonrası Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servis Anabilim Dalı (Ek 5) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan (Ek 6) yazılı kurum izinleri alınmıştır.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmaya gönüllü PD şikayeti nedeni ile; Acil Servis İzlem Alanına başvuran genç kadınlara öncelikle çalışmanın amacı açıklanmıştır. Daha sonra veri formunun nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapılarak sözel onamları alınmıştır. Katılımcılar tarafından veri formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Ardından katılımcıların antropometrik özellikleri vücut analiz baskülü ve elastik olmayan mezura ile ölçülüp kayıt altına alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamış olup veri formlarında kodlama sistemi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılmaya gönüllü PD şikayeti olmayan Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde ders sonrası zamanlarda uygulanmıştır. Genç kadınlara öncelikle çalışmanın amacı açıklanmıştır. Daha sonra veri formunu nasıl doldurulacağı hakkında bilgilendirme yapılarak sözel onamları alınmıştır. Katılımcılar tarafından veri formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Ardından katılımcıların antropometrik özellikleri vücut analiz baskülü ve elastik olmayan mezura ile ölçülüp kayıt altına alınmıştır. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamış olup veri formlarında kodlama sistemi kullanılmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp) paket programı kullanılmıştır. Primer dismenoreesi olan ve olmayan genç kadınların kişisel özelliklerinin, antropometrik ölçüm sonuçlarının, VAS puan ortalamalarının ve MSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında non-parametrik testlerden Mann Whitney U ve Kruskal Wall's testlerinden uygun olanları kullanılmıştır. PD olan genç kadınların antropometrik ölçüm değerleri Binary Lojistik Regresyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar ortalama (Ort.) standart sapma (SS), sayı (n), yüzde (%) olarak gösterilmiş olup $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sadece bir Acil Servis İzlem Alanı ve Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yürütülmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Araştırma, Ocak 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında genç kadınlarda primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla primer dismenoresi olan n=120 kadın ve primer dismenoresi olmayan n=120 kadın olmak üzere toplam n=240 kadın üzerinden yürütülmüştür.

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında tablolar halinde sunulmuştur;

1. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınların Kişisel Özellikleri
2. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınların Menstruasyon Dönemine İlişkin Özellikleri
3. Primer Dismenoresi Olan Kadınların Semptomlar ile Baş Etmekte Kullandıkları Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler
4. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınların Antropometrik Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması
5. Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Primer Dismenore Üzerine Etkisinin İncelenmesi
6. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınların VAS Skalasına göre Ağrı Şiddeti Düzeyi ve Oranlarının Karşılaştırılması
7. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınların Menstruasyon Semptom Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PRİMER DİSMENORESİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARIN KİŞİSEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 1’de, primer dismenoresi (PD) olan ve olmayan genç kadınların kişisel özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. PD olan (21,41±2,28) ve PD olmayan (21,31±1,72) grubun yaşlarının benzer olduğu bulunmuştur (p=0,699). PD olanların %6’sı evli ve %94’ü bekar; PD olmayanların %3’ü evli, %97’si bekarıdır (p=0,231). PD olanların %61’i lise, %13’ü ön lisans, %23’ü lisans ve %3’ü yüksek lisans/doktora mezunu; PD olmayanların %80’i lise, %7’si ön lisans, %10’u lisans ve %3’ü yüksek lisans/doktora mezunudur (p=0,009). PD olanların %22’si ön lisans, %62’si lisans ve %16’sı yüksek lisans/doktora devam etmekte; PD olmayanların %5’i ön lisans, %90’ı lisans ve %5’i yüksek lisans/doktora devam etmektedir (p<0,001). PD olanların %93’si çekirdek, %7’si geniş aile tipine sahip; PD olmayanların %87’i çekirdek, %13’ü geniş aile tipine sahiptir (p=0,184). PD olanların anne eğitim durumu %51’inde ilköğretim ve altı ve %49’unda lise ve üzeri; PD olmayanların %64’ünde ilköğretim ve altı ve %36’sında lise ve üzeridir (p=0,037). PD olanların baba eğitim durumu %38’inde ilköğretim ve altı ve %62’sinde lise ve üzeri; PD olmayanların %50’sinde ilköğretim ve altı ve %50’sinde lise ve üzeridir (p=0,051). PD olanların %16’sının geliri giderinden az, %67’sinin geliri giderine eşit, %17’si geliri giderinden fazla; PD olmayanların %15’inin geliri giderinden az, %68’inin geliri giderine eşit ve %17’sinin geliri giderinden fazladır (p=0,963). PD olanların %34’ü çalışmakta; PD olmayanların %15’i çalışmaktadır (p=0,001). PD olanların %31’i sigara kullanmakta; PD olmayanların %25’i sigara kullanmaktadır (p=0,314). PD olanların %18’i alkol tüketmekte; PD olmayanların %24’ü alkol tüketmektedir (p=0,269).

Elde edilen sonuçlara göre; PD olan ve olmayan genç kadınların yaşı, medeni durumu, aile tipi, baba eğitim durumu, gelir durumu, sigara-alkol kullanma durumu benzerdir (p>0,05). En son mezuniyet durumu, halen devam edilen eğitim, anne eğitim durumu ve çalışma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 1. PD olan ve olmayan kadınların kişisel özellikleri (n=240)

		PD Olan (n=120)		PD Olmayan (n=120)		Z	p
		Ort. ± SS		Ort. ± SS			
1. Yaş		21,41 ± 2,28		21,31 ± 1,72		-0,387	0,699
		n	%	n	%	X²	p
2. Medeni durumu	Evli	7	6	4	3	2,928	0,231
	Bekar	113	94	116	97		
3. Mezuniyet Eğitim durumu	Lise	74	61	97	80	11,624	0,009
	Ön lisans	15	13	8	7		
	Lisans	28	23	12	10		
	Yüksek lisans-Doktora	3	3	3	3		
4. Halen devam edilen eğitim durumu*	Ön lisans	23	22	6	5	22,361	<0,001
	Lisans	66	62	101	90		
	Yüksek lisans-Doktora	17	16	6	5		
5. Aile Tipi	Çekirdek	112	93	104	87	3,38	0,184
	Geniş	8	7	16	13		
6. Anne Eğitimi	İlköğretim ve altı	61	51	77	64	4,365	0,037
	Lise ve üzeri	59	49	43	36		
7. Baba Eğitimi	İlköğretim ve altı	45	38	60	50	3,81	0,051
	Lise ve üzeri	75	62	60	50		
8. Gelir durumu	Gelir giderden az	19	16	18	15	0,076	0,963
	Gelir gidere eşit	80	67	82	68		
	Gelir giderden fazla	21	17	20	17		
9. Çalışma durumu	Çalışıyor	41	34	18	15	11,889	0,001
	Çalışmıyor	79	66	102	85		
10. Sigara kullanımı	Hayır	83	69	90	75	1,015	0,314
	Evet	37	31	30	25		
11. Alkol kullanımı	Hayır	98	82	91	76	1,22	0,269
	Evet	22	18	29	24		

*: Cevap Verenlerin Sayısı

n: Katılımcı Sayısı; **%:** Yüzde; **Ort.:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma

Z: Mann Whitney U Testi; **X²:** Ki-Kare Bağımsızlık Testi

PRİMER DİSMENORESİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARIN MENSTRUASYON DÖNEMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 2’de, PD olan ve olmayan kadınların menstruasyon dönemine ilişkin özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. PD olan (13,18±1,14) ve PD olmayan (13,33±1,35) grubun ilk menstruasyon (menarş) yaşlarının benzer olduğu bulunmuştur (p=0,631). PD olan (28,78±2,69) ve PD olmayan (29,59±3,01) kadınların menstruasyon sıklığının farklı olduğu bulunmuştur (p=0,015). PD olanların %100’ü 3-7 gün menstruasyon olmakta; PD olmayanların %95’i 3-7 gün menstruasyon olmakta ve aralarında anlamlı farklılık bulunmaktadır (p=0,013). PD olanların %42’si adet olmayı beklemeyi doğal karşılıyor, %3’ü hoşlanıyor, %42’si hoşlanmıyor ve %13’ü nefret etmekte; PD olmayanların %58’i menstruasyon olmayı beklemeyi doğal karşılıyor, %4’ü hoşlanıyor, %31’i hoşlanmıyor ve %7’si nefret etmektedir (p=0,045).

Tablo 2. PD Olan ve Olmayan Kadınların Menstruasyon Dönemine İlişkin Özellikleri

		PD Olan (n=120)		PD Olmayan (n=120)		Z	p
		Ort.±SS		Ort.±SS			
1.İlk menstruasyon (menarş) yaşı		13,18±1,1		13,33±1,35		-0,48	0,631
2.Ortalama kaç günde bir menstruasyon oluyorsunuz (sıklık)		28,78±2,69		29,59±3,01		-2,436	0,015
		n	%	n	%	X ²	p
3.Menstruasyon kanamanız kaç gün sürüyor? (süre)	3-7 gün	120	100	114	95	6,154	0,013
	8 gün ve daha fazla	0	0	6	5		
4.Menstruasyon dönemi öncesinde menstruasyon bekleme tepkinizi nasıl tanımlarsınız?	Doğal karşılıyorum	50	42	70	58	8,054	0,045
	Hoşlanıyorum	4	3	5	4		
	Hoşlanmıyorum	50	42	37	31		
	Nefret ediyorum	16	13	8	7		

n: Katılımcı Sayısı; **%:** Yüzde; **Ort.:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma
Z: Mann Whitney U Testi; **X²:** Ki-Kare Bağımsızlık Testi

PRİMER DİSMENORESİ OLAN KADINLARIN SEMPTOMLAR İLE BAŞ ETMEKTE KULLANDIKLARI TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 3'te, PD olan kadınların semptomlar ile baş etmekte kullandıkları tedavi yöntemleri verilmiştir. PD olan kadınların %34'ü ağrıya hafifletmek amaçlı tıbbi tedavi aldığını, %66'sı almadığını belirtmiştir. Kadınların %50'si ağrıya hafifletmek amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları (TSY) kullandığını, %41'i ağrıya hafifletmek amaçlı TSY tıbbi tedaviye ek olarak ve %59'u ağrıya hafifletmek amaçlı sadece TSY kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 3. PD Olan Kadınların Semptomlar ile Baş Etmekte Kullandıkları Tedavi

Yöntemleri

		n	%
Ağrıya hafifletmek amaçlı tıbbi tedavi alıyor musunuz?	Evet	41	34
	Hayır	79	66
Ağrıya hafifletmek amaçlı TSY kullanıyor musunuz?	Evet	60	50
	Hayır	60	50
Ağrıya hafifletmek amaçlı TSY kullanıyorsanız tıbbi tedaviye ek olarak mı ya da tek başına mı kullanıyorsunuz? *	Tıbbi tedaviye ek olarak	24	41
	Sadece TSY	34	59

n: Katılımcı Sayısı; %: Yüzde; *: Cevap Verenlerin Sayısı

PRİMER DİSMENORESİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM SONUÇLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Tablo 4'te, PD olan ve olmayan kadınların antropometrik ölçüm sonuçlarının karşılaştırılma sonuçları verilmiştir. PD olan (164,42±6,42) ve PD olmayanların (163,42±6,28) boylarının benzer (p=0,218); PD olan (61,59±11,93) ve PD olmayanların (60,92±11,59) kilolarının benzer (p=0,680); PD olan (22,73±3,83) ve PD olmayanların (22,76±3,78) beden kitle indekslerinin(BKİ) benzer (p=0,912); PD olan (71,50±8,49) ve PD olmayanların (71,12±8,55) bel çevrelerinin benzer (p=0,600); PD olan (99,43±9,63) ve PD olmayanların (97,95±8,24) kalça çevrelerinin benzer (p=0,368); PD olan (25,23±2,69) ve PD olmayanların (25,72±2,72) kol çevrelerinin benzer (p=0,165); PD olan (90,43±13,61) ve PD olmayanların (88,51±8,63) karın çevrelerinin benzer (p=0,390); PD olan (30,48±8,00) ve PD olmayanların

(32,22±7,54) yüzde yağ oranının benzer (p=0,113); PD olan (44,61±5,26) ve PD olmayanların (44,28±5,12) yağsız kütlelerinin benzer olduğu bulunmuştur (p=0,811).

PD olan ve olmayan kadınların antropometrik ölçüm sonuçları benzerdir (p>0,05).

Tablo 4. PD olan ve olmayan kadınların antropometrik ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması

	PD Olan (n=120)	PD Olmayan (n=120)	Z	P
	Ort.± SS	Ort.±SS		
Boy	164,42±6,42	163,42±6,28	-1,233	0,218
Kilo	61,59±11,93	60,92±11,59	-0,412	0,680
BKİ	22,73±3,83	22,76±3,78	-0,111	0,912
Bel Çevresi	71,50±8,49	71,12±8,55	-0,525	0,600
Kalça Çevresi	99,43±9,63	97,95±8,24	-0,901	0,368
Kol Çevresi	25,23±2,69	25,72±2,72	-1,389	0,165
Karın Çevresi	90,43±13,61	88,51±8,63	-0,86	0,390
Yüzde Yağ Oranı	30,48±8,00	32,22±7,54	-1,584	0,113
Yağsız Kütle	44,61±5,26	44,28±5,12	-0,238	0,811

n: Katılımcı Sayısı; **Ort.:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma; **BKİ:** Beden Kitle İndeksi
Z: Mann Whitney U Testi

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM DEĞERLERİNİN PRİMER DİSMENORE ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 5'te, antropometrik ölçüm değerlerinin PD üzerine etkisinin incelenmesi verilmiştir. Binary Lojistik Regresyon analizi sonucunda, genç kadınlarda kalça çevresi arttıkça PD yaşanmasının arttığı ve yüzde yağ oranı arttıkça PD yaşanmasının azalacağı bulunmuştur. Kalça çevresinin artması (OR=1.09; %95 GA:1.00-1.19; p=0.043) PD üzerine risk faktörü olup; yüzde yağ oranının artması PD'de koruyucu bir faktördür (OR=0,093; %95 GA:0,87-0,99; p=0.021).

Tablo 5. Antropometrik ölçüm değerlerinin primer dismenore üzerine etkisinin incelenmesi

	p	OR	%95 Güven Aralığı	
			Lower	Upper
Boy	0.508	1,088	0,848	1,395
Kilo	0.620	0,921	0,666	1,274
BKİ	0.542	1,308	0,552	3,097
Bel çevresi	0.678	1,017	0,938	1,103
Kalça çevresi	0.043	1,092	1,003	1,190
Kol çevresi	0.060	0,823	0,672	1,008
Karın çevresi	0.310	1,029	0,974	1,087
Yüzde yağ oranı	0.021	0,925	0,865	0,988
Yağsız kütle	0.528	0,925	0,727	1,178
Sabit	0.419	0,000		

OR: Odds Ratio; R²:0,122

PRİMER DİSMENORESİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARIN VAS SKALASINA GÖRE AĞRI ŞİDDETİ DÜZEYİ VE ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 6’da PD olan ve PD olmayan genç kadınların VAS skalasına göre ağrı şiddet düzeyi ve oranlarının karşılaştırılması verilmiştir. VAS puan ortalamaları PD olan genç kadınlar (6,28±1,71) ve PD olmayan genç kadınlar da (0,98±1.23) aralarında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,001). Bu sonuca göre PD olan genç kadınlar orta şiddetli ağrı yaşamakta, PD olmayan genç kadınlar ağrı yaşamamaktadır. VAS ağrı skalasına göre PD olan kadınların %6,7’si 3, %9,2’si 4, %17,5’i 5, %16,7’si 6, %28,3’ü 7, %12,5’i 8, %5,8’i 9 ve %3,3’ü 10 düzeyinde ağrı şiddeti (05-44mm: Hafif ağrı, 45-74mm: Orta derecede ağrı, 75-100mm: Şiddetli ağrı) yaşadığı saptanmıştır. PD olan genç kadınların %6,7’sinin düşük (1-3), %71,6’sının orta (VAS 4-7) ve %21,6’sının şiddetli (VAS 8-10) düzeyde ağrı yaşadığı belirlenmiştir.

VAS ağrı skalasına göre PD olmayan kadınların %51,7'si 0, %20,8'i 1, %13,3'ü 2, %6,7'si 3 ve %7,5'i 4 düzeyinde ağrı şiddeti (0-4mm: Ağrı yok; 05-44mm: Hafif ağrı) yaşadığı belirlenmiştir. PD olmayan kadınlar yüksek oranda hiç ağrı yaşamamakta ve düşük oranda hafif şiddette ağrı yaşamaktadır.

Tablo 6. PD Olan ve Olmayan Kadınların VAS Skalasına Göre Ağrı Şiddeti Düzeyi ve Oranlarının Karşılaştırılması

	PD Olan (n=120)	PD Olmayan (n=120)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	p*
VAS puan ortalaması	6.28±1,71	0,98±1,23	<0,001
Ağrı Yok	0	51,7	<0,001
Ağrı Şiddeti 1	0	20,8	
Ağrı Şiddeti 2	0	13,3	
Ağrı Şiddeti 3	6,7	6,7	
Ağrı Şiddeti 4	9,2	7,5	
Ağrı Şiddeti 5	17,5	0	
Ağrı Şiddeti 6	16,7	0	
Ağrı Şiddeti 7	28,3	0	
Ağrı Şiddeti 8	12,5	0	
Ağrı Şiddeti 9	5,8	0	
Ağrı Şiddeti 10	3,3	0	

n: Katılımcı Sayısı **Ort:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma

***:** Mann Whitney U Testi

PRİMER DİSMENORESİ OLAN VE OLMAYAN KADINLARIN MENSTRUASYON SEMPTOM ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7’de, PD olan ve olmayan kadınların MSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. PD olan (2,97±0,67) ve PD olmayan (2,07±0,54) kadınların MSÖ puan ortalamalarının anlamlı farklı olduğu bulunmuştur (p<0,001). PD olan (3,06±0,70) ve PD olmayan (2,17±0,57) kadınların “negatif etkiler/somatik yakınmaları” (p<0,001); PD olan (2,85±0,81) ve PD olmayan (1,92±0,63) kadınların “ağrı belirtileri” (p<0,001); PD olan (2,83±0,89) ve PD olmayan (1,96±0,76) kadınların “baş etme yöntemleri” alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Buna göre; PD olan genç kadınlar anlamlı olarak daha fazla menstrual semptom yaşamaktadır. Ayrıca PD olan genç kadınlar negatif etkiler/somatik yakınmaları, ağrı belirtilerini anlamlı olarak daha fazla yaşamakta ve baş etme yöntemlerini kullanmaktadır.

Tablo 7. PD Olan ve Olmayan Kadınların MSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Toplam (n=240)	PD Olan (n=120)	PD Olmayan (n=120)	
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p
MSÖ	2,52±0,76	2,97±0,67	2,07±0,54	<0,001
MSÖ Alt Boyutları				
Negatif etkiler/Somatik Yakınmalar	2,61±0,78	3,06±0,70	2,17±0,57	<0,001
Ağrı Belirtileri	2,39±0,86	2,85±0,81	1,92±0,63	<0,001
Başetme Yöntemleri	2,40±0,93	2,83±0,89	1,96±0,76	<0,001

n: Katılımcı Sayısı; **Ort.:** Ortalama; **SS:** Standart Sapma

TARTIŞMA

PD, çoğunlukla genç kadınlarda görülen ağrılı mensturasyon olarak tanımlanan bir jinekolojik problemdir (2,9,10). PD, ergenlerde sıkça görülmekle birlikte görülme yaşı genellikle 16-25 yaş aralığındadır (8,12,13). Yapılan bazı çalışmalarda, PD ve antropometrik ölçümler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (3,31). Antropometrik ölçümler ile PD arasında anlamlı ilişki olmadığına yönelik çalışmalarda bulunmaktadır (10). Bu araştırma da PD olan ve olmayan genç kadınlar üzerinde, PD ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki karşılaştırılmalı olarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmada PD olan ve olmayan genç kadınların antropometrik ölçüm sonuçlarının benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Dismenore ile antropometrik ölçümler arasında (boy, kilo, BKİ) anlamlı farklılık olmadığına yönelik benzer bulgularda literatürde bulunmaktadır (137). Literatürde tersi yönde bulgularda yer almaktadır. Rad ve ark. tarafından 15-17 yaş aralığındaki 200 lise öğrencisi üzerinde PD ve antropometrik ölçüm değerleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, PD'si olan genç kadınlarda bel-uyluk çevresi arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. PD'si olan lise öğrencilerinin bel çevresi ($p=0,003$) ve uyluk çevresinin ($p=0,23$) daha dar olduğunu saptamışlardır (3). Rafique ve Sheikh tarafından 18-25 yaş aralığındaki 370 kız öğrenci üzerinde PD ve BKİ arasındaki etkileşimin belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmada, PD ile antropometrik ölçümler arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifade ile zayıf ($BKİ<18,5$) kız öğrencilerde PD prevelansının, kilolu olanlara göre ($BKİ>30 \text{ kg/cm}^3$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (138). Erdoğan tarafından 366 üniversite öğrencisi üzerinde BKİ-PD arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada ise PD'si olan ve olmayan öğrencilerde kilo değişkeni arasında anlamlı

farklılık olmadığı belirlenmiştir Ancak PD'li kız öğrencilerin PD'li olmayanlara oranla daha uzun boylu olduğu; düşük BKİ'ye ($<20 \text{ kg/cm}^3$) sahip kız öğrencilerin PD yaşama ihtimalinin, düşük BKİ'ye sahip olmayan ($20 \text{ kg/cm}^3 >$) kız öğrencilere oranla 2,4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (128). Çalışmalarda PD ve antropometrik ölçümler arasında farklı bulgulara ulaşılmasının farklı coğrafya, katılımcı yaş grupları, risk faktörleri ve/veya genetik özellikler gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada PD olan genç kadınlarda kalça çevresi arttıkça PD yaşanmasının arttığı ve yüzde yağ oranı arttıkça PD yaşanmasının azaldığı saptanmıştır (Tablo 5). Rad ve ark. tarafından yapılan çalışmada bel çevresi ($p=0,03$), boy ($p=0,05$) ve bel çevresi-boy oranının ($p=0,01$) PD varlığı ile anlamlı ilişki içerisinde olduğu görülmüştür (3). Haidari ve ark. genç kadınlarda PD ile antropometrik özellikler arasında etkileşimin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, aşırı kilo ile BKİ'nin PD ile anlamlı ilişkili olmadığını belirlemiştir. Ancak bel çevresi ve yağ kütlesinin artması PD riskini arttırdığı saptanmıştır (32). Singh ve ark. tarafından PD'li 18-25 yaş aralığındaki genç kadınlarda antropometrik verilerin incelenmesi amacı ile yapılan çalışmada, antropometrik ölçüler (vücut ağırlığı, BKİ) ile vücut yağ oranı, bel-kalça oranı ve PD arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir (10). Zurawiecka ve Wronka tarafından 19-25 yaş arası 500 üniversite öğrencisi üzerinde PD ile prevelans, boy, bel oranları, vb. etkileşiminin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, karın çevresinde yağlanma seviyesi fazla olan kadınlarda PD'nin daha fazla görüldüğü ve zayıf ($\text{BKİ}<18,5$) ve kilolu ($\text{BKİ}>25$) kadınlarda PD riskinin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (139). Bu çalışmada kalça çevresi artışının PD oluşumu üzerine risk faktörü olduğu, yüzdelik yağ oranı artışının PD' den koruyucu bir faktör olduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgumuz literatürü destekleyici yeni bir bulgudur. Ancak yüzdelik yağ oranının PD açısından koruyucu olduğu konusunda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmada VAS ağrı skalasına göre PD olan genç kadınların %71,7'sinin orta şiddette ağrı yaşadığı ve ağrı şiddeti düzeyi puan ortalamasının orta düzey ($6,28 \pm 1,71$) olduğu bulunmuştur (Tablo 6). Benzer şekilde Erdoğan tarafından yapılan çalışmaya göre PD'li öğrencilerin %28,7'si şiddetli ve %63,5'i orta şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir (128). Yılmaz ve Şahin tarafından 584 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada genç kadınlarda VAS ortalamasının orta şiddette olduğu ($5,66 \pm 2,36$) belirlenmiştir (140). Yücel, Kendirci ve Gül tarafından 9-18 aralığında kız öğrenciler ile yapılan çalışmada da VAS değeri ortalamalarının orta şiddette ($5,87 \pm 2,45$) olduğu bulunmuştur (90). Aksoy ve ark. tarafından 28 PD'li genç

kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada VAS skorunun orta şiddette olduğu (5.67 ± 3.12) belirlenmiştir (141). Rad ve ark. tarafından yapılan çalışmada PD'li lise öğrencilerinin VAS ortalamasının orta şiddette olduğu görülmüştür (3). Sanctis ve ark. tarafından yapılan çalışmada, genç kızların %29'unun şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır (142). Zurawiecka ve Wronka tarafından yapılan çalışmada benzer doğrultuda olup araştırmaya katılan kadınların %69,6'sının hafif ve %30,4'ünün orta-şiddetli ağrısının olduğu belirlenmiştir (139). Çalışma bulguları ile literatürdeki çalışmaların bulguları birbirine paralellik göstermektedir. Buna göre PD olan genç kadınların büyük çoğunluğunun orta şiddette ağrı yaşadığı söylenebilir.

Çalışmada PD olan genç kadınlarda menstruasyon semptomlarının PD olmayanlara oranla daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 7). Benzer şekilde Yıldız tarafından 97 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, PD olan genç kadınların PD olmayan genç kadınlara oranla daha fazla menstruasyon semptomları yaşadığı belirlenmiştir (143). Iacovides ve ark. tarafından yapılan çalışmada PD olan ve PD olmayan genç kadınlar 6 aylık süre ile incelenmiş ve benzer şekilde PD olan genç kadınların PD genç olmayan kadınlara oranla daha fazla menstruasyon semptomları yaşadığı bulunmuştur (144). Benzer şekilde de yapılan çalışmalarda PD olan genç kadınların menstruasyon semptomlarını daha fazla yaşadığı bildirilmiştir.

Çalışmada PD olan genç kadınların PD olmayanlara oranla negatif etkiler/somatik yakınmalarının daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 7). Yıldız tarafından yapılan çalışmada benzer biçimde PD olan kadınlarda bazı negatif etkiler/somatik yakınmaların ve depresyonun daha fazla olduğu belirlenmiştir (143). Iacovides ark. tarafından yapılan çalışmada da negatif etkiler ve somatik yakınmaların (ruh hali, fiziksel sağlık, ikili ilişkiler vs.) PD olan ve olmayan genç kadınlarda farklılık gösterdiği, PD olan genç kadınlarda PD olmayanlara oranla daha fazla yakınmaların olduğu bulunmuştur (144). Ju ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise dismenore ile ilgili toplam 11 farklı ülkeden 19.010 katılımcının yer aldığı 15 makale incelenmiş, inceleme sonucuna göre PD olan genç kadınların negatif etkilerinin (stres, psikolojik sorunlar vs.) PD olmayan genç kadınlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (99). Elde edilen çalışma bulguları gösteriyor ki; PD olan genç kadınlarda negatif etkiler/ somatik yakınmalar daha yoğun yaşanmaktadır. Menstruasyon dönemi yaşanan hormonal değişimlere PD eklenmesi ile ruhsal sorunların daha fazla yaşandığı düşünülmektedir.

Çalışmada PD olan genç kadınlarda ağrı belirtilerinin PD olmayanlara oranla daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 7). Yıldız tarafından yapılan çalışmada ağrı belirtileri ile ilgili olarak farklı bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre baş ağrısının PD olan kadınlarda daha fazla

olduğu; karın-kalça, sırt ağrılarının ise PD olan ve PD olmayan genç kadınlar anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (143). Ju ve ark. tarafından yapılan çalışmada da PD olan genç kadınlarda karın bölgesindeki (alt ve orta bölgelerde) ağrılarının PD olmayan genç kadınlara oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (99). Omidvar ve ark. tarafından 11-28 yaş aralığındaki 1000 adölesan ve genç kadının katılımı ile yapılan çalışmada ise PD olan kadınlarda karın bölgesinde ağrının en yaygın görülen ağrı türü olduğu bildirilmiştir. Ayrıca PD ile ağrı belirtisi arasında anlamlı ilişki olduğu ve PD olan genç kadınlarda PD olmayanlara göre bel, karın, sırt ve çeşitli bölgelerde ağrının daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (145). Çalışmalarda elde edilen benzer sonuçlar, PD olan genç kadınlarda menstruasyon başlangıcında karın bölgelerinde ağrı belirtilerinin daha fazla yaşandığını göstermektedir.

Çalışmada PD olan genç kadınların yarısının ağrısını hafifletmek için TSY başvurduğu, %41'inin tıbbi tedaviye ek olarak TSY kullandığı (Tablo 3), PD olan genç kadınların PD olmayanlara göre baş etme yöntemlerine daha fazla başvurduğu saptanmıştır (Tablo 7). Iacovides ve ark. tarafından yapılan çalışmada PD olan genç kadınların PD olmayanlara oranla baş etme yöntemlerinden ağrı kesici kullanımının daha yaygın olduğu görülmüştür (144). Zhu ark. tarafından PD olan 122 Çinli ve 120 Avustralyalı kadının PD ile baş etme yöntemleri incelenmiştir. Buna göre PD olan Avustralyalı kadınların Çinli kadınlara oranla baş etme yöntemlerini daha fazla tercih ettiği, PD ile baş etme yöntemleri arasında ağrı kesici kullanımının Avustralyalı kadınlar tarafından tercih edildiği, her iki ülkedeki kadınların baş etme yöntemleri arasında sıcak uygulamalar, bitkisel ilaç kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca PD olan Çinli kadınların Avustralyalı kadınlara oranla masaj uygulamalarını daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir (146). Kapadi ve Elander tarafından 18-50 yaş aralığındaki PD olan 145 kadın ile yapılan çalışmada katılımcıların baş etme yöntemleri arasında katılımcıların % 84,8'ünde analjezik kullanımının tercih edildiği belirlenmiştir (147). Yıldız tarafından yaş ortalaması $19,77 \pm 1,71$ ve PD olan 97 öğrenci ile yapılan çalışmada ise PD ile baş etmede analjezik kullanımının (%33,7) kullanmayanlara göre (%66,3) oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (148). Erenel ve Şentürk tarafından 14-19 yaş aralığındaki 153 öğrenci ile yapılan çalışmada dismenore ile baş etme yöntemleri incelenmiştir. Buna göre dismenore olan kadınların baş etme yöntemleri arasında etkili bir yöntem olmadığı, yatarak dinlenmenin tercih edildiği, yürüyüş yapma, analjezik kullanımı, sıcak duş alma ve müzik dinleme gibi yöntemlerin ise düşük düzeyde tercih edildiği belirlenmiştir (149). Yılmaz tarafından PD olan genç kadınların baş etme yöntemlerinin PD olmayanlara oranla daha fazla olduğu, ayrıca ağrı kesici kullanımı, doktora başvurma gibi yöntemlerin PD olan kadınlarda daha fazla tercih

edildiği belirtilmiştir (36). Süt ve ark. tarafından 18 ile 49 yaş aralığındaki 406 genç kadın ile yapılan çalışmada ise PD olan kadınların çoğunluğunun (%58,6) baş etme yöntemleri arasında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini tercih ettiği belirlenmiştir (150). Genç kadınlar PD ile baş etmek için çoğunlukla TSY başvurmakla birlikte tıbbi tedavi olarak analjezik kullanımına da sıklıkla başvurduğu yapılan çalışmaların sonuçlarında görülmektedir.



SONUÇLAR

Genç kadınlarda görülen primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi incelenmesi amacıyla planlanmış kesitsel tipte bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- PD olan ($28,78 \pm 2,69$) ve PD olmayan ($29,59 \pm 3,01$) genç kadınların menstruasyon sıklığının farklı olduğu bulundu.
- PD olan genç kadınların menstruasyon süresinin %100'ünde 3-7 gün, PD olmayanların %95'inde 3-7 gün olduğu belirlendi.
- PD olan genç kadınlardan %42'sinin menstruasyonu beklemeyi doğal karşıladığı, %3'ünün hoşlandığı, %42'sinin hoşlanmadığı ve %13'ü nefret ettiği; PD olmayanların %58'inin menstruasyonu beklemeyi doğal karşıladığı, %4'ünün hoşlandığı, %31'inin hoşlanmadığı ve %7'sinin nefret ettiği bulundu.
- PD olan genç kadınların %34'ünün ağrıyı hafifletmek amaçlı tıbbi tedavi aldığı, %66'sının almadığı; %50'sinin ağrıyı hafifletmek amaçlı TSY kullandığı, %41'inin ağrıyı hafifletmek amaçlı TSY'yi tıbbi tedaviye ek olarak ve %59'unun ağrıyı hafifletmek amaçlı sadece TSY kullandığı belirlendi.
- PD olan ve olmayan genç kadınların antropometrik ölçüm sonuçları benzer olduğu saptandı. Buna göre; PD olan ($164,42 \pm 6,42$) ve PD olmayanların ($163,42 \pm 6,28$) katılımcıların boylarının benzer, PD olan ($61,59 \pm 11,93$) ve PD olmayanların ($60,92 \pm 11,59$) kilolarının benzer, PD olan ($22,73 \pm 3,83$) ve PD olmayanların ($22,76 \pm 3,78$) beden kitle indekslerinin (BKİ) benzer, PD olan ($71,50 \pm 8,49$) ve PD

olmayanların (71,12±8,55) bel çevrelerinin benzer, PD olan (99,43±9,63) ve PD olmayanların (97,95±8,24) kalça çevrelerinin benzer, PD olan (25,23±2,69) ve PD olmayanların (25,72±2,72) kol çevrelerinin benzer, PD olan (90,43±13,61) ve PD olmayanların (88,51±8,63) karın çevrelerinin benzer, PD olan (30,48±8,00) ve PD olmayanların (32,22±7,54) yüzde yağ oranının benzer, PD olan (44,61±5,26) ve PD olmayan (44,28±5,12) grubun yağsız kütlelerinin benzer olduğu bulundu.

- Genç kadınlarda kalça çevresi arttıkça PD yaşanmasının arttığı ve vücut yüzde yağ oranı arttıkça PD yaşanmasının azalacağı tespit edildi. Kalça çevresinin artışının PD oluşumuna neden olan bir risk faktörü olduğu ve vücut yüzde yağ oranının artmasının PD üzerine etkili koruyucu bir faktör olduğu saptandı.
- VAS puan ortalamasına göre; PD olan genç kadınların (6,28± 1,71) orta şiddette ağrı yaşadığı, PD olmayanların (0,98±1.23) ağrı yaşamadığı bulundu.
- VAS'a göre PD olan genç kadınların %6,7'sinin düşük (1-3), %71,6'sının orta (VAS 4-7) ve %21,6'sının şiddetli (VAS 8-10) ağrı düzeyine sahip olduğu; PD olmayanların %51,7'sinin 0, %20,8'inin 1, %13,3'ünün 2, %6,7'sinin 3 ve %7,5'inin 4 düzeyinde ağrı yaşadığı belirlendi.
- PD olan ve olmayan genç kadınların MSÖ puan ortalamaları ve negatif etkiler/somatik yakınmaları, ağrı belirtileri ve baş etme yöntemleri alt boyutları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Buna göre; PD olan genç kadınlar anlamlı olarak daha fazla menstrual semptom yaşamakta, negatif etkiler/somatik yakınmaları, ağrı belirtilerini daha fazla yaşamakta ve baş etme yöntemlerini kullanmaktadır.

ÖNERİLER

Primer dismenore şikayeti olan genç kadınların dismenore semptomları ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış kesitsel tipteki bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Adölesan ve 18-25 yaş arası genç kadınlara yönelik yapılacak üreme sağlığını geliştirici eğitim programlarında primer dismenore tanılması, önlenmesi, antropometrik ölçüm ve vücut kompozisyonları değerlerinin önemi konusunda eğitim verilmesi,
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, kadın sağlığı ve acil servis alanlarında çalışan sağlık profesyonelleri ile hemşirelerin genç kadınlarda primer dismenore tanılmasında antropometrik ölçüm değerlendirmesini kullanmaları,
- Antropometrik ölçüm değerlendirmesi sonrası sağlık profesyonelleri ile hemşirelerin primer dismenore problemi olan genç kadınlara, kalça çevresi artışının primer dismenore yaşanmasını arttırabileceği ve vücut yüzde yağ oranı artışının da primer dismenore yaşanmasını azaltabileceği bilgisini vermeleri,
- Kalça çevresi artışının PD oluşumu için bir risk faktörü ve vücut yüzde yağ oranı artışının PD'den koruyucu bir faktör olup olmadığına dair kanıt düzeyi yüksek araştırmalar yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Çalışmada, genç kadınlarda görülen primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte bu araştırmanın verileri, Ocak 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servis İzlem Alanında ve Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde toplanmıştır. Araştırma; Primer Dismenore (PD) olan (n=120) ve olmayan (n=120) genç kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri; bir anket formu, Menstruasyon Semptom Ölçeği (MSÖ), Vizüel Analog Skala (VAS), antropometrik ölçümler için vücut analiz baskülü ve mezura kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada PD olan ve olmayan genç kadınların antropometrik ölçüm sonuçlarının (boy, kilo, BKİ, bel çevresi, kalça çevresi, kol çevresi, karın çevresi, yüzde yağ oranı, yağsız kütle) benzer olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Genç kadınlarda kalça çevresi arttıkça PD yaşanmasının arttığı ve yüzde yağ oranı arttıkça PD yaşanmasının azalacağı bulunmuştur. Kalça çevresi artışının (OR=1.09; %95 GA:1.00-1.19; $p=0.043$) PD artışı üzerine etkili bir risk faktörü olduğu, yüzde yağ oranı artışının PD için koruyucu bir faktör olduğu belirlenmiştir (OR=0,093; %95 GA:0,87-0,99; $p=0.021$). VAS puan ortalamasına göre; PD olan genç kadınların ($6,28\pm 1,71$) orta şiddette ağrı yaşadığı, PD olmayan kadınların ($0,98\pm 1,23$) ağrı yaşamadığı bulunmuştur ($p<0,001$). PD olan ($2,97\pm 0,67$) ve PD olmayan ($2,07\pm 0,54$) genç kadınların MSÖ puan ortalamalarının anlamlı farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Genç kadınlarda kalça çevresi arttıkça PD yaşanması artmakta, yüzde yağ oranı arttıkça ise PD yaşanması azalmaktadır. Kalça çevresinin artışı PD oluşumuna neden olan bir risk

faktörü olup yüzde yağ oranının artmasının PD üzerine etkili koruyucu bir faktördür. PD problemi yaşayan genç kadınların antropometrik ölçüm değerlendirmesinin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genç Kadın, Primer Dismenore, Antropometrik Ölçüm.



THE RELATIONSHIP BETWEEN PRIMARY DYSMENORRHEA AND ANTHROPOMETRIC MEASUREMENTS AMONG YOUNG WOMEN

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the relationship between primary dysmenorrhea and anthropometric measurements among young women.

The data of this cross-sectional study were collected between January 2019 and June 2019 at the Trakya University Health Research and Application Center Emergency Monitoring Area and Trakya University Faculty of Health Sciences. Research was conducted on 120 women with primary dysmenorrhea (PD) and 120 women without it (n=240). The data of the research; a questionnaire form, Menstruation Symptom Scale (MSS), Visual Analogue Scala (VAS); for anthropometric measurements, it was evaluated using body analysis scale and tape measure.

In the study was found that the anthropometric measurement results (height, weight, BMI, waist circumference, hip circumference, arm circumference, abdominal circumference, fat percentage, lean mass) of young women with and without PD were similar ($p > 0.05$). It has been found that PD increases with increasing hip circumference in young women and PD decreases with increasing fat percentage. It was determined that an increase in hip circumference (OR=1.09; 95% CI:1.00-1.19; $p=0.043$) was an effective risk factor on PD increase, and an increase in the percentage of fat was a protective factor for PD (OR=0.093; 95% CI: 0.87-0.99; $p=0.021$). According to the average of VAS score; It was found that young women with PD (6.28 ± 1.71) experienced moderate pain, and women without PD (0.98 ± 1.23) did not experience pain ($p < 0.001$). Young women with PD (2.97 ± 0.67) and non-PD (2.07 ± 0.54) were found to have a significantly different mean score in MSÖ ($p < 0.001$).

In young women, PD experience increases as hip circumference increases, and PD percentage decreases as fat percentage increases. The increase in the hip circumference is a risk factor that causes PD formation, and the increase in the percentage of fat is a protective factor affecting PD. Anthropometric measurement evaluation is recommended for young women with PD problems.

Keywords: Young Woman, Primary Dysmenorrhea, Anthropometric Measurement.



KAYNAKLAR

1. Yılmaz FA, Başer M. Dismenorenin okul performansına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(3):29-33.
2. ACOG. Dysmenorrhea: Painful Periods. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Women's Health Care Physicians 2015.
3. Rad M, Sabzevari MT, Rastaghi S, Dehnavi ZM. The relationship between anthropometric index and primary dysmenorehea in female high school students. Journal of Education and Health Promotion 2018;7(34):1-6.
4. Aslan D. Kas-İskelet Sistemi ve Ürogenital Sistem Terminolojisi. Editör: D. Arslantaş, Tıbbi Terminoloji, 1 Baskı, 2012, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. s. 98-117.
5. Hemşirelik Terimleri Çalışma Grubu. Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları-Sözlükler Dizisi. 2015.
6. MoolRaj K, Naziya N, Deepa P, Tulika J, Anjali P. Menstrual characteristics and prevalence of dysmenorrhea in college going girls. Journal of Family Medicine and Primary Care 2015;4(3):426-431.

7. Kocataş Y, Keskin DD, Enginyurt Ö. Dismenore ve hipermenore de ağrı kesici seçiminin önemi ve parasetamolün yeri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2017;9(5):6-9.
8. Yaşar Ö. Gençlerin Dismenore Deneyimlerinin İncelenmesi (tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı; 2019.
9. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Keckstein J, Wattiez A. Primary dsysmenorrhea. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2017;39(7):578-579.
10. Singh K, Srivastava D, Misra R, Tyagi M. Relationship between primary dysmenorrhea and body composition parameters in young females. International Journal of Health Sciences and Research 2015;5(7):150-155.
11. Akduman AT, Budur OÇ. Primer dismenorede tedavi yaklaşımları. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi 2016;21(3):235-240.
12. Öger AU. Üreme Çağındaki Kadınlarda Dismenore Sıklığı ve Şiddeti (tez). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2018.
13. Özel A, Ateş S, Şevket O, Özdemir M, İlhan G, Davutoğlu E. A Randomized controlled study of vitamin D in the treatment of primary dysmenorrhea. Duzce Medical Journal 2019;21(1):32-36.
14. Daşıkın Z, Saruhan A. Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted) 2014;23(1):1-7.
15. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. Dismenore Sancılı Adet Görme. <http://www.trsgo.org/menu/153/dismenore-sancili-adet-gorme> Erişim Tarihi: 03.10.2019.

16. Çepni İ. Dismenore. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı, Sempozyum Dizisi, No:43, 2005:151-157.
17. Güner Ö, Öztürk R, Kavlak O. Primer Dismenorenin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik 2015;25(3):195-204.
18. Türkmen H. Üniversite öğrencilerinde dismenore görülme sıklığı ve dismenoreye etki eden faktörler. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019;6(1):39-46.
19. Weissman AM, Hartz AJ, Hansen MD, Johnson SR. The natural history of primary dysmenorrhoea: a longitudinal study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2004;111(4):345-352.
20. Jang IA, Kim MY, Lee SR, Jeong KA, Chung HW. Factors related to dysmenorrhea among Vietnamese and Vietnamese marriage immigrant women in South Korea. Obstetrics Gynecology Science 2013;56(4):242-248.
21. Hu Z, Tang L, Chen L, Kaminga AC, Xu H. Prevalence and Risk factors associated with primary dysmenorrhea among Chinese female university students: a cross-sectional Study. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2019:1-8.
22. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ (Clinical research ed.) 2006;332(7544):749-755.
23. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. SOGV Clinical Practice Guideline, No. 345. Margaret Burnett, Madeleine Lemyre, Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2017;39(7):585-595.
24. Morrow C, Naumburg EH. Dysmenorrhea. Primary Care: Clinics in Office Practice 2009;36(1):19-32.

25. Karanth S, Liya SR. Prevalence and risk factors for dysmenorrhoea among nursing student and its impact on their quality of life. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2018;7(7):2661-2667.
26. Chen L, Tang L, Guo S, Kaminga AC, Xu X, corresponding H. Primary dysmenorrhea and self-care strategies among Chinese college girls: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9(9).
27. Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea in Thai adolescents: Prevalence, impact and knowledge of treatment. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2004;3(3):69-73.
28. Potur DC, Bilgin NÇ, Komurcu N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: Effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Management Nursing* 2014;15(4):768-777.
29. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a World Health Organization (WHO) Expert Committee; Technical Report Series No. 854.
30. Kafaei-Atrian M, Mohebbi-Dehnavi Z, Sayadi L, Asghari-Jafarabadi M, Karimian-Taheri Z, Afshar M. The relationship between the duration of menstrual bleeding and obesity-related anthropometric indices in students. *Journal of Education and Health Promotion* 2019;8(81).
31. Atrian MK, Ajorpaz NM, Abbaszadeh F, Dehnavi ZM, Jafarabadi MA. Association between menstrual cycle regularity and obesity-related anthropometric indices in dormitory students of Kashan University of Medical Sciences, Iran. *Nursing Practice Today* 2014;1(2):101-106.
32. Haidari F, Akrami A, Sarhadi M, Shahi MM. Prevalence and severity of primary dysmenorrhea and its relation to anthropometric parameters. *Journal of Hayat* 2011;17(1).

33. Taşkın L. Üreme Siklusunu Anomalileri. Editör: L. Taşkın, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Baskı, 2016, İstanbul: Reaksiyon Matbaacılık. s. 633-637.
34. Acaroğlu R. Hemşirelik Tanısı. Editör: R. Acaroğlu H. Kaya, Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017 Nanda International Hemşirelik Dergisinin Tanımlanması Baskı, 2018, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım. s. 21-30.
35. Coşkun A. Üreme Sistem Yapı ve Fonksiyonu. Editör: A. Coşkun, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Baskı, 2016, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları. s. 40-69.
36. Yılmaz B. Primer Dismenore (Ağrılı Adet) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Destek Programının Semptom, Bilgi Düzeyi ve Menstrual Tutumlara Etkisi (tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı; 2018.
37. Yıldırım M. İnsan Anatomisi. 5. Baskı, ed. M. Yıldırım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri LTD. ŞTİ. 2001.
38. Harlow SD, Windham GC, Paramsothy P. Menstruation and Menstrual Disorders: The Epidemiology of Menstruation and Menstrual Dysfunction. Editör: M.B. Goldman, R. Troisi, K.M. Rexrode, Women and Health, Second Edition Baskı, 12, 2013. s. 163-177.
39. ACOG. Menstruation in girls and adolescents: Using the menstrual cycle as a vital sign. ACOG Committee Opinion No. 651. Obstetrics & Gynecology Journal 2015;126(6):143-146.
40. Öktem Ö, Urman B. Reprodüktif yaşam siklusu: Folikülogenez ve menstruasyon. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2012;9(1):1-24.
41. Radovic Janosevic D, Trandafilovic M, Krtinic D, Colovic H, Milosevic Stevanovic J, Pop-Trajkovic Dinic S. Endometrial immunocompetent cells in proliferative and secretory phase of normal menstrual cycle. Folia Morphol (Warsz) 2019.

42. Taşkın L. Kadın Hayatının Devreleri. Editör: L. Taşkın, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Baskı, 24, 2016, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. s. 579-594.
43. Geetha P, Sathyavathi RB, Bharathi T, Reddy T, Reddy KS, Re K K. Prevalence of dysmenorrhea and its correlates among the rural women of Andhra Pradesh, India. Global Journal of Medical Research 2016;16:42-51.
44. Demir FD, Çakın K, Can HÖ. Menstrual faktörlerin uyku kalitesine etkisi. Life Sciences (NWSALS) 2017;12(1):30-41.
45. Aras D, Arslan E, Atlı A, Şahin FN. Menstrual döngünün fazlarına göre sedanter kadınlarda anaerobik güç değerlerinin incelenmesi. SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2016;14(2):191-198.
46. Hawkins SM, Matzuk MM. The menstrual cycle. Annals of the New York Academy of Sciences 2008;1135(1):10-18.
47. Şahmay S. Üreme Fizyolojisi ve Kontraseptif Yöntemlerin Etki Mekanizmaları. Eczacı ve Aile Planlaması 2. . İstanbul: Eczacı Odası Yayınları 1992:39-52.
48. Kesebir S, Aksoy AE. Üreme hormonları ve duygudurum bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(3):281-307.
49. Popat VB, Prodanov T, Calis KA, Nelson LM. The Menstrual cycle a biological marker of general health in adolescents. Ann N Y Acad Sci. 2008;1135:43-51.
50. Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. 2003;9(5):493-504.
51. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D. Primary dysmenorrhoea-leading problem of adolescent gynecology. 2012; (207):7-14.

52. Sönmezer E. Primer Dismenorede Konnektif Doku Masajı ve Kinezyobantlama Uygulamalarının Ağrı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması (tez). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bilim Dalı; 2014.
53. Aktaş Ü. Diyabet ve Zayıflama Kürleri. 2 ed. İstanbul: Hayy Kitap. 2017.
54. Maddatu J, Anderson-Baucum E, Evans-Molina C. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Transl Res.* 2017;184:101-107.
55. Thong EP, Codner E, Laven JSE, Teede H. Diabetes: a metabolic and reproductive disorder in women. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2019.
56. Health S. Avoid toluene exposure. 2017.
57. Howard K. A Heavy Problem. *Safety Health* 2012.
58. Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman E J. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety. *J Adolesc Health* 2009;44(3):237-243.
59. Ackerman KE, Misra M. Amenorrhoea in adolescent female athletes. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2018;2(9):677-688.
60. Çolakoğlu FF, Can B, Ersöz G. 2002–2003 Sezonu Deplasmanlı Türkiye Voleybol 1. Liginde Oynayan Bayan Sporcuların Menstruel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD)* 2005;10(1):51-64.
61. İyibozkurt C. Menstrüel siklusun kontrolü: beslenme ve reproduktif fonksiyon ilişkisi. *Türk Ped Arş* 2011;46(1):107-110.

62. Işgın K, Büyüktuncer Z. Premenstrual sendromda beslenme yaklaşımı. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergi 2017;74(3):249-260.
63. Güvenç G, Seven M, Akyüz A. Menstrüasyon Semptom Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13(5):367-374.
64. Uçar T, Derya YA, Taşhan ST. Üniversite öğrencilerinde menstrual düzensizlik durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2015;14(3):215-221.
65. Hassan HE, Gamel WMA, Sheha EAAEM, Sayed MA, Arafa AEE. Menstrual disorders necessitating counseling among students in Beni-Suef University. Clinical Nursing Studies 2019;7(2):29-36.
66. İtil İM. Menoraji Tanı ve Tedavi Klavuzu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği 2012.
67. Kırçan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;13(1):19-25.
68. Moghadam ZB, Rezaei E, Gholami RS, Kheirkhah M, Haghani H. The effect of Valerian root extract on the severity of pre menstrual syndrome symptoms. Journal of traditional and complementary medicine 2016;6(3):309-315.
69. Şahmay S. Disfonksiyonel kanamalar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2013;4(6):45-55.
70. Bulut SD, Bulut S, Alataş E. Antipsikotiklere bağlı hiperprolaktinemi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2015;7(2):109-124.
71. Evliyaoğlu O, Alikashişoğlu M, Ercan O. Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. Türk Pediatri Arşivi Dergisi 2010;45:6-12.

72. Gnanasambanthan S, Datta S. Premenstrual syndrome. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine* 2019;29(10):281-285.
73. Arafa AE, Senosy SA, Helmy HK, A.A. Mohamed. Prevalence and patterns of dysmenorrhea and premenstrual syndrome among Egyptian girls (12–25 years). *Middle East Fertility Society Journal* 2018;23(4):486-490.
74. Itsekson AM, Yonit B, Ze'ev I-H, Matitياهو Z, Shmuel K. Safety and value of skin test to sex hormones and sex hormone sensitivity desensitization in women with premenstrual syndrome. *World Allergy Organization Journal* 2019;12(6).
75. Akça A. Disfonksiyonel uterin kanamalarda levonorgestrel salgılayan rahim içi sistem ile roller-ball endometriyal ablasyonun tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması (tez). Sağlık Bakanlığı İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; 2008.
76. Jazani AM, Hamdi K, Tansaz M, Nazemiyeh H, Bazargani HS, Fazljou SMB, Azgomi R N D. Herbal Medicine for Oligomenorrhea and Amenorrhea: A Systematic Review of Ancient and Conventional Medicine. *BioMed research international* 2018;2018.
77. Speroff L, Glass R, Kase N. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 1999.
78. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Dismenore Sancılı Adet Görme. Sağlık Bakanlığı: Ankara.2015, <http://www.ezh.gov.tr/index.php/2016-10-04-07-14-40/2016-10-04-08-08-39/dismenore-sancili-adet-gorme> Erişim Tarihi: 03.10.2019.
79. ACOG. Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. ACOG Committee Opinion Number 760. *Obstetrics & Gynecology Journal* 2018;132(6):249-258.
80. Akarsu RH, Yalman E. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve fiziksel aktivite düzeyi. *Avrasya Spor Bilimleri ve Eğitim Dergisi* 2019;1(1):18-29.

81. Avcı DK, Sarı E. Üniversite öğrencilerinde dismenoreye yaklaşım ve dismenorenin sosyal yaşam ve okul performansına etkisi. Van Tıp Dergisi 2018;25(2):188-193.
82. Bakır N, Yangın HB. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2019;3(5):39-51.
83. Şahin S, Kaplan S, Abay H, Akalın A, Demirhan İ, Pınar G. Üniversite öğrencilerinde dismenore yaşama sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(1):25-44.
84. Çetin A. Dismenoreyi etkileyen sosyodemografik faktörler (tez). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı; 2016.
85. El-Mawgod MMA, Alshaibany AS, Al-Anazi AM. Epidemiology of dysmenorrhea among secondary-school students in Northern Saudi Arabia. Journal of the Egyptian Public Health Association 2016;91(3):115-119.
86. Habibi N, Huang MS L, Gan WY, Zulida R, Safavi SM. Prevalence of primary dysmenorrhea and factors associated with its intensity among undergraduate students: A cross-sectional study. Pain Management Nursing 2015;16(6):855-861.
87. Hailemeskel S, Demissie A, Assefa N. Primary dysmenorrhea magnitude, associated risk factors, and its effect on academic performance: evidence from female university students in Ethiopia. International Journal of Women's Health 2016;8:489-496.
88. Gün Ç. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi (tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2014.
89. Yıldız H, Gürkan Ö, Ekşi Z. Üreme Sistemi ve İlişkili Hastalıklar. Editör: F.E. Aslan N. Olgun, Fizyopatoloji, 1. Baskı, Bölüm 16, 2017, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. s. 457-501.

90. Yücel G, Kendirci M, Gül Ü. Menstrual Characteristics and Related Problems in 9- to 18-Year-Old Turkish School Girls. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* 2018;31(4):350-355.
91. Juang C-M, Yen M-S, Twu N-F, Horng H-C, Yu H-C, Chen C-Y. Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;92(3):221-227.
92. Jiang W, Hua X-G, Hu C-Y, Li F-L, Huang K, Zhang X-J. The prevalence and risk factors of menstrual pain of married women in Anhui Province, China. *European Journal of Obstetrics and Gynecology* 2018;229:190-194.
93. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D, Mchedlishvili N. Assessment of anxiety and depression in adolescents with primary dysmenorrhea: A case-control study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* 2013;26(6):350-354.
94. Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanai H, Hinohara S, Fukui T. Dysmenorrhea among Japanese women. *International Journal of Gynecology and Obst* 2007;100(1):13-17.
95. Nohara M, Momoeda M, Kubota T, Nakabayashi M. Menstrual cycle and menstrual pain problems and related risk factors among Japanese female workers. *Industrial Health* 2011;49(2):228-234.
96. Titilayo A, Agunbiade OM, Banjo O, Lawani A. Menstrual discomfort and its influence on daily academic activities and psychosocial relationship among undergraduate female students in Nigeria. *Tanzania Journal of Health Research* 2009;11(4):181-188.
97. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. SOGC Clinical Practice Guideline, No: 169. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2005;27(12):1117-1130.
98. Bajalan Z, Alimoradi Z, Moafi F. Nutrition as a potential factor of primary dysmenorrhea: A systematic review of observational studies. *Gynecologie and Obstetrie Investigation* 2019;84(3):209-224.

99. Ju H, Jones M, Mishra G. The prevalence and risk factors of dysmenorrhea. *Epidemiologic Reviews* 2014;36(1):104-113.
100. Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M. Besine Dayalı Beslenme Rehberi. Editör: A.G. Pekcan, Nevin Şanlıer M. Baş, Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER), Baskı, 1. Bölüm, 2015, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 1031. s. 25-28.
101. Babil D A, Dolatian M, Mahmoodi Z, Baghban A A. Comparison of lifestyles of young women with and without primary dysmenorrhea. *Electronic Physician* 2016;8(3):2107-2114.
102. Babil DA, Dolatian M, Mahmoodi Z, Baghban AA. A comparison of physical activity and nutrition in young women with and without primary dysmenorrhea. *F1000 Research* 2018;7(59).
103. WHO. Body mass index - BMI. World Health Organization, Regional Office for Europe.
104. NICE. Obesity: identification, assessment and management: Clinical guideline [CG189]. National Institute for Health and Care Excellence 2014.
105. Rafique N, Al-Sheikh M H. Prevalence of primary dysmenorrhea and its relationship with body mass index. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2018;44(9):1773-1778.
106. Ozerdogan N, Sayiner D, Ayranci U, Unsal A, Giray S. Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *International Journal of Gynecology Obstetrics* 2009;107(1):39-43.
107. Küçükşahin N. Kırsal bölgedeki 15-24 yaş grubu kızlarda üreme sağlığı, sorunları ve gereksinimleri (tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2009.

108. Rakhshae Z. Effect of three yoga poses (cobra, cat and fish poses) in women with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology* 2011;24(4):192-196.
109. Coco AS. Primary dysmenorrhea. *American Academy of Family Physicians (AAFP)* 1999;60(2):489-496.
110. Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;7(4):1-50.
111. Smith CA, Crowther CA, Petrucco O, Beilby J, Dent H. Acupuncture to Treat primary dysmenorrhea in women: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2011;2011.
112. Armour M, Smith CA, Steel KA, Macmillan F. The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2019;19(22):1-16.
113. Jo J, Lee SH. Heat therapy for primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis of its effects on pain relief and quality of life. *Scientific Reports* 2018;8(1):1-8.
114. Akin MD, Wingang KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* 2001;97(3):343-349.
115. Hosseinlou A, Alinejad V, Alinejad M, Aghakhani N. Effects of fish oil capsules and vitamin B1 Tablets on duration and severity of dysmenorrhea in students of high school in Urmia-Iran. *Global Journal of Health Science* 2014;6(7):124-129.
116. Dehnavi ZM, Jafarnejad F, Kamali Z. The Effect of aerobic exercise on primary dysmenorrhea: A clinical trial study. *Journal of Education and Health Promotion* 2018;7(3):1-5.

117. Matthewman G, Lee A, Jaidev G. Kaur, Daley AJ. Physical activity for primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG)* 2018;219(3).
118. Witt CM, Reinhold T, Brinkhaus B, Roll S, Jena S, Willich SN. Acupuncture in patients with dysmenorrhea: a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology (AJOG)* 2008;198(2):166.
119. NHS. TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation). The National Health Service 2018.
120. Johnson MI, Jones G, Paley C A, Wittkopf P G. The clinical efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain: a protocol for a meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs). *BMJ Open* 2019;9(10).
121. Wang SF, Lee JP, Hwa HL. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on primary dysmenorrhea. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface* 2009;12(4):302-309.
122. Patel V, Sheth M, VN. Effect of transcutaneous electrical Nerve stimulation on pain in subjects with primary dysmenorrhea. *International Archives of Integrated Medicine* 2016;3(6):1-5.
123. Abaraogu UO, Tabansi-Ochuogu CS. As Acupressure decreases pain, acupuncture may improve some aspects of quality of life for women with primary dysmenorrhea: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* 2016;8(5):220-228.
124. Goldstein-Fuchs DJ, LaPierre AF. 54 - Nutrition and Kidney Disease. Editör: S.J. Gilbert D.E. Weiner, *National Kidney Foundation Primer on Kidney Diseases*, 6. Edition Baskı, 54., 2014. s. 467-475.

125. Clarkson J. 6 - Human Capability and Product Design. Editör: H.N.J. Schifferstein P. Hekkert, Product Experience, Baskı, 6. Bölüm, 2008. s. 165-198.
126. Pazarözyurt İ. Elit Bayan Basketbolcularda Antropometrik Özellikler, Dikey Sıçrama Ve Omurga Esnekliğinin Mevkilere Göre İncelenmesi (tez). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı; 2008.
127. CDC. National Health and Nutrition Examination Survey III. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) 1988:1-2.
128. Erdoğan M. Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle Endeksi (tez). Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı; 2013.
129. Kamacı M, Önder Y, Akman N. Adolesanlardaki primer dismenorenin vücut kütle indeksi ile ilişkisi. Van Tıp Dergisi 1997;4(3):154-157.
130. Karakuş A. Primer Dismenoresi Olan ve Olmayan Kadınlarda Omurga Postürü ve Lumbopelvik Yapının Karşılaştırılması (tez). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı; 2019.
131. Sharp BAC, Taylor DL, Thomas K K, Killeen M B, Dawood M Y. Cyclic perimenstrual pain and discomfort: the scientific basis for practice. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN) 2002;31(6):637-649.
132. Durain D. Primary dysmenorrhea: Assessment and management update. Journal of Midwifery & Women's Health 2004;49(6).
133. Yazıcı S. Perimenstrual şikayetler ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2014;1(1):58-67.
134. Chesney M, Tasto D. The development of the Menstrual Symptom Questionnaire. Behaviour Research and Therapy 1975;13:237-244.

135. Negriff S, Dorn L, Hillman J, Huang B. The measurement of menstrual symptoms; Factor structure of the menstrual symptom questionnaire in adolescent girls. *Journal of Health Psychology* 2019;14(7):899-908.
136. Hawker G, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain. *American College of Rheumatology* 2011;63(11):240-252.
137. Sönmezer E, Yosmaoğlu HB. Dismenoresi olan kadınlarda menstruasyona yönelik tutum ve stres algısı değişiklikleri. 2014;25(2):56-62.
138. Rafique N, Al-Sheikh MH. Prevalence of primary dysmenorrhea and its relationship with body mass index. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2018;44(9):1773-1778.
139. Zurawiecka M, Wronka I. Association of primary dysmenorrhea with anthropometrical and socio-economic factors in Polish university students. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2018;44(7):1259-1267.
140. Yılmaz B, Şahin N. Bir hemşirelik fakültesi öğrencilerinin primer dismenore sıklığı ve menstrual tutumları. *Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi* 2019;12(3):426-438.
141. Aksoy AN, Laloglu E, Ozkaya AL, Yılmaz EPT. Serum heme oxygenase-1 levels in patients with primary dysmenorrhea. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295(4):929-934.
142. Sanctis VD, Soliman E, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, Buzi F, Sanctis C D, Tonini G, Rigon F, Perissinotto E. Primary dysmenorrhea in adolescents: prevalence, impact and recent knowledge. *Pediatr Endocrinol Rev* 2015;13(2):512-520.
143. Yıldız E. Primer Dismenoresi Olan Öğrencilerde Masaj ve Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Şiddeti ve Menstrual Semptomlara Etkisi (tez). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programı; 2019.

144. Iacovides S, Avidon I, Bentley A, Baker FC. Reduced quality of life when experiencing menstrual pain in women with primary dysmenorrhea. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2014;93(2):213-217.
145. Omidvar S, Bakouei F, Amiri FN, Begum K. Primary dysmenorrhea and menstrual symptoms in Indian female students: Prevalence, impact and management. *Global Journal of Health Science* 2016;8(8):135-144.
146. Zhu X, Wong F, Bensoussan A, Lo SK, Zhou C, Yu J. Are there any cross-ethnic differences in menstrual profiles? A pilot comparative study on Australian and Chinese women with primary dysmenorrhea. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2010;36(5):1093-1101.
147. Kapadi R, Elander J. Pain coping, pain acceptance and analgesic use as predictors of health-related quality of life among women with primary dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020;246:40-44.
148. Yıldız E. Primer Dismenorezi Olan Öğrencilerde Masaj ve Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Şiddeti ve Menstrual Semptomlara Etkisi (tez). İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programı; 2019.
149. Erenel AŞ, Şentürk İ. Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2007;14(2):48-60.
150. Süt HK, Küçükaya B, Arslan E. Primer dismenore ağrısında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımı. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2019;6(4):322-327.

ŞEKİLLER LİSTESİ

TABLolar

Tablo 1. PD Olan ve Olmayan Kadınların Kişisel Özellikleri	26
Tablo 2. PD Olan ve Olmayan Kadınların Menstruasyon Dönemine İlişkin Özellikleri..	27
Tablo 3. PD Olan Kadınların Semptomlar ile Baş Etmekte Kullandıkları Tedavi Yöntemlerine İlişkin Özellikler	28
Tablo 4. PD Olan ve Olmayan Kadınların Antropometrik Ölçüm Sonuçlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 5. Antropometrik Ölçüm Değerlerinin Primer Dismenore Üzerine Etkisinin İncelenmesi.....	30
Tablo 6. PD Olan ve Olmayan Kadınların VAS Skalasına Göre Ağrı Şiddeti Düzeyi ve Oranlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 7. PD Olan ve Olmayan Kadınların MSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32

ÖZGEÇMİŞ

ilköğretim, ortaöğretimini İzmir’de, lise öğretimini Iğdır’da tamamlamıştır. 2012 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde başladığı lisans eğitimini 2016 yılında tamamlamış ve hemşire unvanı almıştır. 2017 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. 2016 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde Acil Servis bölümünde çalışmaya başlamıştır. 2019 yılında aynı hastanede Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde, 2020 yılında yine aynı hastanede Dahili Bilimler Yoğun Bakım Ünitesinde çalışmaya devam etmiştir ve halen bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

- Ek 1.** Anket Formu
- Ek 2.** Menstruasyon Semptom Ölçeği (MSÖ)
- Ek 3.** Vizüel Analog Skala (VAS)
- Ek 4.** Etik Kurul İzni
- Ek 5.** Kurum İzni-Acil Tıp Anabilim Dalı
- Ek 6.** Kurum İzni-Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

EK 1.ANKET FORMU

ANKET

Çalışmada “Genç kadınlarda primer dismenore ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişki” nin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Anket formundaki soruların sizi rahatsız etmesi durumunda istediğiniz zaman anketi doldurmaktan vazgeçebilirsiniz. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Katkınız için teşekkür ederiz.

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş:.....

2. Medeni durumu: 1 () Evli 2 () Bekar 3 () Diğer (Dul, boşanmış vs.)

3. Mezuniyet eğitim durumu: 1 () Lise 2 () Ön lisans 3 () Lisans 4 () Yüksek Lisans-Doktora

4. Halen devam edilen eğitim durumu: 1 () Lise 2 () Ön lisans 3 () Lisans 4 () Yüksek Lisans-Doktora

5. Aile Tipi: 1 () Çekirdek 2 () Geniş 3 () Diğer

6. Anne Eğitimi: 1 () İlköğretim ve altı 2 () Lise ve üzeri

7. Baba Eğitimi: 1 () İlköğretim ve altı 2 () Lise ve üzeri

8. Sigara kullanımı: 1 () Hayır 2 () Evet ise günlükadet, haftalık adet

9. Alkol kullanımı: 1 () Hayır 2 () Evet ise günlük tane, haftalık tane

10. Gelir durumu: 1 () Gelir giderden az 2 () Gelir gidere eşit 3 () Gelir giderden fazla

11. Çalışma durumu: 1 () Çalışıyor 2 () Çalışmıyor

B. MENSTRUASYON (ADET) DÖNEMİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. İlk adet (menarş) yaşı :.....

2. Ortalama kaç günde bir adet oluyorsunuz (sıklık) :

3. Adet kanamanız kaç gün sürüyor (süre) : 1 () ≤ 2 gün 2 () 3-7 gün 3 () ≥ 8 gün

4. Adet dönemi öncesinde adet olmayı bekleme tepkinizi nasıl tanımlarsınız?

1. () Doğal karşılıyorum 2. () Hoşlanıyorum 3. () Hoşlanmıyorum 4. () Nefret ediyorum

B. MENSTRUASYON (ADET) DÖNEMİ SEMPTOMLARINDA KULLANILAN TEDAVİ YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Cevabınız evet ise ağrıya hafifletmek amaçlı tıbbi tedavi alıyor musunuz?

1 () Hayır 2 () Evet ise tedaviyi

yazınız.....

2. Ağrıyı hafifletmek amaçlı tamamlayıcı sağlık yaklaşımı (masaj, bitkiler, egzersiz vb.) kullanıyor musunuz?

1 () Hayır 2 () Evet ise yöntemi

yazınız.....

3. Ağrıyı hafifletmek amaçlı tamamlayıcı sağlık yaklaşım yöntemlerini (masaj, bitkiler, egzersiz vb.) kullanıyorsanız tıbbi tedaviye ek olarak mı ya da tek başına mı kullanıyor sunuz?

1 () Tıbbi tedaviye ek olarak 2 () Sadece tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri (masaj, bitkiler, egzersiz vb.)

VÜCUT-ANTROPOMETRİK ÖLÇÜM DEĞERLERİ

Boy	
Kilo	
BKİ	
Bel Çevresi	
Kalça Çevresi	
Kol Çevresi	
Karın Çevresi	
Vücut Yağ Oranı	
Yağsız Kütle	

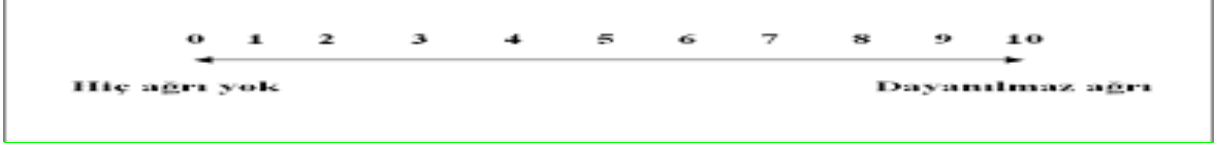


EK 2. MENSTRUASYON SEMPTOM ÖLÇEĞİ

	1	2	3	4	5
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Adetimin başlamasından birkaç gün önce kendimi sinirli hissedirim, kolayca öfkelenirim ve sabırsız olurum.					
2. Adetimin birinci gününde karnımda kramp tarzı kasılmalar olur.					
3. Adetimin başlamasından birkaç gün öncesinde kendimi depresif hissedirim.					
4. Adetimin başlamasından bir gün önce karnımda ağrı ya da rahatsızlık olur.					
5. Adetimin başlamasından günler öncesinde halsiz, keyifsiz ya da yorgun hissedirim.					
6. Adetim sırasında doktorun ağrı için yazdığı bir ilaç kullanma ihtiyacı hissedirim.					
7. Adetim sırasında güçsüzlük ve baş dönmesi hissedirim.					
8. Adet olmadan önce kendimi gergin ve sinirli hissedirim.					
9. Adet dönemimde ishal olurum.					
10. Adetim başlamadan birkaç gün öncesinde bel ağrım olur.					
11. Adetim süresince kendi kendime ağrı kesici ilaç kullanırım.					
12. Adetimden birkaç gün önce göğüslerimde gerginlik ve ağrı hissedirim.					
13. Adetimin ilk günü belimde, karnımda ve kasıklarımdaya gerginlik ve acı hissedirim.					
14. Adetim boyunca ya da adetimin ilk günü karnımın üzerine, sıcak su torbası ya da sıcak havlu kullanarak yatakta kıvrılıyorum veya sıcak duş alırım.					
15. Adetim başlamadan önce kilo artışı olur.					
16. Adetimin ilk günü başlayan, zaman zaman azalan veya kaybolan ve tekrar başlayan ağrım olur.					
17. Adetim boyunca yoğun olmayan, fakat sürekli hafif hafif devam eden ağrım olur.					
18. Adetim başlamadan önce midemde bir günden uzun süren rahatsızlık olur.					
19. Adet günü başlayan bel ağrım olur.					
20. Adetim başlamadan birkaç gün önce karnımın şiştiğini hissedirim.					
21. Adetim boyunca ya da adetimin ilk günü mide bulantısı hissedirim.					
22. Adetim başlamadan birkaç gün önce baş ağrım olur.					

EK 3. VİZÜEL ANALOG SKALA (VAS)

VAS AĞRI SKALASI



Adet dönemi ağrı şiddetinizi en iyi ifade eden sayıyı yukarıdaki ölçekte işaretleyiniz!



EK 4. ETİK KURUL İZİNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBASVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2018/372	
	PROTOKOL ADI	Genç Kadınlarda Primer Dismenore ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Hatice KAHYAOĞLU SÜT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 18/08		Tarih: 05.11.2018
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Hatice KAHYAOĞLU SÜT'ün sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru ARSLAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmemesi koşullarında ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi			

UYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Ruğül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Ruhani Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.O. Rektörlüğü	E	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile İlişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ah
Dek
Dej

**EK 5. KURUM İZİNİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**



T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 69525300-600 -E.296602
Konu : Araştırma ve Planlama İşleri(Genel)

14/01/2019

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 09.01.2019 tarihli dilekçe E-295160 sayılı yazınız

TÜTF-BAEK 2018/372 protokol no ile etik kurul onayı alınmış olan, Dr. Öğr. Üyesi Hatice KAHYAĞLU SUT'un danışmanlığını yaptığı "Genç Kadınlarda Primer Dismenore İle Andropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki" isimli tez çalışmasının kliniğimizde gerçekleştirilmesi uygundur.

e-İmza
Doç. Dr. Mustafa Burak SAYHAN
Anabilim Dalı Başkanı

EK 6. KURUM İZİNİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Personel İşleri Birimi



Sayı : 89307567-020
Konu : Ohurlar, Onaylar

-E.313910

12/03/2019

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 11/03/2019 tarihli ve 313498 sayılı yazı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru ARSLAN'ın "Genç Kadınlarda Primer Dismenore ve Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişki" konulu etik kurul izni alınmış tez çalışmasını Fakültemizde yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Sedar ÜSTÜNDAĞ
Dekan

Bu belge,