

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERİMENSTRÜEL DİSTRESİN HAFİFLETİLMESİNDE
REFLEKSOLOJİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Doktora Tezi

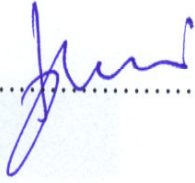
HAZIRLAYAN
Arş. Gör. Nursen BOLSOY

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN

İZMİR
2008

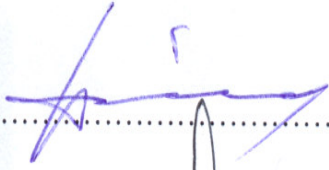
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN



(Danışman)

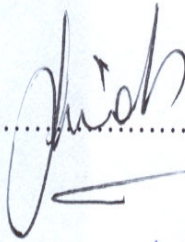
Üye: Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ



Üye: Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN



Üye: Yard. Doç. Dr. Oya KAVLAK



Üye: Yard. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ AVCI



ÖNSÖZ

Mesleki eğitim sürecimde ve araştırmanın her aşamasında yardımlarını esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'e,

Tezimin her aşamasında değerli bilgi ve önerileri ile katkıda bulunan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Ali Tahsin GÜNEŞ, Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN ve Yard. Doç. Dr. Oya KAVLAĞ'a,

Değerli bilgi ve önerileri ile katkıda bulunan Prof. Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU, Doç. Dr. Canan TIKIZ ve Yard. Doç. Dr. Hülya DEMİRÇİ AVCI'ya

Değerli bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan Refleksolog Halil Tabur ve Esat BAŞARAN'a

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu yönetimine,

Araştırmaya katılan tüm öğrencilere,

İstatistiksel değerlendirme aşamasında katkılarını esirgemeyen Uzm. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a

Araştırma süresince bana desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Arş. Gör. Sezer ER ve Arş. Gör. Selma ŞEN'e,

Doktora eğitimim süresince bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Manevi desteklerinden dolayı ailem ve her zaman sabır ve sevgiyle yanımda olan sevgili eşim Gürcan BOLSOY ve biricik kızım Berna'ya

TEŞEKKÜR EDERİM

İzmir, 23.07.2008

Nursen BOLSOY

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xii

BÖLÜM I

1.GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	3
1.4.SAYILTILAR.....	3
1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	3
1.6. SINIRLILIKLAR.....	8
1.7. TANIMLAR.....	8
1.8. GENEL BİLGİLER.....	10
1.6.1. Menstrüel Siklus.....	10
1.6.1.1. Ovarial Siklus.....	10
1.6.1.2. Endometrial Siklus.....	12
1.6.1.3. Menstrüel Siklusu Oluşturan Hormonlar.....	13
1.6.1.3.1. Gonodotropin Relasing Hormon (Gnrh).....	13
1.6.1.3.2. Hipofizer Gonodotropinler (Fsh Ve Lh).....	14
1.6.1.3.3. Over Steroidleri	15
1.6.1.3.4. Prostagandinler.....	16
1.6.2. Perimentrüel Distres.....	18
1.6.2. 1. Premenstrüel Sendrom.....	18
1.6.2. 1.1. Premenstrüel Sendromun Fizyopatolojisi.....	22
1.6.2. 1.2. Tanı ve Değerlendirme.....	23

1.6.2. 1.3. Farmakolojik Tedaviler.....	26
1.6.2.2. Dismenore.....	28
1.6.2.2.1. Dismenore Nedenleri.....	29
1.6.2.2.4. Farmakolojik Tedaviler.....	34
1.6.2.3. Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Hemşirelik Yaklaşımı ve Tamamlayıcı/Alternatif Tedaviler.....	35
1.6.3. Refleksoloji.....	40
1.6.3. 1. Refleksolojinin Tarihçesi.....	42
1.6.3. 2. Refleksolojinin Etki Mekanizması.....	44
1.6.3. 3. Akupunktur ve Refleksoloji.....	46
1.6.3. 4. Refleksolojinin Kullanımı.....	47
1.6.3. 5. Reflek Bölgelerine Masaj Nasıl Yapılır.....	48

BÖLÜM II

2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	52
2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	52
2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	52
2. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	52
2. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	52
2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	53
2.5.1. Veri Toplama Araçları.....	53
2.5.1.1. Birey Tanıtım Formu(EK I).....	53
2.5.1.2. Birey İzlem Formu(EK II).....	54
2.5.1.3. Menstrüel Distres Şikayet Listesi (EK III).....	54
2.6. VERİLERİN TOPLANMASI.....	57
2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ....	62
2.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	62
2.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	62
2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	62
2.9. SÜRE VE OLANAKLAR.....	62
2.10. ETİK AÇIKLAMALAR.....	63

BÖLÜM III

3. BULGULAR.....	65
3.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	65
3.2. Öğrencilerin Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular.....	67
3.3. Grupların Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	74

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA.....	109
4.1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ve Alışkanlıklarının İncelenmesi ..	109
4.2. Grupların Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	110

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
5.1. Sonuç.....	125
5.2. Öneriler.....	131

BÖLÜM VI

ÖZET.....	132
ABSTRACT.....	134
KAYNAKLAR.....	136

EKLER

EK I: Birey Tanıtım Formu

EK II: Birey İzlem Formu

EK III: Menstrüel Distres Şikayet Listesi

EK IV: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Deney Grubu)

EK V: Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Grubu)

EK VI: Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı

EK VII: Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu İzin Yazısı

EK VIII: Ölçeğin Türkçe Geçerlilik-Güvenirliliğini yapan Nezihe Beji'nin izin yazısı

EK IX: Eğitim Broşürü

EK X: Refleksoloji Masajı Uygulama CD'si

ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO İSMİ

Tablo No	Sayfa
No	
1 Yaygın Olarak Görülen PMS Semptomları.	21
2 PMS ve PMDB Olgularında Uygulanabilecek Farmakolojik Ajanlar	28
3 NSAID'lerin Primer Dismenore Tedavisinde Önerilen Etkin Dozları.	35
4 Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	65
5 Öğrencilerin Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı	66
6 Öğrencilerin Perimenstrüel Distrese Yönelik Eğitim Öncesi Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	67
7 Öğrencilerin Perimenstrüel Distrese Yönelik Eğitim Sonrası Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	69
8 Öğrencilerin Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	71
9 Öğrencilerin Stresle Başa Çıkmak İçin Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı	72
10 Öğrencilerin Düzenli Olarak Yaptıkları Spor/Egzersiz Faaliyetlerine Göre Dağılımı	73
11 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Dönemlerde Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
12 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	76
13 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji öncesi,Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	78
14 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	80

15	Refleksoloji Grubu Öğrencilerin Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	82
16	Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	84
17	Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	86
18	Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	88
19	Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	91
20	NSAID Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre NSAID Tedavisi Öncesi ve NSAID Tedavisi Süresince Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	92
21	Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Öncesi Birinci ve İkinci Siklularda Refleksoloji ve NSAID Gruplarında Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	93
22	Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Siklularda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	94
23	Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Siklularda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	96
24	Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Siklularda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	98

25 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	99
26 Menstrüel Dönemlerine Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	101
27 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	103
28 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	105
29 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	106
30 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	107

ŞEKİLLER DİZİNİ

ŞEKİL İSMİ

Şekil No	Sayfa
No	
1 Mestrüel Siklusun Overler, Endometrium ve Kan Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişkileri	17
2 Anksiyetenin Dismenore Üzerine Pozitif Feed Back Etkisi	31
3 Dimenorede Ağrı Oluşum Mekanizması	33
4 Tüm Vücudun Ayaklardaki Refleks Bölgelerinin Şeması	44
5 Ayak Refleksoloji Masajından Kesitsel Fotoğraflar	50
6 Perimentrüel Distreste Manuel Bası İçin; Kulak, El ve Ayaktaki Refleks Noktaları	51
7 Veri Toplamada İşlem Basamakları ve Çalışma Dışı Kalan Olgular	61
8 Araştırmanın Zamanlaması	64

GRAFİKLER DİZİNİ

GRAFİK İSMİ

Grafik No	Sayfa
No	
1 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	75
2 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	77
3 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	79
4 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	81
5 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif	

Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	83
6 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	85
7 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	87
8 Refleksoloji Grubu Öğrencilerin Menstrüel Distres Şikayet Listesi Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	89
9 Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	91
10 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinden (MDQ) Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	95
11 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	97
12 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	100
13 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	102
14 Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı	104

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Perimenstrüel distres tüm vücut sistemlerine ait çok yaygın ve çeşitli septomlar içermektedir. Kadın populasyonun %90-95'inin yaşamlarının belirli dönemlerinde en az bir kez mestriüel yakınmaları deneyimlemekte, %20-40'ında bu yakınmaların yaşam kalitelerini etkileyecek şekilde, %2-10'unda ise çok şiddetli bir şekilde yaşamakta oldukları kabul edilmektedir (1,2,8,21,32,39,41,43,47,56). Bu dönemde:

- Kadının ruh sağlığı, sosyal ilişkileri bozulmakta, rollerini yerine getirmesi aksamakta,
- Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmaları da daha şiddetli ve sıkıntılı geçmekte,
- Annelerde çocuklarına zarar verme, onlara karşı olumsuz davranışlarda bulunma,
- Çalışan kadınların %80'inde görev başında bulunmama, iş üretkenliğinde azalma,
- İntihar girişimleri, alkol alımında artış, psikiyatrik yatışlar ve psikiyatrik hastalıklarda alevlenme olabildiği bilinmektedir (1,2,3,30,32,39,41,44,47,56,71,78).

Perimenstrüel distresin nedeni tam olarak bilinmediği için tedavisi konusunda da farklı yaklaşımlar mevcuttur. Farmakolojik tedavilerin yanında yaşam tarzı değişiklikleri, beslenmenin düzenlenmesi, ilave B6, C ve E vitaminleri, kalsiyum,

mağnezyum, potasyum ve çinko gibi minarallerin alınması öneriler arasındadır. Ayrıca, yoga, masaj, egzersiz, dua ile şifa bulma, eğitim, hipnoz, Çin bitkisel ilaçları, akupunktur, akupressur, refleksoloji, relaksasyon, kriopraktik, meditasyon, homöopatya gibi alternatif uygulamaların etkili olduğu bildirilmektedir (21,28,32,35,37,39,44,47,57,66,67,71,78,82).

Tamamlayıcı/alternatif tedaviler, farmakolojik tedavilerle veya tek başlarına kullanılabılır, kolay öğrenilir, pahalı değildir, yan etkileri yoktur ve birçok ebe ve hemşirelerin bağımsız fonksiyonları olarak uygulayabilecekleri yöntemlerdir (9,18,21,51,66,67).

Perimenterüel distresi hafifletmek için kullanılan tamamlayıcı/alternatif yöntemlerden biri refleksolojidir (9,21,57,66). Oleson ve Flocco (1993) yaptıkları randomize kontrollü bir çalışma ile refleksolojinin PMS'nin hem fiziksel hemde psikolojik semptomlarını azalttığını (%46) göstermişlerdir(57).

Refleksoloji, vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir (26,57,65,80,82). Yaklaşık on iki bin yıllık bir geçmişi olan refleksoloji, günümüzde ABD başta olmak üzere İngiltere, Belçika ve Fransa gibi Avrupa ülkelerinde çok yaygın olarak kullanılmaktadır (9,26,48,75,80,82). Refleksolojiyle ilgili anekdotal kanıtların çok fazla olmasına karşın bilimsel kanıt sayısı azdır. Fakat son yıllarda bilimsel çalışmalarda ciddi bir artış söz konusudur. Bununla birlikte, ülkemizde perimenterüel distresi hafifletmek için refleksolojiyle yapılan bir çalışmaya rastlanamamıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmada; refleksolojinin, perimenstrüel distresi hafifletmede etkinliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3.HİPOTEZ

H1: Kulaklar, eller ve ayaklara uygulanan refleksoloji masajı, perimenstrüel distresin semptomlarını azaltmada etkilidir.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örnekleme, veri toplama teknikleri, analiz yöntemleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

Araştırma kapsamına alınan kız öğrencilere eşit koşullarda ve araştırmacı tarafından refleksoloji masajı uygulanmıştır.

Araştırma için perimenstrüel distres her siklusta araştırmacı tarafından aynı ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kadın üreme sistemi menarştan menopoza kadar menstrüel siklus denilen regüler sıklık değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin en belirgin göstergesi endometriyal tabakanın dökülmesi şeklinde ortaya çıkan vajinal kanamadır. Uterus kavitesinde dökülen doku ve kanın vajinal yolla atılmasına menstrüasyon, regl veya adet denilmektedir. Menstrüel siklusun düzenliliği hipotalamus-hipofiz-over aksının karşılıklı iletişimi ile olur (16,29,71).

Menstrüel siklusun hem premenstrüel, hemde menstrüel döneminde ortaya çıkan yakınmalara perimenstrüel distres denilmektedir (14,16,19,41,47). Menstrüasyon başlangıcından 7-10 gün öncesinden ortaya çıkabilen, menstrüasyonun başlamasından itibaren birkaç günde ortadan kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik,

davranışsal semptomlara premenstrüel sendrom (PMS), menstrüasyon süresince tanımlanan ağrıya ise dismenore denilmektedir (16,19,30,39,41,44). Primer dismenore pelvik bir patoloji ile ilişkili değildir. Genellikle ovulasyonlu siklulardan sonra görülür. Menarştan sonra 1-2 yılda ovulasyonun yerleşmesi ile ortaya çıkar, 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır ve daha sonra giderek azalır (8,29,71). Literatürde premenstrüel sendrom ve dismenore ayrı ayrı incelenmektedir fakat iki durum bir arada bulunabilmektedir (71).

Perimenstrüel distreste kesin olarak belirlenmiş risk faktörleri olmamasına karşın, kadınların kişisel beklentilerinin, kadının kendi kendini algılamasının ve ait oldukları sosyo- kültürel grubun menstrüel şikayetlere karşı tavırlarını etkilediği belirtilmektedir. Bununla birlikte tüm etnik gruplarda rapor edilmiştir (17,22,45,71). Anksiyete ve stresin, uterin aktiviteyi harekete geçirerek ve dismenore şikayeti olan kadınlarda pozitif feed back halkası şeklinde etkide bulunarak dismenorenin şiddetini artırdığı belirtilmektedir (45).

Premenstrüel sendrom nedenini açıklayan çok sayıda hipotez ve bu hipotezlere ilişkin çok sayıda veri olmasına karşın, bu konu henüz tam olarak açıklanamamıştır. Sonuçta bir semptom kompleksinden oluşan PMS etiyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir (3,20,21,27,28,29,30,35,39,41,57,66). Yapılan araştırmalar genetik faktörlerin, besinsel yetersizliklerin ve over kökenli steroidlerin döngüsel değişikliklerinin beyindeki nörotransmitter sistemler üzerine etkilerinin rolü olabileceğini belirtmektedir (1,3,15,30,39,41,44,66).

Primer dismenorenin nedeni olarak, ovulasyondan sonra oluşan luteal fazda ve menstrüel kanamada salgılanması artan prostaglandin F2 alfa (PGF2a) sorumlu tutulmaktadır (8,22,29,59,63,71).

Perimenstrüel dönemde en sık rastlanan semptomlar: çabuk sinirlenme, karında gerginlik ve şişlik, göğüslerde ağrı ve şişlik, yorgunluk ve halsizlik, iç sıkıntısı, sosyal faaliyetlere karşı isteksizlik, ağlama isteği, baş ağrısı, dikkatini toplayamama, mide bulantısı, ishal, bel ağrısı karında ağrı ve kramplar olarak belirlenmiştir (3,8,16,17,59,71).

Perimenstrüel distres, seksüel olgunluk dönemindeki kadınların büyük bir bölümünde görülmesi, iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve aile yaşantısını ciddi boyutlarda etkilemesi nedeniyle yalnızca bir kadın sağlığı sorunu değil bir toplum sağlığı sorunu olarak ta karşımıza çıkmaktadır (3,43).

Türk, Nijeryalı, Yunan, Japon, Amerikan ve çeşitli ülke kadınlarında, 1972 yılında yapılan retrospektif bir çalışmaya göre; PMS semptomlarının en sık olarak Nijeryalılarla birlikte Türklerde bulunduğu ve Türkiye’de %88 ile en yaygın semptomun gerginlik olduğu belirlenmiştir (16,19,41). Ülkemizde yapılan çalışmalarda 15-49 yaş arasında olan kadınlarda PMS prevalansını %21-71 olarak saptanmış, premenstrüel ve menstrüel dönemde yaşadıkları sıkıntıların güncel faaliyetlerini etkilediği bulunmuştur (3,6,7,20,30,34,70,73).

Dismenore ise, kadınlarda en çok görülen jinekolojik yakınmadır (8,17,22,59,63,71). Literatürde dismenorenin üreme çağındaki kadınların %20-90’nını çeşitli derecelerde etkilediği, bunların %7-15’inin çok şiddetli ağrı yaşadıkları ve her yıl pek çok işgücü (çalışma ve okul) kaybına neden olduğu belirtilmektedir (17,22,29,45,59). Bir başka deyişle, tüm kadınların %25’inin, adölesanların %90’nının dismenore yaşadıkları tahmin edilmektedir. Durain, adölesanlarda okul devamsızlığının birinci sebebinin dismenore olduğunu belirtmektedir (22).

PMS'nin otuzlu yaşlarda daha çok görüldüğü kabul edilmesine rağmen, son yıllardaki çalışmalarda adölesanlarda da PMS'nin yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (6,7,20,27,30,34,56,70). Coşkun ve Kızılkaya perimenterüel şikayetlerin 15- 24 yaşlar arasında menstrüel ve premenstrüel her iki dönemde de, 40-49 yaşlarında ise ağırlıklı olarak premenstrüel dönemde daha fazla görüldüğünü belirlemişlerdir (14). Bu verilerin ışığında; 25 yaşın altındaki kadınlar perimenstrüel distres açısından diğer yaş gruplarına oranla daha fazla risk altındalar ve genç yaşlarda eğitim ve bilgilerinin daha az olması nedeniyle daha fazla yardım ve desteğe gereksinimleri vardır denebilir.

Genç kızların %90'ının dismenore yaşamalarına ve yarısının ağırları şiddetli bulmalarına rağmen büyük çoğunluğu tarafından bu normal kabul edilmektedir. Bu yüzden, şiddetli dismenoresi olan gençlerin %30'unun ebeveynleri durumdan habersizdir ve dismenore nedeniyle bir sağlık kuruluşuna müracaat etmeyenlerin oranı %70-80'dir (15,17,59). Yapılan bir çalışmada dismenoreli öğrencilerin sadece %14'ünün bir doktora başvurduğu, %49'unun ise semptomları için okul hemşiresinden yardım istediği saptanmıştır (59). Bu bulgu, hemşireliğinin danışmanlık ve rehberlik fonksiyonlarının, hemşirelik işlevi olarak uygulayabileceği ve öğretebileceği nonfarmakolojik girişimlerin önemini ortaya koymaktadır.

Öte yandan, sağlık kuruluşuna gidilmemesine rağmen kadınların üçte ikisinden fazlasının ağrı kesici kullandıkları tesbit edilmiştir. Aslında dismenorenin nonsteroid anti-inflamatuar ya da antiprostaglandin bir preparatla hafifleyeceği aşıkardır, ancak kadınların ağrı kesicileri muhtemelen arkadaş, komşu tavsiyesi ve gelişigüzel aldıkları tahmin edilmektedir. Adölesanlarda yapılan çalışmalara göre, ilaç kullanım oranı %15.5-71.7 arasında bulunmuş ve adölesan kızların adölesan erkeklerden daha fazla ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Ayrıca, dismenore şiddetiyle ilişkili olarak aşırı doz

artırımına gidildiği saptanmıştır (17,59). Literatürde, dismenore nedeniyle günlük aktivitelerini yerine getiremeyen bireylerin %41.7'sinde ilaç kullanımına rağmen durumlarında iyileşme görülmediği belirlenmiştir (17)

Tüm bunların yanında, dismenore ve perimenstrüel ağrıların tedavisinde kullanılan nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar (NSAID) yan etkilere sahiptir, bulantı, hazımsızlık, diare ve bazende halsizlik yapabilirler. Ayrıca, gastrointestinal ülseri olan veya aspirine bronkospatik aşırı duyarlılığı olan kişilerde kontrendike olabilirler. (8,22,45). PMS tedavisinde oral kontraseptiflerin sadece bazı fiziksel bulguların iyileşmesine katkıda bulunduğu gösterilmiş fakat duygudurum bozukluklarında etkisiz bulunmuşlardır. Eskiden kullanılan progesteronun etkinliği de plasebodan farksız bulunmuştur. GnRH analogları etkili bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hem pahalıdır hem de uzun süre kullanımda östrojen azlığına bağlı kemik kaybı ve menapozal bulgular ortaya çıkmaktadır. Danazol PMS olgularında etkili bulunmuştur ancak amenoreye yol açan dozlarda istenmeyen androjenik yan etkileri görülmektedir (15). Günümüzde premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) tedavisinde ilk seçenek seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Yan etki olarak uyuşukluk, gastrointestinal sistem ve uyku problemleri veya seksüel fonksiyon bozukluğuna yol açabilirler (15,32).

Literatürde, ilaçları mutlaka bir doktor kontrolünde kullanılması gerektiği, bireylerin ağrı kesici kullanmadan ve doz artışına gitmeden önce ağrı ile başetme yöntemlerini öğrenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (8,17,59) PMS ile başetmede de bazı yaşam tarzı değişikliklerinin ve alternatif tedavilerin başarılı olduğu konusunda yayınlar vardır (8,17,21,28,32,35,39,41,47,57,66,78). Çeşitli tamamlayıcı/alternatif tedaviler (masaj, egzersiz, diyet değişiklikleri, relaksasyon teknikleri, akupunktur, refleksoloji vb.) araştırma sayılarının azlığından, bazılarında da

araştırma yöntemleri veya örneklem sayılarının uygun bulunmamasından dolayı birçok sağlık profesyoneli tarafında şüpheyle karşılanmaktadır (15,50,66). Fakat perimenstrüel distres yaşayan kadınlar arasında kullanımları oldukça sıktır ve kullanan kadınların sayısı da her geçen gün artış göstermektedir. Bunun nedeni, genel sağlık için tavsiye edilebilir yöntemler olmaları ve hiçbir sağlık riski içermemeleridir (21,23,65,66). Toplum çalışmalarının yapıldığı bölgelerde toplumun %20-50'sinin değişik nedenlerden dolayı tamamlayıcı tedavileri kullandıkları belirlenmiştir ve Birleşik Krallık'ta her dört kişiden biri anlamına gelmektedir. Ayrıca, bu tedavileri kullanma kararı bir hekim önerisiyle değil kişilerin kendi kararlarıdır. Bunun yanında, bu tedavilere ulusal hastanelerin servisleri içinde ulaşabilme olanakları yok denecek kadar azdır. Bu tip tedavilerin halk sağlığına katılmasına izin verilmeden önce klinik yeterliliği ispatlanmış daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (9).

1.6. SINIRLILIKLAR

Çalışmaya sadece Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 2006-2007 öğretim döneminde okuyan kız öğrenciler dahil edilmiştir.

İki siklus öncesi, iki siklus uygulaması ve iki siklus sonrası olmak üzere altı ay izlem gerektiğinden ve refleksoloji masajını tek kişi olarak araştırmacı yaptığından dolayı zaman kısıtlaması nedeniyle uygulama süresi iki siklusla sınırlandırılmıştır.

Bu tip uzun süre izlem gerektiren çalışmalarda sık rastlandığı üzere çalışma dışı kalan vaka sayısı çok olmuştur.

1.7. TANIMLAR

Menstrüel Siklus: Kadın üreme sistemi menarştan menopoza kadar regüler siklik değişiklikler gösterir. Her siklus menstrüasyonun birinci günü başlar ve bir sonraki menstrüasyonun başlayacağı gün biter. Ortalama siklus süresi 28 gündür (71).

Menstrüasyon: Menarştan menopoza kadar olan dönemde her menstrüel siklusta uterusun endometriyum tabakasında meydana gelen değişiklikler sonucu, endometriumun fonksiyonel tabakanın dökülmesi şeklinde ortaya çıkan vajinal kanamaya menstrüasyon, regl veya adet denilmektedir (29,71).

Perimenstrüel Distres: Menstrüel siklusun hem premenstrüel, hemde menstrüel döneminde ortaya çıkan şikayetlere perimenstrüel distres denilmektedir. Bu şikayetler premenstrüel sendrom ve dismenore başlığı altında incelenmektedir (14,41,47).

Premenstrüel Sendrom (PMS): Menstrüasyon başlangıcından 7-10 gün öncesinden ortayaçıkabilen, mensrüasyonun başlamasından itibaren birkaç günde ortadan kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlardır (30,39,44).

Dismenore: Menstrüasyon süresince tanımlanan ağrıya denilmektedir (30,39,45). Primer dismenore pelvik bir patoloji ile ilişkili değildir. Genellikle ovulasyonlu siklulardan sonra görülür. Menarştan sonra 1-2 yılda ovulasyonun yerleşmesi ile ortaya çıkar, 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır ve daha sonra giderek azalır (8,29,71).

Refleksoloji: Vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir (9,26,55,57,69,74,75,77,80,82).

Tamamlayıcı/Alternatif Tedavi: İyleştirmeye yönelik olarak uygulanan ve bilimsel tedavi yöntemlerine yardımcı olan yöntemlerdir. Tamamlayıcı/Alternatif tıp bilim dışı bir kavram olmayıp kesinlikle klasik tıbbı reddetmez, aksine onun çaresiz kaldığı durumlarda devreye girmektedir. Buna aynı zamanda **parelel tıp** adı da verilir. Bugünkü verilere göre 145 çeşit uğraşı alanı vardır. Ancak bunlardan en çok uygulanan veya en iyi sonuçlar verenlerden bazıları; yoga, masaj, egzersiz, akupunktur, akupressur,

refleksoloji, relaksasyon, meditasyon, aroma terapi, hidroterapi ve müzikle terapidir (4,18,72,66).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. MENSTRÜEL SIKLUS

Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için bütün organizmada özellikle üreme organlarında menarştan menopoza kadar devam eden ve her ay muntazam görülecek bazı değişikliklerin olması beklenir (29,71).

Kadın üreme sistemi menstrüel siklus denilen regüler siklik değişiklikler gösterir (29,71). Bu değişikliklerin en belirgin göstergesi endometriyal tabakanın dökülmesi şeklinde ortaya çıkan vajinal kanamadır. Menstrüel siklusun düzenliliği hipotalamus-hipofiz-over aksının karşılıklı iletişimi ile olur. Normal kabul edilen döngü 22-35 gün arasındadır ve ortalama 28 gün kabul edilir. Her döngü menstrüel kanamanın birinci günü başlar bir sonraki menstrüel kanamanın birinci günü biter. Menstrüel kanama süresi 2-7 gündür ve kaybedilen kan miktarı 30-150 cc arasında değişir. Menstrüel kan fibronojen içermediğinden pıhtılaşmaz (13,29,71).

Menstrüel siklusu kontrol eden hormonlar; hipofizer gonadotropinler (Luteinizan hormon-LH, Folikül stimüle edici hormon-FSH), prolaktin, over steroidleri (östrojen, progesteron, androjenler)dir. Hormonal etkenlerin dışında bazı çevresel faktörlerde; iklim, beslenme, stres, aılana ilaçlar vb. menstrüel siklusları etkileyebilir (13,71).

Menstrüel siklus, ovarial siklus ve endometrial siklus olmak üzere iki bölümde incelenir.

1.8.1.1. OVARIAL SIKLUS

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

Foliküler (proliferatif) Faz: Mentrüasyonun ilk gününden başlayıp siklusun ilk yarısını oluşturan ve ovulasyona dek geçen süredir. Folikül stimulan hormonun (FSH) etkisi ile ovariumlarda pek çok folikül olgunlaşmaya başlar. Foliküllerden bir tanesi hızlı gelişerek östrojen salgılamaya başlar ve diğerleri atrofi olur. Folikülden salgılanan östrojen folikül hücreleri içine dolar. Follikül etrafında theca interna (iç), theca externa (dış) olmak üzere iki tabaka oluşur. Gelişen bu foliküle graff folikülü denir (5,29,71).

Özellikleri:

- Süresi değişkendir, 7 gün ile 3 hafta arasında sürebilir,
- Bazal vücut sıcaklığı düşüktür,
- Over foliküllerinin gelişimi olur ve bu faza folikül olgunlaşması da denir,
- Endometrial glantlarda proliferasyon ve damarlanma olur,
- Overden östrojen salgılanır (5,19).

Ovulatuvar Faz: Foliküler fazdan luteal faza geçiş dönemidir. Ovulasyon siklusun ortalama 12-14. günleri arasında Luteinizan hormon pikinin başlamasından 24 saat sonra oluşur. Bu esnada kan östrojen seviyesinde en yüksek noktasına ulaşır. Overdeki graft follikülü çatlar ve oosit II follikülden atılır. LH pikinden sonra östrojen düzeyleri düşmeye başlar. Bundan sonra FSH baskılanır, LH ise teşvik edilir (71).

Luteal Faz: Ovulasyonun oluşmasından menstrüasyonun başlamasına kadar geçen süredir. Ovulasyondan sonra folikül duvarı büzülür ve içine kanla birlikte lipid içeren sarımsı hücreler birikir. Luteinize olmuş granüloza hücreleri ve theca interna-externa tabakalarından korpus luteum (sarı cisim) oluşur. Korpus luteumdan çok

miktarda progesteron, az miktarda östrojen salgılanır. Progesteron etkisiyle endometrial bezler gelişir. Salınmış oositi destekler ve endometriumu implantasyona hazır hale getirir. Eğer fertilizasyon olmamış ise korpus luteum menstrüasyondan bir hafta önce gerilemeye başlar (29,71).

Özellikleri:

- 14 günlük sabit süreye sahiptir,
- Bazal vücut sıcaklığında yükselme olur,
- Endometriumda desidual reaksiyon gelişir (19).

1.8.1.2. ENDOMETRİAL SİKLUS

İkinci bir siklus, ovarial siklustan etkilenerek fertilize ovumun implantasyonu için hazırlanan endometriumda görülür. Endometrium tabakası; zona bazalis, spongiosa ve zona kompakta olmak üzere üç tabakadan oluşur. Aylık değişiklikler zona spongiosa ve kompakta tabakasında olur (29,71).

Endometrial siklus proliferatif faz, sekretuar faz ve menstrüel faz olmak üzere üç fazdan oluşur (Şekil 1).

Proliferatif Faz: Menstrüasyonu takiben fonksiyonel ve bazal tabaka yeniden yapılır. Bu yapılanmayı östrojen hormonu sağlar. Östrojen endometrium epitelinin çoğalarak (proliferasyonu) kalınlaşmasına neden olur. Zona spongiosa'daki glantlar uzar ve damarlaşma artar. Endometriumun kalınlığı ovulasyon zamanında 3-4 mm'ye ulaşır. Proliferatif faz menstrüel fazın başlangıcından itibaren yaklaşık 5. günde başlar ve ovulasyona kadar devam eder. Proliferatif faz ovarial siklusun foliküler fazın kontrolü altındadır (13,29,71).

Sekretuar Faz: Ovulasyonu takiben korpus luteumdan salgılanan progesteronun etkisi ile endometrium kalınlaşmaya devam eder. Endometrial bezler kıvrılır,

sekrasyonları artar ve stromal ödem oluşur. Endometrium fertilize ovumun yerleşmesi için hazır hale gelir. Eğer fertilizasyon olmaz ise, korpus luteum geriler, östrojen ve progesteronun kandaki düzeyleri düşer. Fonksiyonel tabaka geriler ve oluşan iskemi sonucu deskuamasyon başlar. Sekratuar faz ovarial siklusun luteal fazının kontrolü altındadır (13,29,71).

Menstrüel Faz (Menstrüasyon): Kandaki östrojen ve progesteronun düşmesi ile spiral arterlerde spazm olur ve endometrium tabakasında gerileme başlar. Kanamanın artması ile nekroze olan fonksiyonel tabakanın atılmasına neden olur. Uterus kavitesinde dökülen doku ve kanın vajinal yolla atılmasına **mentrüasyon, regl** veya **adet** denilmektedir. Mentrüasyonun 2. gününde artan östrojen etkisiyle rejenerasyon başlar (5,13,29,71).

1.8.1.3. MENTRÜEL SİKLUSU OLUŞTURAN HORMONLAR

İnsanda mestrüel siklusun endokrin kontrol mekanizması,

-Hipotalamus (Nucleus arcuatus),

-Hipofiz ön lobu (pituitar bez),

-Ovaryimlardan salgılanan hormonlar ve aralarındaki siklik etkileşime bağlı olarak gelişir (19).

1.8.1.3.1. Gonodotropin Relasing Hormon (GnRH)

GnRH gonodotropin salınımını kontrol eden hipotalamik bir hormondur. On aminoasitten meydana gelen dekaeptittir. Hipotalamustaki nöronlarda üretilir ve portal dolaşıma salgılanır. Bu sistem GnRH'ı hipofiz ön lobuna taşır. Üreme siklusunun kontrolü GnRH'ın sabit ve düzenli salınımına bağlıdır. Bu işlev salgılatıcı hormonlarla diğer hormonların (hipofizer gonodotropinler ve gonat hormonları) karmaşık ve koordineli ilişkilerine bağlıdır. GnRH hem FSH hem de LH'ın aynı hücreden sentez ve

salınımını kontrol eder. Ayrıca santral sinir sisteminden köken alan nörotransmitterler ve endojen opioid peptidler hipotalamustan GnRH salınımı üzerine etkide bulunurlar (5).

Nörotransmitterlerden norepinefrin hipotalamik GnRH nöronlar üzerine pozitif etki yaparken, dopamin ve serotonin negatif etkide bulunarak düzenlemeye yardımcı olurlar (5).

Endojen opioid peptidler (EOP) hipotalamusu baskılayarak GnRH ve gonadotropin salınımını inhibe ederler. Gonadol steroidler EOP aktiviteyi düzenlerler. GnRH salınımını etkileyen başlıca opioidler beta (β) endorfinlerdir. Majör etkileri noradrenalin düzenleyicisidir. Östrojenleri katekolaminlere çeviren katekolestrojen adlı enzim hipotalamusta konsantre olur. Katekolaminler ile GnRH salınımı arasındaki bağlantıda rol aldıkları düşünülmektedir (5,16).

1.8.1.3.2. Hipofizer Gonadotropinler (FSH Ve LH)

Folikül stimülan hormon (FSH) ve luteinizean hormon (LH) hipofiz ön lobundan aynı hücreler tarafından salgılanmaktadır. FSH ve LH hipotalamusta salgılanan GnRH stimülasyonu ile salgılanır. Ayrıca bu hormonların salgılanmasında östrojenler, progesteron ve inhibin hormonların pozitif ve negatif geri bildirimleri de regülasyonu sağlamaktadır.

FSH reseptörleri overlerdeki granüloza hücresi membranında bulunur. FSH etkisi;

- Granüloza hücrelerinde foliküler gelişmede rol alır.
- LH reseptörlerinin oluşumunu stimüle eder.
- Aramatoz enzimleri aktif hale getirir.

- Granüloza hücrelerinde FSH ve LH reseptör sayısını artırarak foliküler gelişmeyi sağlar. FSH etkisi granüloza hücrelerinde üretilen östrojen tarafından artırılır.

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

- LH, teka hücreleri ile androjen sentezini stimüle eder.
- Granüloza hücreleri üzerindeki LH reseptörleri yeterli sayıda olduğunda LH doğrudan granüloza hücrelerini etkileyerek luteinizasyona ve progesteron üretimine yol açar (5,16).

1.8.1.3.3. Over Steroidleri

Overler östrojen, progesteron ve androjenleri salgılar. Bu hormonların ayrıca adrenal glandlar tarafından da salgılandığı bilinmektedir (71).

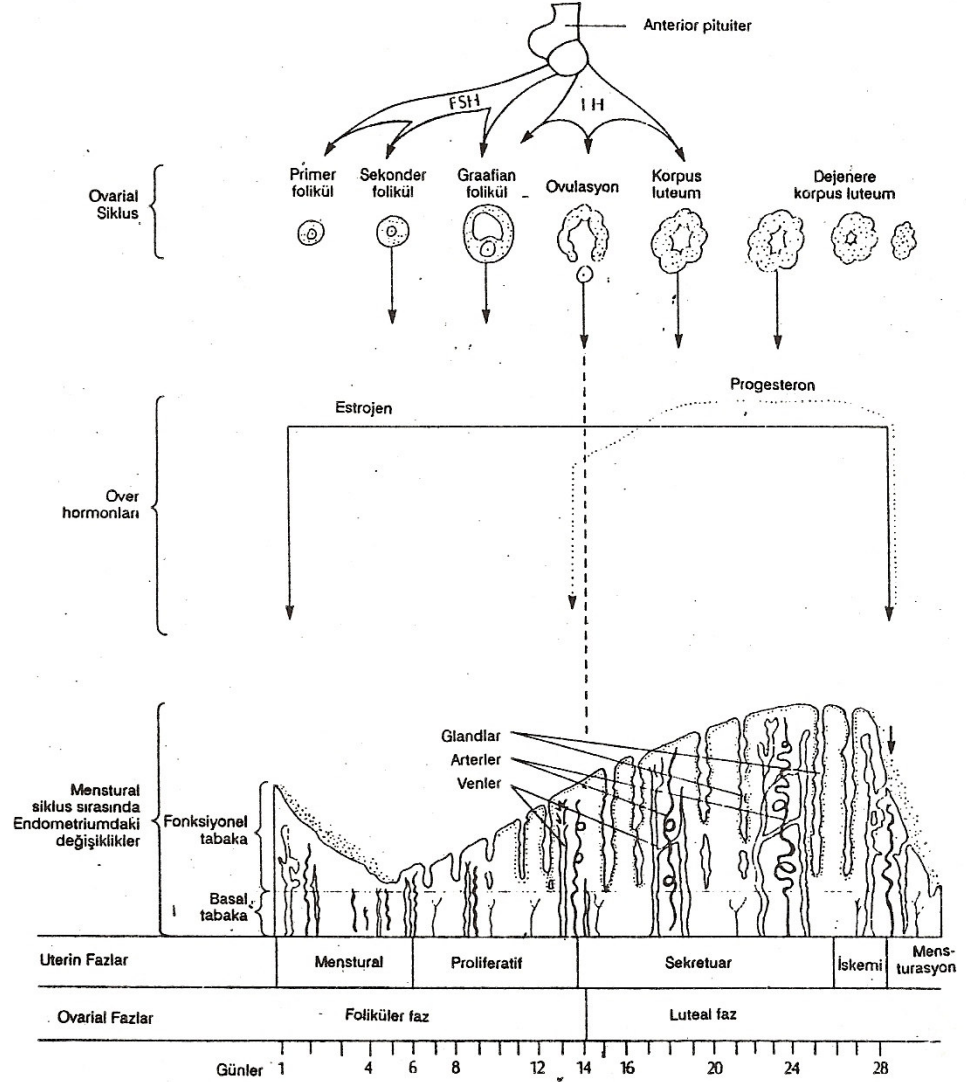
Östrojenler: GnRH etkisiyle overlerden salınır. Beta estradiol ve estrone olarak iki şekli vardır. Östradiol biyolojik potansi ve periferik hedef dokular üzerindeki çeşitli etkileri nedeni ile overlerin en önemli sekreatuar ürünüdür. Hipotalamusu ve hipofizi geri bildirim mekanizması ile etkiler (29,71). Primer ve sekonder seks karakterlerinin gelişimini sağlar. Uterusun fallop tüplerinin, vajinanın ve dış genital organların pubertede gelişmesini sağlar. Gebelikte artan miktarlarda salgılanarak, uterus ve vajinada damarlaşmaya ve hücrelerde büyümeye neden olur. Menopozda östrojen düzeyindeki düşme üreme organlarında atrofiye neden olur. Endometrial siklusa sekreatuar ve proliferatif fazları kontrol eder. Endometriumun fonksiyonel tabakasının kalınlaşmasını ve arteriollerin uzamasını sağlar. Uterusu hipofiz arka lob hormonu olan

oksitosine karşı duyarlı kılar ve anjiotensinojen sentezini artırır. Vücutta su, tuz tutulumu yapar (5,13,29,71).

Progesteron: LH etkisiyle kopus luteumdan ve gebelikte plasentadan salgılanır. Siklusun luteal fazında endometriumun sekretuar döneminden sorumludur. Negatif geri bildirim ile LH salgılanmasını azaltır. Progesteron etkisiyle servikal glantlar kalın bir müküs salgılar ve bu sayede spermilerin geçişi zorlaştığından kontraseptif etki yapar. Bazal vücut ısını yükseltir, bu da ovulasyonun tespitinde rol oynar. Gebelikte, gebeliğin devamını sağlar, uterus kontraksiyonlarını baskılar. Memelerde estrogen ile beraber alveoller gelişmeyi sağlayarak laktasyona hazırlar. Solunum merkezini uyarak solunumu artırır. Bu nedenle siklusun ikinci yarısında ve gebelikte kan karbondioksit düzeyi azalır (5,13,29,71).

1.8.1.3.4. Prostaglandinler

Fonksiyonları açısından hormonlara benzeyen maddelerdir, ancak hormonlar gibi özel hücrelerden salgılanmazlar. Organizmanın tüm dokularında bulunurlar ve çoğunlukla sentez edildikleri hücre veya organ üzerine etkili olurlar. Bununla beraber reseptörlerinin bulunduğu hedef organları da vardır. Prostaglandinler, siklopentan çemberindeki C-20 hidrokarbonları ve birkaç mikrosomal enzim kontrolü altında, araşidonik asitten lokal olarak üretilirler. Araşidonik asidin prostaglandinlere dönüştüğü bu yol siklo-oksigenaz için gereklidir. Lisosomal enzim fosfolipaz tarafından fosfolipidlerin hidroliziyle, araşidonik asit oluşur ve siklooksigenaz aktivasyonu ile siklik endoperoksitlere dönüşür. Siklik endoperoksitler, birkaç enzim aktivasyonu ile prostaglandin E₂ (PGE₂) ve prostaglandin F₂ (PGF₂), prostasiklin ya da tromboksan A₂'ye dönüşürler. Dismenoreli kadınların menstrüel kanında prostaglandin daha yüksektir (45,71).



Şekil 1. Mestrüel Siklusun Overler, Endometrium ve Kan Hormon Seviyeleri Arasındaki İlişkileri

Kaynak: Taşkın L.(2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, VI. Baskı.

1.8.2. PERİMENTRÜEL DİSTRES

Perimenstrüel distres terimiyle menstrüel siklusun hem premenstrual, hemde menstrüel döneminde ortaya çıkan yakınmalar anlatılmaktadır (14,16,19,41,47). Mensruasyon başlangıcından 7-10 gün öncesinden ortaya çıkabilen, mensruasyonun başlamasından itibaren birkaç günde ortadan kaybolan, çoğu sklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlara premenstrüel sendrom (PMS), menstrüasyon süresince tanımlanan ağrıya ise dismenore denilmektedir (30,39,42). Literatürde premenstrüel sendrom ve dismenore ayrı ayrı incelenmektedir fakat iki durum bir arada bulunabilmektedir (71). Birçok yazar premenstrüel sendrom ve onu izleyen dismenore arasında kuvvetli bir klinik birliktelik olduğunu vurgulamakta ya da dismenoreyi premenstrüel sendromun bir alt grubu olarak ele almaktadır (16,19,20,41). Yapılmış çalışmalar dismenoresi olan gençlerde premenstrüel sendrom sıklığının daha yüksek olduğunu, premenstrüel sendrom ve dismenore arasında önemli bir bağlantı olduğunu bulmuşlardır (20, 30).

Literatürde, premenstrüel sendrom ve dismenore ayrı incelenmektedir. Bu araştırmada da inceleme kolaylığı açısından premenstrüel sendrom ve dismenore ayrı incelenecektir.

1.8.2. 1. PREMENSTRÜEL SENDROM

İlk kez 1931 yılında Frank'ın "premenstrüel tesion" diye adlandırdığı ve premenstrüel gerginlik sendromu, premenstrüel disfori, geç luteal faz disforik bozukluğu gibi adlarla da tanınan "premenstrüel sendrom" terimi 1952'de Katharina Dalton tarafından tanımlanmıştır. 1968'e kadar yaklaşık 150 premenstrüel sendrom belirtisi yayınlanmış olup bu konu ile ilgili araştırmalar son 20-25 yılda artış göstermiştir (30,32,39,62).

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüasyondan yaklaşık 7-10 gün önce, luteal fazda ortaya çıkan, menstrüasyonun başlamasından birkaç gün sonra kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlar olarak adlandırılmaktadır (3,30,35,39,41,57,71). Premenstrüel sendrom prevalansı %10 ile %90 arasında değişmektedir (78). Literatürde çok farklı bilgiler olmakla birlikte, kadınların %90-95'i premenstrüel semptomlardan en az birini veya daha fazlasını deneyimlemektedir, %20-40'ı yaşam kalitelerini etkileyecek, orta şiddette semptomlar yaşamaktadır (21,32,41,73,78).

Kadınların %2-10'u ise neredeyse tüm semptomları ve çok şiddetli bir şekilde yaşamakta ve psikiyatride "premenstrüel disforik bozukluk" (PMD) tanısı almaktadır (1,2,8,39,56)

Bu semptomlar, kadının ruh sağlığını, sosyal ilişkilerini bozmakta, işteki verimliliğini azaltmakta, rollerini yerine getirmesini aksatmaktadır. Kadının ev içi ve toplumdaki huzursuzluk ve çatışmalarının da daha şiddetli ve sıkıntılı geçmesine neden olmaktadır (3,16,19,30,39,41). Sosyal ve işle ilgili problemler dışında ciddi depresyonlara (%30-76), intihar girişimleri ve adli suç davranışlarına da sebep olabilmektedir (1,2,39,56,78). Seksüel olgunluk dönemindeki kadınların büyük bir bölümünde görülmesi nedeniyle bir toplum sağlığı sorunu olarak da karşımıza çıkmaktadır (3,43).

Türk, Nijeryalı, Yunan, Japon, Amerikan ve çeşitli ülke kadınlarında, 1972 yılında yapılan retrospektif bir çalışmaya göre; PMS semptomlarının en sık olarak Nijeryalılarla birlikte Türklerde bulunduğu ve Türkiye'de %88 ile en yaygın semptomun gerginlik olduğu belirlenmiştir (41). Ülkemizde yapılmış değişik çalışmalarda, PMS prevalansı %82 ile %32.7 arasında farklılıklar göstermektedir (3,30,34). Bu farklılığın

örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. İnce, adölesanlarla yaptığı çalışmasında PMS prevelansını %42.7 olarak belirlerken, %38.1'inin menstrüasyon yakınmaları nedeniyle okula devamsızlık yaptığını belirlemiş (34). Derman ve arkadaşları adölesanlarla Ankara'da yaptıkları çalışmalarında, PMS prevelansını %61.4 olarak bulurken, bunlardan %13.4'ünün ciddi PMS hastası olduğunu bildirmişlerdir (20). İzmir, Denizli ve Eskişehir'de üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda %31-71 oranlarında öğrencilerin premenstrual ve menstrual dönemde yaşadıkları sıkıntıların güncel faaliyetlerini etkilediği bulunmuştur (6,7,70,72).

Premenstrüel sendromun psikolojik semptomları, kadınları en fazla tedavi arayışına götüren semptomlar olduğu bildirilmiştir. Çabuk sinirlenme, depresyon ve anksiyete ilk sıralarda yer alan semptomlardır (1,2,3,16,19,39,44,56).

Premenstrüel sendromda, değişik bir çok alt grup öne sürülmüştür. Rudolf H. Moss sekiz değişik alt grupta 47 adet semptom ele almıştır. Abraham değerlendirmesinde PMS'yi dört katogoride incelemiştir (16,19,44).

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

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

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

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

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

bozukluğudur (3,28,30,39,44,57,71). Yaygın olarak görülen sistemlere ilişkin semptomlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Yaygın Olarak Görülen PMS Semptomları.

Mizaç ile ilgili belirtiler Üzülme Anksiyete Kızgınlık Huzursuzluk Labil duygulanım	Sıvı/elektrolit dengesine ilişkin belirtiler Şişme Kilo alma Oligüri Ödem
Bilişsel belirtiler Konsantrasyon azalması Kararsızlık Paranoya Reddedilmeye duyarlılık İntihar düşüncesi	Mamolojik belirtiler Göğüslerde gerginlik, engojman, mastalji Göğüslerde büyüme, ağırlaşma
Ağrı Baş ağrısı Kas ve eklem ağrıları Genel ağrılar Sırt ağrısı	Davranışsal belirtiler Motivasyon azalması Sosyal izolasyon İmpuls kontrolünde azalma Etkinliklerde azalma Alkol içme nöbetleri
Otnom sinir sistemi belirtileri Bulantı, kusma Diare, konstipasyon Çarpıntı Terleme	Solunum sistemi belirtileri Rinit, sünizit, astım Boğaz ağrısı, soğuk algınlığı, ses kısıklığı
Santral sinir sistemi belirtileri Sakarlık Sersemlik Baş dönmesi Parastezi Tremor Epilepsi atakları Miğren	Ürolojik belirtiler Sistit Üretrit Oligüri Enürezis Oftalmatolojik belirtiler Konjiktivit Arpacık Görme bozukluğu
Nöro vejetatif sistem belirtileri Uykusuzluk Aşırı uyuma Anoreksiya Belli yiyeceklere aşırı istek Yorgunluk Laterji Ajitasyon Libido değişiklikleri	Dermatolojik belirtiler Akne, cıban Saçlarda yağlanma Saçlarda kuruma Ürtiker Kolay morarma, çürüme

Kaynak: Kızılkaya, N. (1995). Premenstrüel Sendrom, Sendrom, Şubat, 26-34.

1.8.2. 1.1. Premenstrüel Sendromun Fizyopatolojisi

Premenstrüel sendrom nedenini açıklayan çok sayıda hipotez ve bu hipotezlere ilişkin çok sayıda veri olmasına karşın, bu konu henüz tam olarak açıklanamamıştır. Sonuçta bir semptom kopleksinden oluşan PMS etiolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı kabul edilmektedir (3,20,30,35,39,44,57,71).

PMS’de kesin olarak belirlenmiş risk faktörleri olmamasına karşın, kadınların kişisel beklentileri ve ait oldukları sosyo kültürel grup PMS’ye karşı tavırlarını etkilemekle birlikte tüm etnik gruplarda PMS rapor edilmiştir (41).

Yapılan araştırmalar genetik faktörlerin rolü olabileceğini göstermektedir (3,15,30,40,44). Yapılmış araştırmalarda aile öyküsünün PMS sıklığını artırdığı belirtilmektedir (3,30,39). Monozigotik ikizlerin her ikisinde PMS görülme oranı dizigotik ikizlerden fazla bulunmuştur. Yine dizigotik ikizler ile kontrol grubu arasında önemli bir fark olduğu bildirilmiştir(15,44).

PMS ve Yaşla olan ilişki üzerinde yapılan araştırmalar farklı sonuçlar vermiştir. PMS’nin otuzlu yaşlarda daha çok görüldüğü kabul edilmesine karşın, son yıllardaki araştırmalarda adolesanlarda da PMS’nin yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (6,7,20,27,30,34,56,70).

PMS etiolojisinde B, A, E vitaminleri ve magnezyum, çinko, kalsiyum eksikliklerinin rol oynadığı hipotezi kabul edilmiş, araştırmalarda PMS’li kadınların bazı besinler yönünden eksik beslendikleri tespit edilmiştir (44,66).

PMS’nin siklik olması ve menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkması, seks steroidleri ile ilişkili olabileceğini akla getirmiştir. Yapılan araştırmalar PMS’li olguların polaktin, aldesteron, magnezyum, ganodotropin, östradiol, progesteron, adrenokortikotrop hormon, beta-endorfin ve kortizol seviyelerinin kontrollerden farklı

olmadığını ortaya koymuştur (15,57). Gerçek hormonal tetiklemenin ne olduğu bilinmemekle birlikte, düzenli ovulatuvar siklusların PMDB etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir (15,39). Spontan anovulatuvar sikluslar, ovulasyonun östradiol, noretisteron, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri ile baskılanması ve bilateral ooferektomi premenstrüel semptomların kaybolmasına yol açmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, seks steroidlerinin merkezi sinir sistemi gama aminobutirik asit (GABA) ve seratonerjik yollardaki nörotransmitterleri etkileyerek PMS'ye yol açtığını düşündürmektedir. Öncelikle progesteronun merkezi sinir sistemi metaboliti olan allopregnanolon GABA sisteminin inhibitör etkisini artırmakta ve anksiyolitik etki yapmaktadır. Bu metabolitin eksikliği PMS'deki bunaltı bulgularından sorumlu olabileceği düşünülmektedir (1,15,39).

Yapılan randomize klinik araştırmalarla seçici seratonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) PMDB tedavisinde etkili olduğunun gösterilmesiyle seratoninerjik sistemin fizyopatolojideki rolü ön plana çıkmıştır. Östrojen tedavisi hem cerrahi, hem de spontan menopoza girmiş olgularda kan seratonin seviyesini artırmaktadır. Ayrıca, östrojen bazı hipotalamik nükleuslarda seratonin aktivitesini kontrol etmektedir. Progesteron ise özellikle limbik sistemde etkilidir. Yüksek stresli durumlarda oral kontraseptif kullanan kadınların progesteronu azaltıldığında triptofan ve onun metaboliti olan seratoninin azaldığı görülmüş ve sonuçta duygudurumda kötüleşme ve karbonhidrat yeme isteğinde artış izlenmiştir (15).

1.8.2. 1.2. Tanı ve Değerlendirme

PMS etyolojisi kesin olarak açıklanamadığından dolayı, PMS tanısını koymak güçtür (1,2,39,56,78). PMS tanısı konurken hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist),

hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip çalışmasına gerek vardır (44).

Değerlendirmenin ilk aşamasında, iyi bir menstrüel ve obstetrik anemnez alınmalıdır. Bu anemnez yaş, parite, PMS'nin başlangıç yaşı, başlatan ve şiddetini artıran olaylar, semptomların zamanı, fiziksel ve emosyonel semptom sayısı, daha önceki tedavi ve sonuçları, PMS'un aile, iş, arkadaş ilişkileri üzerine etkisi gibi konuları kapsamalıdır. Hastanın beslenme alışkanlıkları (günlük öğün sayısı, tuz, kafein, vitamin alımı, kırmızı et, sebze tüketimi, açlık hissi vb.), sağlık alışkanlıkları (aerobik, sigara, alkol, ilaç kullanımı, stres düzeyi ve başa çıkma yolları) öğrenilmelidir (44).

Hastalıkların uluslararası sınıflandırılmasının 10. gözden geçirilmesinde (ICD-10) premenstrüel sendrom tanısı için siklik olarak oluşan tek bir fiziksel veya emosyonel semptom yeterli sayılmıştır. Günlük fonksiyonların engellenmesi veya prospektif kayıt gerekli değildir. Şiddetli premenstrüel sendromu Amerikan Psikiyatri Birliği premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) olarak tanımlamaktadır ve belirlemek için DSM-IV kriterlerini yayınlamıştır. PMDB tanısı için, son bir yıl içinde siklusların çoğunluğunda aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlası olmalı, semptomların prospektif olarak en az iki ay kaydedilmesi ve bu semptomlar topluluğunun kadının günlük işlevlerini engellediğinin belirtilmesi gerekmektedir (1,2,39,56,78).

Bir çok ruhsal bozukluğun (majör depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nevroza gibi) veya bedensel hastalığın (miğren, astım, epilepsi gibi) premenstrüel dönemde kötüleştiği bilinmektedir. Bu fenomene “premenstrüel alevlenme” denir. Premenstrüel alevlenme yaşayan kadınların premenstrüel ve menstrüel dönem sonrasında da belirgin yakınmaları vardır. Semptomların premenstrüel alevlenmeden kaynaklanıp kaynaklanmadığının ayırt edilmesi gerekir (2,15,78).

PMS için ICD-10 Tanı Ölçütleri:

Aşağıdakilerden sadece birinin premenstrüel olarak var olması yeterlidir.

1. Hafif psikolojik huzursuzluk,
2. Şişme hissi, kilo alma,
3. Memelerde hassasiyet,
4. El ve ayaklarda şişme,
5. Çeşitli ağrılar,
6. Dikkatte azalma,
7. Uyku bozukluğu,
8. İştah değişikliği (2,39).

PMDB için DSM-IV Araştırma Ölçütleri:

A. Çekirdek semptomlardan (1-4) birini içerecek şekilde beş ya da daha fazla semptomun premenstrüel olarak var olması.

1. Belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk duygusu, ya da kendini değersiz hissetme,
2. Belirgin bunaltı, gerginlik, endişe ya da sabırsızlık,
3. Duygudurumda belirgin ani değişiklikler (üzüntülü ya da ağlamaklı olma ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık),
4. Belirgin ve kalıcı öfke ya da huzursuzluk veya kişiler arası çatışmalarda artış,
5. Olağan etkinliklere karşı ilgi azalması (iş, okul, arkadaşlar, hobiler gibi),
6. Konsantrasyon güçlüğü,
7. Halsizlik, yorulma ya da belirgin enerjisizlik,
8. İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da özel yiyeceklere aşırma,

9. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
10. Başa çıkamama ya da kontrolü kaybetme duygusu,
11. Memelerde hassasiyet ya da şişme, baş eklem ya da kas ağrıları, şişkinlik hissetme, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler

B. Semptomlar iş/okul, sosyal etkinlik ya da diğer kişilerle ilişkileri engellemeli.

C. Semptomlar altta yatan bir başka hastalığın alevlenmesi olmamalı.

D. Semptomları prospektif olarak en az iki ay kaydedilmeli (15,39,56).

Menstrüel şikayetlerin şiddetini ve siklusun hangi fazında görüldüğünü belirlemek için kullanılan ölçekler de vardır. Bu ölçeklerden en yaygın olarak kullanılanı **“Moss Mestrual Distres Questinaire” (MDQ)**’dır (22,32,35,44,66). Bu ölçek 47 parametre içermekte ve retrospektif olarak doldurulmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kızılkaya tarafından yapılarak Türkiye’de kullanıma kazandırılmıştır. Taylor bu amaçla **“Daily Symptom Rating Scale” (DSRS)**’nı geliştirmiştir (44) Halbeich ve Endicott da premenstrüel dönemdeki mizaç, davranış ve fiziksel durum değişikliklerini ölçen 95 parametreden oluşan **“Assesment Form” (PAF)**’u geliştirmişlerdir (27,44). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Gençdoğan tarafından yapılmıştır (27).

1.8.2. 1.3. Farmakolojik Tedaviler

Başarılı tedavi, doğru tanı ve altında yatan patolojinin açığa çıkmasına bağlıdır. PMS’un fizyopatolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için bio-psiko-sosyal yaklaşım gereklidir. Ancak gerekli durumlarda, özellikle de fizik bulguların ön planda olduğu olgularda bulguya özgü farmakolojik tedaviler yapılmaktadır (15,44).

Menstrüel miğren premenstrüel baş ağrılarının tedavisinde nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar (NSAID) ve sumatriptan kullanılmaktadır. Siklik mastalji olan

olgularda sadece luteal fazda verilen 200 mg/gün danazol veya 1.25-7.5 mg/gün bromokriptinin etkili olduğu bulunmuştur. Şişkinlik, sıvı tutulması semptomu olan olgular potasyum koruyucu diüretik olan spiranolakton ve oral kontraseptiflerden yarar görebilir. PMS tedavisinde oral kontraseptiflerin sadece bazı fiziksel bulguların iyileşmesine katkıda bulunduğu gösterilmiş, ancak duygudurum bozukluklarında etkisiz bulunmuşlardır. Eskiden kullanılan progesteronun etkinliği de plasebodan farksız bulunmuştur. GnRH analogları etkili bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hem pahalıdır hem de uzun süre kullanımda östrojen azlığına bağlı kemik kaybı ve menapozal bulgular ortaya çıkmaktadır. Danazol PMS olgularında etkili bulunmuştur, ancak amenoreye yol açan dozlarda istenmeyen androjenik yan etkileri görülür (15).

Günümüzde PMDB tedavisinde ilk seçenek seçici seratonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Yan etki olarak uyuşukluk, gastrointestinal sistem ve uyku problemleri veya seksüel fonksiyon bozukluğuna yol açabilirler (15,32). Sadece luteal fazda verilmeleri bir çok hastada seksüel fonksiyon bozukluğunun oluşmasını engelleyebilir. SSRI'lerden başka benzodiazepin türevi anksiyolitik olan alprazolam, arilpiperazin türevi anksiyolitik olan buspiron ve seratonin ile noradrenalin geri alımını inhibe ederek antideprasan etki gösteren klomipramin PMS tedavisinde etkili bulunmuştur. PMS ve PMDB olgularında uygulanabilecek farmakolojik ajanlar Tablo II'de verilmiştir. Tüm psikotrop ajanlar plasentadan geçebildiği için ve gebelikteki etkileri bilinmediği için hastaların aile planlaması yöntemi kullanması teşvik edilmelidir (15).

Tablo 2: PMS ve PMDB Olgularında Uygulanabilecek Farmakolojik Ajanlar

Tedavi	Doz	Zaman
SSRI		
Fluoksetin	10-20 mg/gün	Her gün-luteal _
Sertralin	25-50 mg/gün	Her gün-luteal _
Paroksetin	5-20 mg/gün	Her gün-luteal
Sitalopram	5-20 mg/gün	Her gün
Fluvoksamin	25-50 mg/gün	Her gün-luteal
Diğer		
Alprazolam	0.25 mg tid*	Sadece luteal
Buspiron	15 mg bid*	Sadece luteal
Klomipramin	25-50 mg/gün	Sadece luteal
* tid: günde üç kez, bid: günde iki kez _ Her gün veya luteal uygulanabilir		

Kaynak: Çalışkan, E., Özeren, S., Çorakçı, A. (2004). Premenstrüel Sendromlar ve Primer Dismenore, Galenos Tıp Dergisi, 7, 98, Aralık, 15-18.

1.8.2.2. DİSMENORE

Menstruasyon başlangıcı ve sürecinde kramp tarzında ağrıyla karakterize olan dismenore, kadınlarda en çok görülen jinekolojik yakınmalardan biridir (8,17,22,63). Literatürde dismenorenin üreme çağındaki kadınların %20-90'nını çeşitli derecelerde etkilediği, bunların %7-15'inin çok şiddetli ağrı yaşadıkları ve her yıl pek çok işgücü (çalışma ve okul) kaybına neden olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında dismenore nedeni ile iş veriminin düştüğü, kazalarda bir artış olduğu da kaydedilmiştir (8,17,22,29,45,59). Bir başka deyişle, tüm kadınların %25'inin, adolesanların %90'nının dismenore yaşadıkları tahmin edilmektedir. Durain, adolesanlarda okul devamsızlığının birinci sebebinin dismenore olduğunu belirtmektedir (22). Çıtak ve Tezioğlu (2002) üniversite öğrencilerinin %70.8 oranında dismenore yaşadığını, dismenore ile birlikte kız öğrencilerin hemen hemen tamamına yakının (%92.4) halsizlik, %70.1'inin derslere devam edememe, %48.3'ü konsantre olamama, %22'sinin sinirlilik gibi sorunlar yaşadıklarını belirlemişlerdir (17).

Dismenore prevalansının bu kadar değişken olarak saptanması, araştırmaların öğrenci, adolesan, poliklinik hastaları ve endüstri çalışanları gibi spesifik kadın gruplarında yapılmasına bağlanmaktadır (45).

Primer ve sekonder dismenore ayırımının yapılması tedavinin planlanması için gereklidir (22,45,63,71). Bu nedenle iyi bir anamnez alınmalıdır. Annemnezde tekrarlayan pelvik inflamasyon hastalıkları, düzensiz menstrual siklus, menoraji, RİA kullanma ya da infertilite probleminin bulunması sekonder dismenore açısından önemlidir. Sekonder dismenore bir kaç yıl ağrısız mestruasyondan sonra ortaya çıkar ve pelvik bir patoloji ile ilgilidir. Sekonder dismenoreden ağrının belli bir bölgeye yoğunlaştığı veya yalnız bir tarafta olduğu ve 20 yaştan sonra ortaya çıktığı durumlarda şüphelenilmelidir (8,22,29,45).

1.8.2.2.1. Dismenore Nedenleri

Sekonder Dismenore Nedenleri: İmperfore himen, transvers vajinal septum, servikal stenoz, uterin anomaliler, uterin sineşiler, endometriyal polipler, adenomyozis, pelvik konjesyon sendromu, endometriozis (8,29,63).

Primer Dismenorenin Tanısı İçin Temel Olabilecek Özellikler

1. Pelvik bir patoloji ile ilişkili değildir. Genellikle ovulasyonlu sikluslardan sonra görülür. Menaştan 1-2 yılda ovulasyonun yerleşmesi ile ortaya çıkar, 23-27 yaşlar arasında şiddetinde artış vardır ve daha sonra giderek azalır (8,29,71).
2. Menstrüel ağrı süresi genellikle 48-72 saattir, menstrüel kanın akışının başlamasından sonra ya da bir kaç saat önce ağrıyla başlar. Genellikle terleme , yorgunluk, gastrointestinal sistem belirtileri (iştahsızlık, bulantı, kusma, diare) ve merkezi sinir sistemi belirtileri (baş dönmesi, baş ağrısı, senkop ve konsatrasyon bozukluğu) gibi eksta genital belirtilerle birlikte (8,22,29,71)

3. Menstrual ağrı, bel ağrısı ve pelvik bölgede uyluklara ve vulvaya dağılan kolik tarzında bir ağrıdır. Ağrının dağılımı sekonder dismenorede olan ağrıdan farklıdır. Sekonder dismenorede ağrı karın, göğüs ve bileklerde (8,29,45,71).

Primer dismenore bekar, nullipar, obes, sigara ve kola tüketimi fazla olan ve aile bireylerinde dismenore şikayeti olan kadınlarda daha fazla görülmektedir. Menarş yaşı ileri olan, siklusları düzensiz olan, düzenli egzersiz yapan kadınlarda daha az görülmektedir (45,59,71).

Doğum yapan kadınlarda dismenorenin azalmasının nedeni, son trimestrinde uterin adrenerjik sinir ağında ve noradrenalin konsantrasyonundaki azalmanın doğumdan sonra da devam etmesi şeklinde açıklanmaktadır (45,71). Bu nedenle, gebeliğin abortus veya küretajla sonlandığı durumlarda değişme olmaz (45,71).

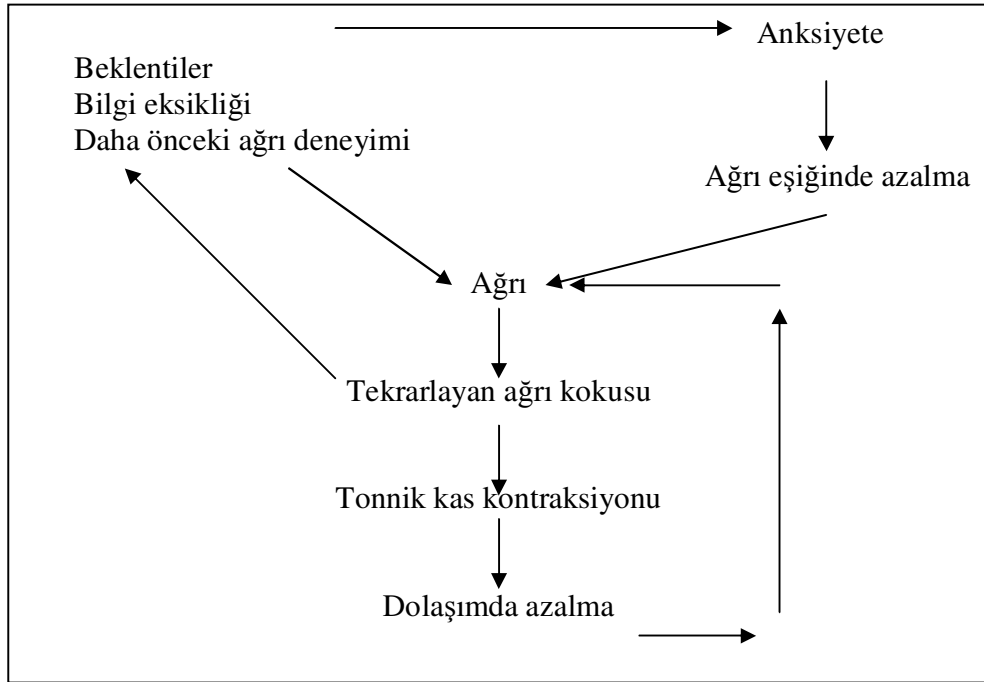
Dismenoreye eşlik eden bulantı, kusma ve diare gibi gastrointestinal semptomların oluşma nedeni gastrointestinal düz kaslarının da over hormonlarından etkilenmesiyle açıklanmaktadır. Menstrual siklus hormonlarında değişikliklere paralel olarak gastrointestinal fonksiyonel değişiklikler olabilmektedir (45).

Primer Dismenorenin Nedenleri

Eskiden primer dismenorenin nedeni sadece psikolojik faktörlere bağlanmıştır. Bunun nedeni ağrıyı açıklayacak bir patolojinin bulunamamasıdır (71) Primer dismenore nedeni olarak davranışsal ve psikolojik faktörler de geniş bir yer tutmasına rağmen, bu gibi faktörlerin primer dismenorede ağrının reaktif bileşenlerine katkıda bulunduğu, nedensel bir faktör olmadığı belirlenmiştir (45).

Primer dismenorenin kısmen psikolojik olarak kadının kendi kendini algılaması ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Bunun yanında telkin, anneyi taklit, kadın vücut fonksiyonları hakkında bilgi azlığı, cinselliğe ilişkin aşırı baskılar, yetişkin olmanın

getireceği cinsellikten korku, seksüel kimlik gelişmesine ilişkin ciddi korkular, masturbasyon için kendinden utanma, artmış cinsellik ve saldırganlık duygularından dolayı utanma ve kendini izole etme, sekonder kazanç sağlama (ilgi ve bakım almak için) gibi nedenlerle dismenore ortaya çıkabilir (22,71). Anksiyete ve stresin, uterin aktiviteyi harekete geçirerek ve dismenore şikayeti olan kadınlarda pozitif feed back halkası şeklinde etkide bulunarak dismenorenin şiddetini artırdığı belirtilmektedir. Bu ilişki şekil 2’de gösterilmiştir (17,45).



Şekil 2: Anksiyetenin Dismenore Üzerine Pozitif Feed Back Etkisi

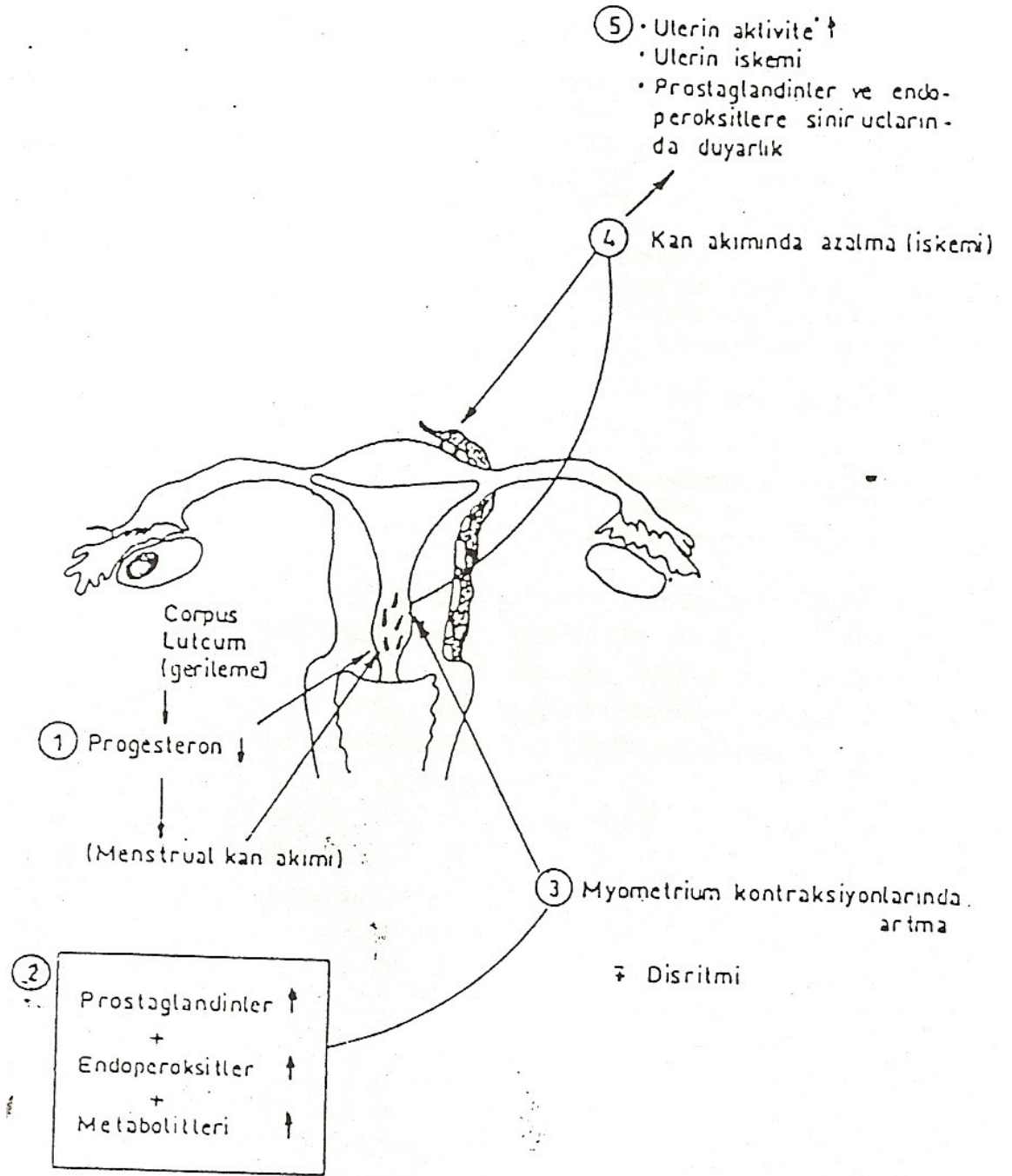
Kaynak: Kızılkaya N., Dismenore, Sendrom Mayıs, 48-53,1995

Günümüzde dismenorenin ovulasyon ile ilişkili olduğu, ovulasyononun baskılandığı durumlarda ortaya çıkmadığı kesinlik kazanmıştır (8,15,22,29,63). Ovulasyondan sonra oluşan luteal fazda ve menstrual kanamada salgılanması artan prostaglandin F2 alfa

(PGF2a), uterus kontraksiyonlarının kuvvetini ve sıklığını artırarak vazokonstriksiyona dolayısı ile azalmış uterin kan akımına, iskemi ve ağrıya neden olmaktadır (8,22,29,45,59,71). Prostaglandinlerin aşırı salgılanmasına neden olan faktör bilinmemektedir (71).

Birkaç araştırmada primer dismenorali kadınlarda dolaşımdaki vazopressin düzeyinin arttığı gösterilmiştir. Ayrıca primer dismenorali kadınlara vazopressin antagonisti verilmiş ve düzelme sağlanmıştır. Oksitosin düzeyi ile paralel bir artış olmadan, vazopressin düzeyinde artış uterin hipoksi, iskemi yaratan disritmik kontraksiyonlara neden olur (8,45).

Tüm bu hormonal değişiklikler (prostaglandinler, leukotrienler ve vazopressin) uterin aktivitede farklı niteliklerde değişikliklere neden olur. Normalde menstrüasyonda uterusun bazal tonüsü 10 mmHg'dan azdır, aktif basınç 120 mmHg'yı geçmez. Kontraksiyon sıklığı 10 dakikada 3-4 tür. Hormonal düzeylerde değişkenliklerle bazal tonüs yükselir, aktif basınç 120-150 mmHg'yı geçebilir ve kontraksiyon sıklığı artabilir, inkoordine yada disritmik olabilir. Uterin aktivite arttığında uterin kan akımı azalır, hipoksi gelişir. Uterin iskemi yada hipoksi pelviste ağrı oluşum mekanizmasının önemli bir bileşenidir. Artan kontraksiyonlar pelviste doğan ağrı ya da krampların diğer bileşenlerini oluşturur. Ayrıca, prostaglandinler ve muhtemelen leukotrienler uterustaki ağrı liflerini mekanik ve kimyasal olarak sensitize ederler, direkt olarak vazokonstriksiyon yaparak iskemi ve hipoksiye neden olurlar. Bu mekanizma şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3: Dimenorede Ağrı Oluşum Mekanizması

Kaynak: Kızılkaya N.,(1995). Dismenore, Sendrom Mayıs, 48-53

1.8.2.2.4. Farmakolojik Tedaviler:

Asetil salisilik asit ve parasetamol (asetaminofen) dismenore için sıklıkla önerilmekle birlikte plasebodan üstün oldukları kanıtlanamamıştır (15). Prostaglandin sentez inhibitörleri primer dismenorenin tedavisinde olguların yaklaşık %80'inde etkili olmaktadır (8,29). Bu grup ilaçlar arasında en çok propianik asit deriveleri (ibuprofen, naproxen, ketoprofen) ve fenamatlar (mefenamik asit, meklofenamat, flufenamik asit) kullanılmaktadır (22,29). Fenamatlar prostaglandin sentezini inhibe etmenin yanısıra reseptör düzeyinde de antagonist etki gösterirler (29). Tedaviye mestruasyondan hemen önce veya mestruasyonla birlikte başlanır ve her 6-8 saatte bir olmak üzere mestruasyonun ilk bir kaç günü devam edilir. Tedavinin etkinliğinin tam olarak belirlenebilmesi için 3-6 aylık bir tedavi gerekir (8,15,22,29). Bu ilaçlar gastrointestinal ülseri olan veya aspirine bronkospatik aşırı duyarlılığı olan hastalarda kontrendike olabilir. Yan etkiler genellikle hafiftir ve bulantı, hazımsızlık, diare ve bazende halsizliği içerir(8,22,45).

Primer dismenorede en önemli tedavi seçeneklerinden biri de oral kontraseptiflerdir ve olguların %90'ında rahatlama sağlamaktadır (8,22,45). Oral kontraseptifler endometriyal proliferasyonu azaltırlar, ovulasyonu baskırlar ve prostaglandin seviyelerini düşürürler (15,29). Hasta tedaviye yanıt vermezse ayda 2-3 gün hidrokarbon veya kodein eklenebilir (8,29).

Tablo 3: NSAID’lerin Primer Dismenore Tedavisinde Önerilen Etkin Dozları.

NSAID	İlk Doz (mg)	İdame (mg)
Aril Asetik Asit Türevleri (Tip 1)		
Indometazin	25	25 tid*
Tolmetin	400	400 tid*
Sulindak	200	200 bid*
Diklofenak	75-100	75 bid
Etadolak	400	400 4-6 saatte bir
Aril Propionik Asit Türevleri (Tip 1)		
Ibuprofen	400	400 4 saatte bir
Naproksen	500	400 6-8 saatte bir
Naproksen Na+	550	275 6-8 saatte bir
Fenoprofen	200	200 4-6 saatte bir
Ketoprofen	75	75 tid
Aminoaryl Karboksilik Asit Türevleri (Tip 1)		
Mefenamik asit	500	100 tid
Meklofenamat	100	50-100 6 saatte bir
Salisilik Asit Türevleri (Tip 1)		
Diflunisal	1000	500 bid
Aril Karboksilik Asit Türevleri (Tip 1)		
Ketorolak	10	10 4-6 saatte bir
* tid: günde üç kez, bid: günde iki kez		

Kaynak: Çalışkan, E., Özeren, S., Çorakçı, A. (2004). Premenstrüel Sendromlar ve Primer Dismenore, Galenos Tıp Dergisi, 7, 98, Aralık, 15-18.

1.8.2.3. PERİMENSTRÜEL DİSTRESİN HAFİFLETİLMESİNDE HEMŞİRELİK

YAKLAŞIMI VE TAMAMLAYICI/ALTERNATİF TEDAVİLER

Perimenestrüel yakınmaların tanınması, önlenmesi, azaltılması ya da başarılı bir şekilde tedavisi için bio-psiko-sosyal bir yaklaşım gereklidir. Böyle çok boyutlu bir yaklaşımda,

- Kadın ve ailesinin eğitimi,
- Menstrüasyon ve menstrüel sıklusa ilişkin yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi,
- Yaşam biçimi, iş ve aile ilişkilerinde değişiklikler,

- Beslenme alışkanlıklarında değişiklikler,
- Stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesi önemli yer tutmaktadır (8,17,22,28,35,41,59). Topluma hizmet sunan hemşireler bu yakınmaları deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında bio-psiko-sosyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve soruna fazlasıyla çözüm getirebilecek bir konumdadır(22,43).

Eğitim: PMS fizyopatolojisi konusunda kadınların bilgilendirilmesi, belirtilerin kadın tarafından kayıt edilmesi kişide kontrol duygusunu güçlendirir ve belirtiler oluştuğunda kötümserliği azalır (15). Hemşire, yanlış bilgileri düzelterek, normalin ne olduğu konusunda doğru bilgileri sağlayarak ve cinsiyetine ilişkin olumlu duygularını destekleyerek kişiye yardımcı olur. Kadının benlik imajı ve benlik kavramının değişmesinde yardımcı olabilecek kişilerden biri de hemşiredir (17,71). Yapılan araştırmalarda, kız öğrencilerin büyük çoğunluğunun menstrüel fizyolojiyi yeterince bilmediği ve bilgi puanı düşük olan kızların yakınmalarının daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir (17)

Görüldüğü gibi perimenstrüel yakınmaların azaltılması ya da önlenmesinde bireyin kendi sorumluluğunu üstlenmesi ve kendi bakımına katılımı önemli bir yer tutmaktadır. Perimenstrüel distres destek grupları ve eğitim sınıfları oluşturularak bu olguların daha kolay tedavi ve bakımlarına katılmaları sağlanabilir. Konuya ilişkin hemşirelerin yapacağı topluma yönelik sağlık eğitimi ve özellikle okullarda genç kızların eğitimi son derece önemlidir(16,41).

Perimenstrüel yakınmaların azaltılabilmesi için bu dönemde stres yaratan durumlar ve kadının stresle başa çıkma yollarının belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Kadının siklusları düzenliyse ve kendi çalışma programını

belirleyebiliyorsa, stres yaratabilecek belirli iş programları, toplantılar gibi olayların bu dönemde yapılmaması sağlanabilir (8,22,28,42).

Stres düzeyini azaltmak için bir çok yöntem önerilmektedir. Bunlar: günlük düzenli egzersiz, relaksasyon yöntemleri, bio-feed back, meditasyon, yoga vb. yöntemlerdir (8,28,43,66).

Relaksasyon: Relaksasyon teknikleri ile oluşturulan relaksasyon cevabı, gözler kapalı, sessizce oturularak, rahatsız edici düşüncelerden pasif olarak ve dikkatli sürekli mental aktivite ve dinlenmeye vererek öğretilen fizyolojik bir cevaptır. Düzenli relaksasyon cevabı, norepinefrin cevabının azalmasını, huzursuzluk, anksiyete gibi belirtilerin azalmasını sağlar. Ayrıca relaksasyon cevabının sağladığı diğer fizyolojik değişiklikler ;

- ✓ Kan basıncında düşme,
- ✓ Arteriyel laktat düzeyinde azalma,
- ✓ Oksijen tüketimi ve karbondioksit eliminasyonunda belirgin bir azalma,
- ✓ Kalp atımı ve solunum sayısında azalma,
- ✓ EEG’de α ve β aktivitelerinde artmadır.

Bu değişikliklerin bir çoğu, sempatik sinir sisteminin uyarılmasında azalma ile oluşan değişikliklere benzemektedir (28,45).

Goodale ve arkadaşları, relaksasyon cevabının premenstrual sendrom üzerine etkisini araştırdıkları araştırmalarında, düzenli relaksasyon cevabının fiziksel ve duygudurum semptomlarını % 58 oranında tedavi ettiğini bulmuşlardır. Ayrıca, şiddetli semptomları olan kadınlarda daha etkili olduğunu belirtmişlerdir (28).

Yeterli Dinlenme ve Uyku: Mestrüel yakınmaları olan kadınların yeterli dinlenmesi gerekir. Rahatsız bir uyku, yorgunluk ve huzursuzluğun artmasına, dolayısıyla

semptomların daha kötüye gitmesine yol açmaktadır. Aynı saatte uyuma ve uyanma, yatılan odanın loş ve sessiz olması, mümkünse gündüz arada bir şekerleme tarzı istirahat edilmesi önerilir (16,19,71).

Egzersiz: Literatürde en çok yer bulan alternatif tedavi egzersizdir (8,17,22,32,41,66). Egzersizin merkezi opiat aktivitesini artırarak etki ettiği, duygudurumda iyileşme sağladığı, şişkinlik ve meme duyarlılığı gibi fiziksel bulguları azalttığı bulunmuştur (15)

Egzersizin hastalıklar üzerine yararlı etkisi, genel olarak immün sistemle ilişkili olan biyokimyasal değişikliklerde ya da strese karşı davranışsal reaksiyonlarda, psikolojik algılamalarda bir düzenleme ile oluşabileceği öngörülmektedir. Egzersizin stres azaltıcı ve duygulanımı önemli yönde etkileme özelliği ile dismenorede yararlı olabileceği literatürde yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda ise egzersiz alışkanlığının dismenore semptomlarının şiddetini hormonal fizyolojiyi değiştirerek azaltabileceği ileri sürülmektedir. Egzersizin glikoz toleransında düzenleme yaptığı, katekolamin düzeyini düşürdüğü gösterilmiştir. Glikozun düzenlenmesi ve katekolamin düzeyini düşmesi; yorgunluk, anksiyete, depresyon, iştah artması ve gerginlik gibi PMS semptomlarını geriletmektedir. Ayrıca, doğal ağrı kesici endorfinlerin salımını artırarak PMS semptomlarının azalmasını sağlamaktadır (42). Egzersiz tüm bu etkilerinin yanısıra, kan dolaşımını hızlandırması, esnekliği artırması ve karın kaslarını kuvvetlendirmesi amacıyla perimenstrüel şikayetleri olan kadınlara önerilmektedir (41,71)

Perimenstrüel şikayetleri önlemek için her gün, düzenli nefes ve oturup-kalkma egzersizlerinin yapılması önerilmektedir. Ayrıca, dismenore sırasında parmak uçları ile bele, karına masaj, karına sıcak su torbası koyarak bükülme, secde pozisyonunda baş kollar arasında ve dirsekler başın önünde olacak şekilde bir süre durma, bir duvara yakın

sırt üstü uzanarak ve ayaklar duvara dayanmış pozisyonda gevşeme, sırt üstü pozisyonda dizleri karına çekme rahatlatıcı egzersizlerdir (16,22,71).

Hemşire, kadının egzersiz alışkanlıklarını, yaşam biçimini ve konuya ilgisini belirleyerek, stres düzeyini azaltmak için relaksasyon teknikleri ve egzersiz, yapabiliyorsa her ikisini birden uygulaması konusunda kadınla karşılıklı tartışarak birlikte karar vermelidir (16,19,41) Kızılkaya ve arkadaşları, üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmalarında, progresif gevşeme, egzersiz ve diyet konusunda verilen eğitimin menstrüel distres yakınmalarının hemen hemen hepsinde önemli düzeyde azalma olduğunu tespit etmişlerdir (42,43).

Masaj: Hernandez-Reif ve arkadaşları masaj ve relaksasyon uyguladıkları araştırmalarında, her iki yönteminde etkili olduğunu, masajın kısa dönemde anksiyete ve duygudurumda iyileşme sağladığını, uzun dönemde ödem ve ağrıyı hafiflettiğini bildirmişlerdir (32).

Diyet: Perimenstrüel distres tedavisinin bir bileşenidir. Bu şikayetleri olan kadınların; düzenli, sık aralarla az yemek yemesi, yeterli protein, lif ve kompleks karbonhidrat alması, yağ miktarını azaltması, kırmızı et, rafine şeker, tuz, çay, kahve ve çikolata tüketiminin sınırlandırılması ve kalsiyum, demir, magnezyum, bakır, çinko ve B kompleks vitaminlerinin alınımının artırılması önerilmektedir (8,15,22,41,71). Tuz ve rafine şeker kısıtlaması su retansiyonu ve buna bağlı oluşan kilo alma, şişme, ödem ve göğüs gerginliği yakınmalarını engeller. Çay, kahve, kola içiminin azaltılması huzursuzluk, gerginlik ve uykusuzluk yakınmalarını azaltır. Ayrıca, alkol ve sigara tüketimi gibi olumsuz etki yapan alışkanlıkların bırakılması önerilir (22,42,45,71)

Ayrıca maydanoz, ihlamur, kuşkonmaz, zencefil, nane, papatya, adaçayı gibi doğal bitkilerin kaynatılarak içilmesinin diüretik etki yaparak semptomlara iyi geldiği bildirilmiştir (16,19,71).

Çuha çiçeği yağı, gamma lineloik asit ve vitamin E'den zengindir. Araştırmalarda, çuha çiçeği yağı ile tedavinin depresyon ve mastaljiyi düzettiği ve total PMS puanını azalttığı gösterilmiştir (44,66).

Literatürde, özellikle son yıllarda artan bir biçimde kadınların tamamlayıcı/alternatif tedavileri tercih ettikleri yer almaktadır ve bu terapilerle ilgili randomize kontrollü araştırmalarda da bir artış vardır. Yapılan toplum araştırmalarında, en yaygın kullanılan terapiler; diyet, yoga, masaj, egzersiz, dua ile şifa bulma, eğitim, hipnoz, Çin bitkisel ilaçları, akupunktur, akupressur, refleksoloji, relaksasyon, kriopraktik, meditasyon, homopatya ve vitamin desteğidir (21,28,32,37,47,44,66,67,82).

Ağrı kontrolünde TENS (transkutanöz elektirikselsinir stimölasyonu) ve akupunkturun etkinliğı tıp otoriteleri tarafından kabul edilmiştir ve inatçı dismenore vakalarında kullanılması önerilmektedir (8,15,29).

Perimentrüel distresi hafifletmek için kullanılan tamamlayıcı/alternatif yöntemlerden biri de refleksolojidir. Oleson ve Flocco yaptıkları randomize kontrollü bir çalışma ile refleksolojinin PMS'nin hem fiziksel hemde psikolojik semptomlarını azalttığını (%46) göstermişlerdir (57).

1.8.3. REFLEKSOLOJİ

Refleksoloji, vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir. Bu yönteme göre kulaklarımız, ellerimiz ve ayak tabanlarımızda vücudumuzun son bulduğu sinir noktaları mevcuttur. Bir başka deyişle her organın kulak, el ve ayak

tabanında yaslandığı bir nokta vardır. Örneğin ayaktaki karaciğer noktasına yapılan refleksoloji uygulaması karaciğeri uyarır (57,65,55,69,74,77,80,82).

Refleksologlar, genellikle kolay ulaşılabilir, daha duyarlı ve daha büyük olmasından dolayı ayaklar üzerinde çalışmayı tercih ederler (9). Fakat ayak masajı ile refleksoloji arasında kesin bir fark bulunmaktadır (9,57,75,77). Kullanılan başparmak ve parmak tekniği masajdan farklıdır ve solucan gidişine benzeyen bir hareketi andırır (9,79,81). Refleksoloji seansı sırasında organların, endokrin bezlerin ve vücut bölümlerinin yansıması kabul edilen spesifik noktalara baskı uygulanır (9,69,79,81). Refleksoloji, karışık vücut fonksiyonlarını düzenleyen bir masaj şeklidir ve böylece rahatlatma ve gevşetme etkilerine sahiptir. Vücudumuz, uyum içinde çalışan bir makine gibidir. Vücudun dengede kalmasını sağlamak için her organ için kan dolaşımı ve sinir sisteminin optimum çalışması çok önemlidir. Vücudun bu dengesine 'hemostazis' denir (69). Refleksoloji rahatlamayı artırmak için antik zamanlardan beri kullanılmaktadır. Son yıllarda, stres ve gerilimi rahatlatmak, kan dolaşımını artırmak ve hemostazisi sağlamak için tamamlayıcı ve alternatif (CAM) olarak kullanılmaktadır (26,65,69,79). İnsanların, çeşitli sağlık bakımı verenlerden ve özel gruplardan refleksoloji talebi sayısında bir artış olduğu araştırmalarla ortaya konmaktadır (50,52,53,79,). Emslie Kuzey Doğu İskoçya'daki 1993-1999 yılları arasında yapılmış toplumsal araştırmalar üzerinde yaptığı incelemesinde, insanların CAM kullanımlarında bir artış olduğunu, özellikle refleksoloji, aromaterapi ve kriopati kullanımındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu vurgulamıştır. CAM kullanımını kadınların daha çok (%67) tercih ettiğini belirtmiştir (23).

Son yıllarda, hemşireler ve ebeler tarafından ebelik, ortopedi, nöroloji ve palyatif bakım alanlarındaki kullanımında bir artış vardır (79). Hemşireler ve ebeler için göz

önünde tutulması gereken temel konular, kendi pratiklerini geliştirmek ve profesyonel olarak uygulamalarını sürdürmektir. Buna ilave olarak, temel uygulamanın kanıtlar üzerine yerleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır (52). Bu doğrultuda, refleksolojiyle ilgili klinik araştırmalarda da bir artış gözlenmektedir.

1.8.3. 1. Refleksolojinin Tarihçesi

Yaklaşık 12 bin yıllık geçmişi olan refleksolojinin ilk uygulama yeri tıbbın doğuş ve uygulama yeri olan Çin ve Mısır'dır. Bilinen en eski refleksoloji belgesi Mısır, Saqqara'da Ankmahor adlı Mısırlı bir hekimin mezarının duvarında betimlenmiştir. Tarihi yaklaşık M.Ö. 2330-2500 yıllarına dek uzanmaktadır. Büyük bir olasılıkla Güney Amerika'da yaşayan İnka'lar tarafından da kullanıldığı ve İnka'ların bu tedavi metodunu Kuzey Amerika'daki Kızılderililere de öğrettiğine ilişkin ip uçları vardır (9,69,77,82).

İlk defa 1917 yılında Amerikalı kulak-burun-boğaz uzmanı William Filzgerald - tarafından ayak üzerinde bir çok “deri refleks noktalarının” varlığı tespit edilmiştir (9,48,69,77,80,82). Filzgerald ellerin ve ayakların belirli bölgelerine uygulanan basıncın vücudun diğer bölgelerinde anestezi bir etkiye neden olduğunu gözlemlemiş, bu bulguları kullanarak vücudu her iki tarafta beşer adet olmak üzere on meridyener bölgeye bölmüştür. Bu bölgeler el ve ayak parmağı uçlarında son bulmaktadır ve meridyen bölgelerinde vücudun o bölgesindeki organlarla direk ilişkisinin olduğunu belirtmiştir. Dr. Filzgerald 1917 yılında “zonatherapie” (bölge tedavisi) adlı kitabında meridyen (kuşak) kuramını anlatmıştır (9,26,77,80,82).

Tıp dünyası tarafında çok ilgi ve saygıyla karşılanmayan Dr. Filzgerald'ın araştırmalarına Dr. Joseph Shelby Riley ve eşi Elizabeth çok saygıyla karşılamış ve bu kuramı Dr. Filzgerald'dan öğrenerek yıllarca tıbbi uygulamalarında kullanmışlardır.

Ayaklar üzerindeki refleks noktalarının ilk ayrıntılı çizim ve diyaframlarını yapan Dr. Riley olmuştur. Ayrıca, vücuttaki on dikey kuşağa basınç tedavisini daha doğru ve kesin bir hale getiren sekiz yatay kuşak daha eklemiştir. Bu terapinin tüm yönlerini anlatan dört kitap yazmıştır (77). Daha sonra, Dr. Riley'in asistanı olan ve modern refleksolojinin annesi olarak bilinen Eunice Ingham (1876-1974) ayaklar üzerine yoğunlaşmış. Ayağın vücudun çeşitli bölümleriyle sınırsız sayıda sinir uçlarıyla bağlantılı olduğu kuramı üzerinde durmuştur. Ayaklar vücudun çok duyarlı bölgeleri olduğu için bazı basınç veya masaj uygulama yoluyla daha derin, daha yumuşak ve daha hızlı bir iyileştirici terapi biçiminin anahtarı olabileceklerini düşünmüştür (69,77,81,82). Araştırmaları aracılığıyla, sanki ayaklar vücudun aynasıymış gibi, tüm vücudun ayaklardaki refleks bölgelerinin şemasını şekil 4'te gösterildiği gibi çizmiştir (9,48,77). Ingham tedavi metodunu yeğeni Dwight Byers' öğretmiştir. Daha sonra; Byers, Internatiol Institute of Refleksoloji'nin yöneticisi olmuştur (77). Kalifiye bir hemşire olan Doren Bayley ABD ziyareti sırasında Ingham'la tanışmış ve refleksolojiye duyduğu ilgi Avrupa'da refleksolojinin bir eğitim okulu kurularak gelişmesiyle sonlanmıştır. Günümüzde ABD başta olmak üzere İngiltere, Belçika ve Fransa gibi Avrupa ülkelerinde okullar açılmıştır ve birçok alanda tamamlayıcı/alternatif bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (9,26,48,75). Refleksoloji, son yıllarda ebelik ve hemşirelik profesyonelleri arasında oldukça popüler bir hale gelmiştir (55,75,82).

(65,77,81). Bu işlem toksinlerden kurtulma olarak adlandırılmıştır ve toksinlerin bulunduğu bölgeye bağlı olarak belirli semptomların ortaya çıktığını savunur. Örneğin: solunum sistemi içinde toksinlerin açığa çıkması soğuk algınlığı veya grip gibi semptomları ortaya çıkarabilirken, sindirim sisteminde bulunanlar diyareye neden olurlar (9,65).

Sinir reseptörlerini algılama teorisi; ayaklar, eller ve kulaklardaki reflekslerin organları etkilediğini ve vücuttaki organlar ve bu refleks bölgeleri arasında bir bağlantının olduğunu söyler (26,65,69). Refleksolojinin sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmasının ortaya elektrokimyasal mesajlar çıkardığını, bununda nöronların yardımıyla ilgili organları uyardığını, fiziksel problemlerle ilgili gerginlik ve stresi rahatlatarak onların gevşemesini sağladığını savunur. Bu gevşeme otonom yanıtı etkiler, ki bu, sırasıyla, endokrin, immün ve nöropeptit sistemi etkiler (65,69,75,83). Masaj olduğu için cilt cilde temas endorfin ve diğer beyin salgılarının salınımına yol açar, bu da ağrının azalmasına yardımcı olur ve iyilik hissini artırır (65,69,75,83). Endorfinler, nöronlar arası sinaptik mesafede impuls iletimi sağlayan trasmitter maddeler grubuna dahildir. Nörotransmitterlerin en bilinenleri, kolinerjik ve adrenerjik sistemde fonksiyon gören asetilkolin ve nöradrenalindir. Diğerleri; dopamin, seratonin, endorfin ve enkafalinlerdir (64). İlave olarak, ağrı kesici etki özel refleks noktalarına baskı ile kapı kontrol mekanizmasının çalıştırılmasıyla etkili bir şekilde elde edilmiş olabilir (75). Melzack ve Woll tarafından ileri sürülmüş bu teoriye göre; afferent liflerce iletilen duyu impulslarının medulla spinalisteki T Cell'lere iletilmesi, dorsal boynuzdaki kapı kontrol mekanizmasınca yapılmaktadır. Büyük çaplı lifler, kapıyı kapatarak duyu impulslarının geçişini engeller, küçük çaplı lifler de kapıyı açarak duyu impulslarının geçişini kolaylaştırırlar (64).

Ayak, el ve kulak; baskı, germe ve harekete duyarlıdır. Deri her biri farklı anatomik ve fizyolojik özellikli sinir reseptör algılayıcılarının çeşitli tiplerini içerir. Sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisi, basıncın refleksolojisi süresince reseptörlere hücrelerdeki plazma membranlarındaki açık iyonik kanallardan basınç uygulandığı ve iletilen mesajı spinal korda ve/veya beyine ulaştırmak için potansiyal lokal bir hareket sağladığını ileri sürer. Refleksoloji spinal korttaki nöronların iç bağlantısı yoluyla kaslara motor emirler gitmesiyle ayaktan, elden veya kulaktan gelen sensör mesajın birleşmesi sonucu kaslarda direk etkiye sahip olabilir (26,55,75,83).

1.8.3. 3. Akupunktur ve Refleksoloji

Refleksoloji uygulamasının mekanizması hakkında çok popüler teorilerden biri Geleneksel Çin Tıbbı'nda kullanılan meridyen yolları düşüncesidir. Çünkü refleksoloji noktalarının çoğu akupunktur noktalarına karşılıktır. Örneğin: sıklıkla relaksayon için akupüressür uygulanan nokta majör refleksoloji şemasına göre solar pleksus alanla örtüşür (75). Artık günümüzde, akupukturu da açıklayan teorilerden en meşhur olanları refleksolojideki gibi Endorfin Sekresyon, Kapı Kontrol ve Motor Kapı teorileridir (64).

Akupunktur noktalarının %75'i tetik nokta, motor nokta veya duyuşal sinir paketlerinin derin fasyayı delip supkutan dokuya ulaştığı yerlere karşılıktır (64,75). Bu teoriler temel araştırmalar tarafından kısmen desteklenmiştir. Örneğin, fonksiyonel manyetik rözenans (MR) araştırmaları akupunkturun insan beyninin spesifik yapılarında spesifik etkilere neden olduğunu göstermiştir. Akupunktur merkezi sinir sistemine bir nöromodüler uyarı gibi aktivasyon gösterir. Bu araştırmaların sonuçları akupunkturun spesifik noktaya olmasının nonspesifik noktaya olandan çok daha fazla miktarda baskılayıcı kontrolü olduğunu göstermektedir. Bazı araştırmacılar akupunkturun çoklu analjezik sistemi aktive ettiğini ve uyarılan ağrının endojen opioidler gibi nörotransmitter

salınım sistemini düzenlediğini göstermişlerdir. Diğer veri nöropatik ağrıdan kaynaklanan hipotalamus profilindeki protein boşaltımını normalleştirdiğini ileri sürmektedir (24). Kaptchuk'un makalesinde; bir tavşandan akupunkturun etkilerini cerepraspinal sıvı transferi yoluyla diğer bir tavşana transfer edilebildiğini gösteren bir araştırmadan bahsedilmektedir. Devam eden sorulara karşın diğer araştırmalar akupunktur analjezisini doza bağlı yöntemde naloxone (endorfin antagonisti) ile ters olduğunu göstermişlerdir. Bir çok araştırma, tıp topluluğu tarafından tamamlayıcı tıp sistemi içinde en çok güvenilen yöntemin akupunktur olduğunu göstermiştir (38).

Geleneksel Çin Tıbbı'na göre; bedende yaşam gücü enerjisini (chi'yi) taşıyan bir takım görülmez enerji yolları ya da meridyenler vardır. Bu yollar, doğa olayları, stres, sağlıksız beslenme, hayal kırıklığı gibi olaylardan etkilenir ve tıkanığında hastalıklar ortaya çıkar. Bazen bu tıkanıklığı açmak ve sağlıklı yaşam gücü enerjisinin sebestce akışını sağlamak için akupunktur ve/veya akupresür kullanılır (64,77). Başlıca enerji yollarının büyük çoğunluğu kulaklar, eller ve ayaklarda olduğu için refleksoloji bunları bir şekilde uyacaktır. Ancak, akupresürden farklı olarak refleksoloji tüm meridyenleri kapsamaz (77).

1.8.3. 4. Refleksolojinin Kullanımı

Refleksolojinin Kullanıldığı Alanlar

Refleksoloji, hem sağlığın korunması ve yükseltilmesinde, hemde bazı rahatsızlıkların hafifletilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır:

- Stres, anksiyete, depresyon, yorgunluk, uykusuzluk,
- Migren, baş ağrısı, sırt ağrısı,
- Sempatik ve parasempatik sinir sisteminini ayarlamak ve fonksiyonunu düzenlemek,

- Romatizma, kas ağrıları ve spazmı, eklem iltihaplanmaları,
- Kabızlık, hazımsızlık,
- Sinüzit, astım,
- Bazı üriner sistem sorunları,
- Egzama, bazı allerjiler gibi dermatolojik sorunlar,
- Bağışıklık sistemini güçlendirmek, enfeksiyon süresini kısaltmak,
- Bulantı ve kusmayı rahatlatmak,
- Kanseri ağrıları ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmek, yaşam kalitesini artırmak,
- Menopoz, PMS, dismenore, doğum (ağrıyı azaltmak veya artırmak, servikal dilatasyonu artırmak), postpartum dönemde uterus involüsyonuna yardım ve süt salınımını kolaylaştırmak (48,50,54,55,61,51,74,83)

Refleksolojinin Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

- Gebeliğin ilk trimestiri, düşük veya erken doğum tehdidi, plasente previa, antepartum hemoraji, pre-eklamsi,
- Akut enfeksiyonlar ve ateşli durumlar,
- Derin ven trombozu,
- Cerrahi durumlar, açık yaraların olması, tıbbi aciller,
- Malign melanom (48,50,81).

1.8.3. 5. Refleks Bölgelerine Masaj Nasıl Yapılır?

Refleks bölgelerine masaj için toplam beş basma tekniği vardır: Başparmak hareketi, parmak hareketi, ovma hareketi, sıvazlama hareketi ve sıkma hareketi.

Bu hareketler kulaklara, ellere ve ayaklara aynı şekilde tatbik edilir. Önemli olan bu tekniğin kime nasıl uygulanacağıdır. Kişinin fiziki yapısı, yaşı ve o andaki sağlık

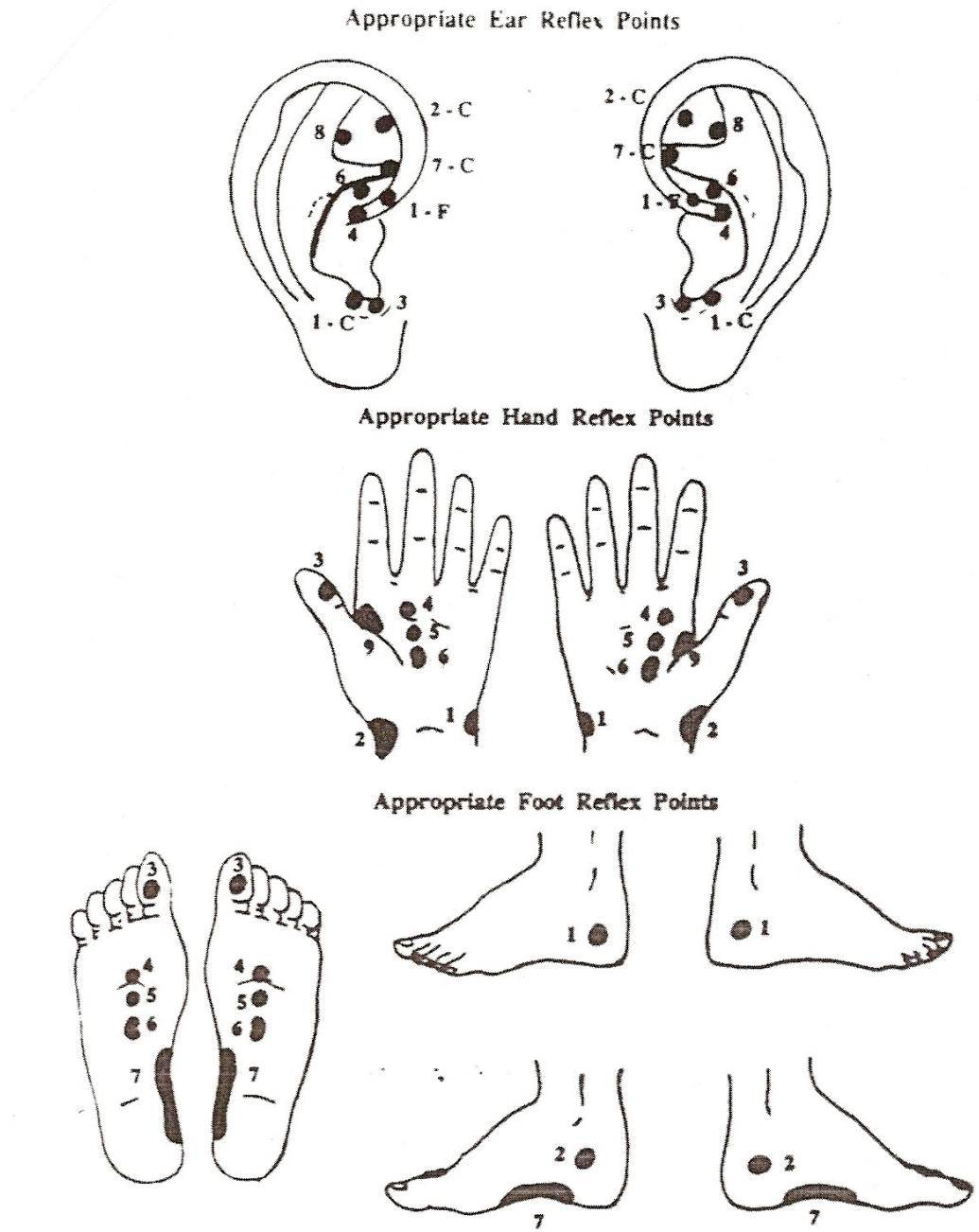
durumu göz önünde bulundurulur. Örneğin iri yapılı bir insana daha kuvvetli, zayıf, yaşlı ve çocuklara ise normal şekilde basarak masaj yapılır. Tedavi, başparmak veya başka bir parmağın kenarıyla basınç uygulayarak saat yönünde döndürülmesinden oluşur. Bu basınç genellikle derindir ama acı verici olmak zorunda değildir. İyi bir refleksolog kısa, acısız seansların tekrarlanmasını, bütün hastalığın bir tek acı verici seans tedavisine tercih eder. Basıncın şiddeti başlangıçta daha hafif tutulup tedavi ilerledikçe artırılabilir. Her seans 10 dakikadan 30 dakikaya kadar sürer ve kaç seansa ihtiyaç olacağı kişinin durumuna göre karar verilir (65,69,77,81). Şekil 5’de ayak refleksoloji masajından kesitsel fotoğraflar verilmiştir.



Şekil 5: Ayak Refleksoloji Masajından Kesitsel Fotoğraflar

Kaynak: www.psikoakademi.com, 25.10.2006

Perimentrüel distres için; kulak, el ve ayaktaki over, uterus, hipofiz, adrenal bez, böbrekler, solar plexus, sempatik sinir sistemi, *shen men* ve *hoku* noktalarına manuel bası içeren masaj yapılır. Masaj refleks noktaları Şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6: Perimentrüel Distreste Manuel Bası İçin; Kulak, El ve Ayaktaki Refleks Noktaları:

1= over, 2= uterus, 3= hipofiz ve endokrin sistem, 4= solar pleksus, 5= adrenal bez, 6= böbrekler, 7= sempatik sinir sistemi, 8= Çinlilerin kulaktaki *Shen men* noktası, 9= Çin meridyen noktası *hoku* veya kalın bağırsak.

Çinlilerin ve fransızların kulak noktaları şemalarında farklılıklar vardır. Kulak resmi üzerindeki "C"; Çinlilerin sunumundan, "F"; Fransızların sunumundan alınmıştır.

Kaynak: Oleson T., Flocco W. (1993) Randomized Controlled Study Of Premenstrual Symptoms Treated With Ear, Hand, And Foot Reflexology, *Obstetrics & Gynecology*, 82, 6, December, 906-911.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, perimestrüel distresi olan geç kızlarda, kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarına refleksoloji masajı yaparak refleksolojinin perimestrüel distresi hafifletmede etkinliğini belirlemek üzere randomize, kontrollü ve deneysel bir araştırma olarak planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapılmıştır. Veriler, 01 Ocak 2007-27 Mart 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

2. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2006-2007 öğretim yılında 1., 2. ve 3. sınıflarda lisans öğrenimi gören 585 kız öğrenci oluşturmuştur. Araştırma tamamlanmadan mezun olacakları ve araştırma için gerekli olan iletişimin kopacağı düşüncesiyle 4. sınıf öğrenciler araştırma dışı bırakılmıştır.

2. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 2006-2007 öğretim yılında, 1., 2. ve 3. sınıflarda lisans öğrenimi gören, menstrüel distres şikayet listesinin premenstrüel ve menstrüel bölümlerinden ortanca puanların üzerinde puan alan, kriterlere uygun ve çalışmayı kabul eden 94 kız öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri Şunlardır :

1. Son altı aydır düzenli menstrüasyon gören,

2. Menstrüel siklusu 22-35 gün arasında olan,
3. Menstrüasyon süresi yedi günden uzun olmayan,
4. Oral kontraseptif ya da RİA kullanmayan,
5. Jinekolojik sorunu olmayan,
6. Psikiyatrik sorunu olmayan,
7. Daha önce perimenstrüel distres tedavisi almamış olan,
8. Son üç aydır kronik bir rahatsızlığı olmayan ve büyük bir operasyon geçirmeyen kız öğrenciler araştırmaya dahil edilmişlerdir.

Premenstrüel, menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönem puanları eşit olanlar ve menstrüasyon sonrası dönem puanları yüksek olan olgular örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırma süresince, jinekolojik, psikiyatrik bir sorunu ortaya çıkan ya da menstrüel siklusu etkileyecek herhangi bir tedavi alan olgular çalışma dışı bırakılmıştır (Şekil 7).

2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

2.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, altı aşamada toplanmıştır. Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, birinci ve daha sonraki uygulamalar için ayrı ayrı hazırlanan birey tanıtım formu (EK-I) ve birey izlem formu (EK-II) ile menstrüel yakınmaların belirlenmesi amacıyla Menstrüel Distres Şikayet Listesi (EK-III) kullanılmıştır.

2.5.1.1. Birey Tanıtım Formu (EK I)

Konuya ilişkin literatür ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan birey tanıtım formu üç bölümden oluşmaktadır. Öğrencilerin, sosyo-demoğrafik, obstetrik, menstrüel ve sağlık özelliklerini ve alışkanlıklarını sorgulayan 26 sorudan oluşmaktadır.

2.5.1.2. Birey İzlem Formu (EK II)

Öğrencilerin, obstetrik, menstrüel, sağlık özelliklerindeki ve alışkanlıklarındaki değişiklikleri izlemek amacıyla hazırlanmış 16 sorudan oluşmaktadır.

2.5.1.3. Menstrüel Distres Şikayet Listesi (EK III)

Kadınların menstrüel yakınmalarının saptanması amacıyla kullanılan Menstrüel Distres Şikayet Listesi (Menstruel Distress Questionnaire-MDQ), 1968'de Moss'un geliştirdiği bir ölçektir. Bu konuda yapılmış araştırmalarda en yaygın kullanılan ölçektir (22,32,35,42,66). Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Kızılkaya N. tarafından (1994) yapılarak Türkiye'de kullanıma kazandırılmıştır (43).

Rudolf H. Moss tarafından geliştirilen ölçek 47 semptom içermekte ve retrospektif olarak doldurulmaktadır. Bu 47 semptomdan oluşan liste, sekiz alt semptom grubundan oluşmuştur. Bunlar; ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, canlanma ve kontrol'dür. Şikayetler, premenstrüel, menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönem için ayrı ayrı olarak 5 basamaklı ölçek ile 0 dan 4'e kadar puanlanmaktadır.

0- belirti yok

1- az

2- orta şiddette

3- şiddetli

4- çok şiddetli, olarak ifade edilmektedir.

Menstrüel Distres Şikayet Listesinde Yer Alan Menstrüel Semptomlar

AĞRI

Kaslarda gerginlik, sertleşme

Baş ağrısı

Karın ağrısı-kramplar

Sırt-bel ağrısı

Yorgunluk

Genel kırıklık-ağrılar

SU RETANSİYONU

Kilo alma

Ciltte leke, sivilce

Memelerde ağrı ya da hassasiyet

Karında, memelerde şişme

OTONOMİK REAKSİYON

Baş dönmesi, baygınlık hissi

Soğuk terleme

Bulantı-kusma

Ateş basması

NEGATİF DUYGULANIM

Yalnızlık

Anksiyete (sıkıntı)

Ruhsal (mood) değişiklikler

Ağlama

Aşırı hassaslık, alınganlık

Gerginlik

Üzgün, hüznü olma (depresyon)

Aşırı hareketler (çabuk parlama)

KONSANTRASYON BOZUKLUĞU

Uykusuzluk

Unutkanlık

Sersemlik

Kararsızlık

Zihni bir noktaya toplamada güçlük

Dikkat dağınıklığı, dalgınlık

Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar

Hareketlerde uyum yetersizliği

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ

Eğitim ya da çalışma gücünde azalma

Yataktan çıkmak istememe, yatakta kalma

Evden dışarı çıkamama, işe gidememe

Sosyal etkinliklerden kaçınma

Verimlilikte azalma

CANLANMA

Aşırı sevgi ifadesi

Düzenli, derli toplu olma

Heyacanlı, telaşlı olma

İyi, mutlu olma duygusu,

Enerji ve hareketlilikte artış

KONTROL

Boğulma, bunalma hissi

Göğüs ağrısı,

Kulak çınlaması, uğultu

Çarpıntı

Ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı

Gözde uçuşmalar, bulanık görme

GRUPLANDIRILAMAYAN: İştah artması

Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Geçerlilik ve Güvenirliliği

Kızılkaya 1994 yılında Menstrüel Distres Şikayet Listesinin içerik geçerliliğini uzman görüşü olarak test etmiştir. Kızılkaya'nın çalışmasındaki güvenilirlik katsayısı (cronbach alfa) değerleri 0.71 ile 0.97 arasında değişmektedir (16,19,43)

Daşikan'ın 2000 yılında yapmış olduğu çalışmada toplam güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa değerleri) premenstrüel dönem (0.95), menstrüel dönem (0.96) ve menstrüasyon sonrası dönem (0.90) olarak belirlenmiştir (19).

Çeçen'in 2004 yılında yapmış olduğu çalışmada toplam güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa değerleri) premenstrüel dönem (0.94), menstrüel dönem (0.94) ve menstrüasyon sonrası dönem (0.90) olarak belirlenmiştir (16).

Bu çalışmada toplam güvenilirlik katsayısı (cronbach alfa) (0.94) menstrüel dönemlere göre güvenilirlik katsayıları (cronbach alfa değerleri) premenstrüel dönem (0.91), menstrüel dönem (0.89) ve menstrüasyon sonrası dönem (0.92) olarak belirlenmiştir.

2.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Birinci Aşama (Örneklem Seçimi): Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda okuyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1., 2. ve 3. sınıf kız öğrencilere birey tanıtım formu ve Menstrüel Distres Şikayet Listesi doldurtulmuş, toplam 585 öğrenciden 400 kişiye ulaşılmıştır. Örneklem kriterlerine uygun olan formlar seçilerek 237 kişi belirlenmiştir. Bu kişilerin, premenstrüel ve menstrüel dönem ortanca puanları hesaplanmıştır. Premenstrüel dönem ortanca puanı; 37.0, menstrüel dönem ortanca puanı; 51.0, diğer günler ortanca puanı; 12.0 olarak belirlenmiştir. Ortanca puanın üzerinde puan alan 94 öğrenci örneklemi oluşturmuştur. Örneklem grubuna giren öğrenciler listelenerek tesadüfi sayılar tablosuna göre 47 kişilik iki gruba ayrılmıştır. Gruplar; refleksoloji (deney) grubu ve NSAID tedavi grubu şeklinde oluşturulmuştur.

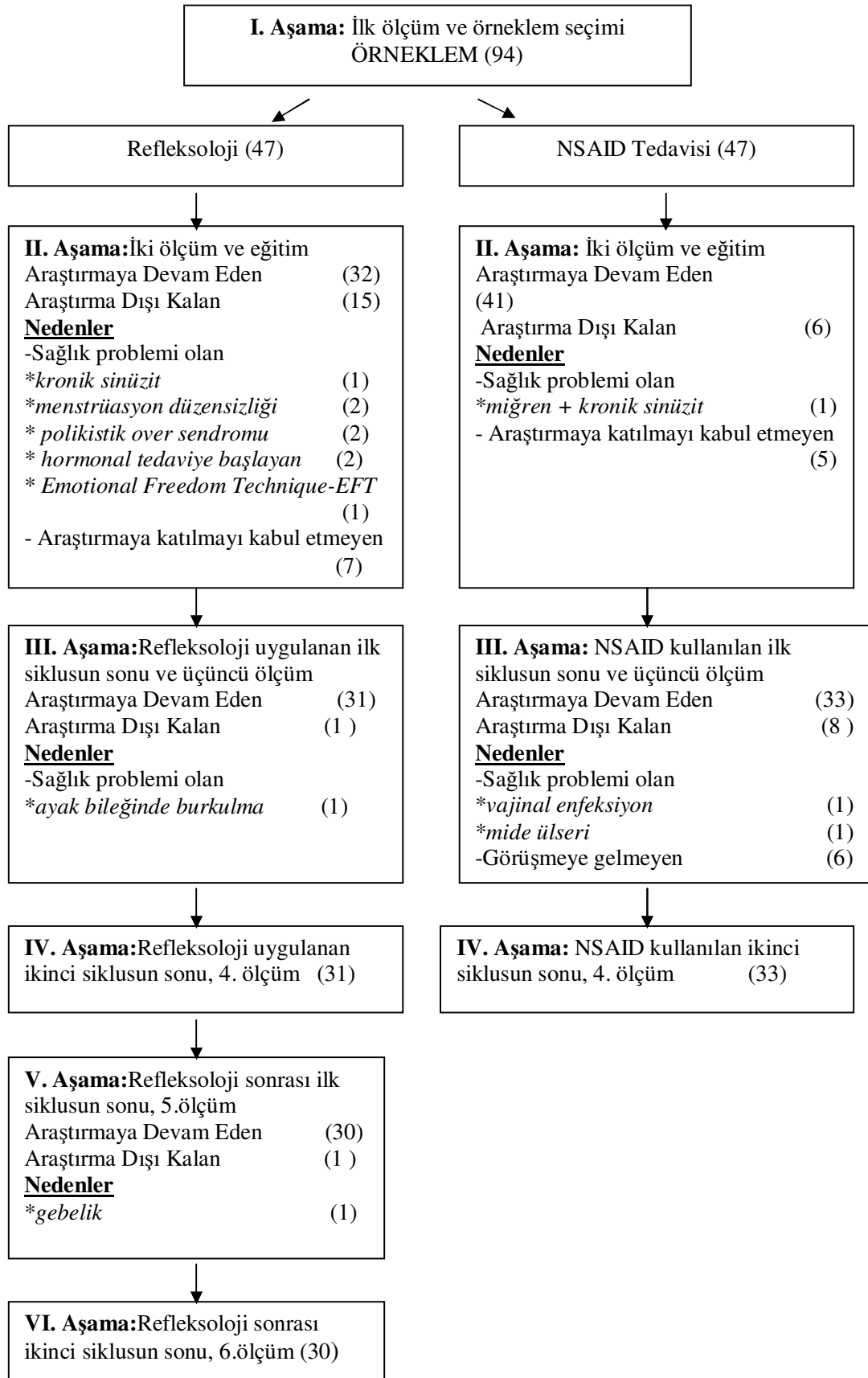
İkinci Aşama: Her iki gruba giren öğrenciler ile ayrı ayrı görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onayları alınmıştır. Araştırmaya devam etmeyi kabul eden öğrencilere, birey takip formu ve Menstrüel Distres Şikayet Listesi doldurtulmuştur. Hemen sonrasında; araştırmacı tarafından menstrüel sıklusa ve perimenstrüel distresi hafifletmeye yönelik hemşirelik eğitimi yapılmıştır. Eğitim sonunda tekrar bakabilmeleri ve hatırlatıcı olması için hazırlanmış basılı materyal verilmiştir. Daha sonra menstrüel siklusları hesaplanarak menstrüasyonun bitimine (siklusun 5-7.günlerinde) gelecek şekilde görüşmek üzere randevu verilmiştir. Randevu tarihinde ikinci ölçüm yapılarak NSAID tedavi alacak grup E.Ü. Sağlık Spor Daire Başkanlığı Üreme Sağlığı Bölümüne yönlendirilmiştir. Orada sağlık kontrolleri

yapılarak tedavileri planlanmıştır. Refleksoloji grubundaki öğrencilere araştırmacı tarafından refleksoloji masajına başlanmıştır.

Üçüncü ve Dördüncü Aşama: NSAID tedavi grubundaki öğrencilerle iki siklus, menstrüasyonun bitimine (siklusun 5-7.günlerinde) gelecek şekilde görüşülmüş, danışmanlık yapılmış, birey izlem formu ve Menstrüel Distres Şikayet Listesi doldurtulmuştur. NSAID tedavi grubundaki öğrenciler iki siklus tedavi süresinden sonra takip edilmemiştir.

Refleksoloji grubundaki öğrencilere menstrüasyonun bitiminde (siklusun 5-7.günlerinde) başlamak üzere, haftada bir defa, yarım saat süre ile kulaklar, eller ve ayaklardaki uygun noktalara araştırmacı tarafından iki siklus süresince (sekiz seans) refleksoloji masajı uygulanmıştır. Refleksoloji masajı esnasında öğrenciler arkalarına yaslanabilecekleri rahat bir koltukta oturmuşlardır. Ayakların refleksoloji öncesi temizliği için hazır paketlerde satılan ıslak havlular kullanılmıştır. Refleksoloji masajı esnasında eller ve ayaklarda kayganlığı sağlamak için bitkisel yağ içeren bebek yağı kullanılmıştır. Literatürde belirtildiği gibi kişilerle sıcak ve hassas bir iletişim kurulmaya çalışılmış ve masaj esnasındaki tepkilere ve mimiklere duyarlı olunmuştur. Hassas ya da acıyan alanlar hem refleksoloji masajı uygulanan kişilerin beden ifadelerinden hem de kişiye sorularak belirlenmiş ve daha sonra kaydedilmiştir. İletişim esnasında ve gözlemle elde edilen bilgiler bir defter tutularak kaydedilmiştir. Bir sonraki seansta daha önce kaydedilmiş olan hassas ya da acıyan alanlar kontrol edilmiştir. Her iki siklusta menstrüasyonun bitiminde (siklusun 5-7.günlerinde) birey takip formu ve Menstrüel Distres Şikayet Listesi doldurtulmuştur.

Beşinci ve Altıncı Aşamada: Refleksoloji uygulaması kesildikten sonra takip eden iki siklusta menstrüasyonun bitiminde (siklusun 5-7.günlerinde) refleksolojinin etkinliğinin devam edip etmediğini ölçmek için birey izlem formu ve Menstrüel Distres Şikayet Listesi doldurtulmuştur.



Şekil 7: Veri Toplamada İşlem Basamakları ve Çalışma Dışı Kalan Olgular

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Öğrencilerin perimenstrüel distres puanları ve alt semptom grubu puanları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Öğrencilere ait sosyo-demografik özellikleri; sınıfı, yaşı, beden kitle indeksi, ikamet ettiği yer ve medeni durumu, menstrüel özellikleri; menarş yaşı, siklus süresi ve adet süresi, sağlık durumları, alışkanlıkları; çay, kahve, kola, çikolata tüketim miktarı, kullanılan tuz oranı, tüketilen yemek türü, sigara, alkol kullanma durumu, stresle başa çıkma yöntemleri, yaptıkları egzersiz çeşidi ve sıklığı, aldıkları tedaviler ve uygulanacak refleksoloji masajı bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 11.0 paket programında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için sayı, yüzde dağılımı, gruplar arası homojen dağılımı etkileyen faktörlerde Ki-kare (Chi-Square) testi, Fisher's ki kare önemlilik testi, sayısal ölçümler için bağımlı gruplardaki iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (Paired Sample T Test), bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Independent Sample T Test) ve Menstrüel Distres Şikayet Listesinin güvenilirlik analizi (cronbach alfa) kullanılmıştır. İstatistik analizler sonucunda P değeri 0.05'in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir(58,68)

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

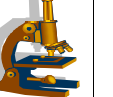
Araştırma Nisan-Ekim 2006 tarihleri arasında planlanmış, 10 Kasım 2006'da tez önerisi olarak kabul edilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı tarafından

Ocak-Şubat 2007 tarihleri arasında araştırmanın örneklemini seçmek üzere veri toplanmıştır. Mart 2007’de I. tez izleme toplantısı yapılmıştır. Mart 2007’de araştırma verileri toplanmaya başlanmış, Aralık 2007’de II. tez izleme toplantısı yapılmış ve Mart 2008 tarihinde araştırma verileri toplanması bitirilmiştir. Verilerin analizi Nisan-Mayıs 2008 tarihlerinde yapılmış ve Haziran 2008’de III. tez izleme toplantısı yapılmıştır. Rapor yazımı ve teslimi Temmuz-Ağustos 2008 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışmanın planlanmasından tez raporunun hazırlanması ve sunumuna kadar olan araştırma süreci etkinlikleri pert serimi olarak Şekil 8’de gösterilmiştir.

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu’ndan (EK VI) ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü’nden (EK VII) izin alınmıştır.

Birinci aşamada veri toplamadan önce öğrencilere araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup, katılımları için sözlü onamları alınmış ve ikinci aşamada tedavilere geçileceği için öğrencilere etik kurul onaylı bilgilendirilmiş onam belgesi imzalatılmıştır (EK IV, V).

FALİYETLER	04.06 10.06	11.06	11.06 12.06	01.07 02.07	03.07	03.07 12.07	12.07	12.07 03.08	04.08 05.08	06.08	07.08 08.08
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi											
Tez Önerisi											
Tez Uygulaması İçin İzinlerin Alınması											
Veri Toplama (Örneklem Seçimi)											
I. Tez İzleme Toplantısı											
Veri Toplama devam											
II. Tez İzleme Toplantısı											
Veri Toplama devam											
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi											
III. Tez İzleme Toplantısı											
Rapor Yazımı ve Sunumu											

Şekil 8: Araştırmanın Zamanlaması

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde; öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine, alışkanlıklarına, refleksoloji ve NSAID grubu öğrencilerin menstrüel dönemlere göre tedavi sürecindeki menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamaları ve puan ortalamalarının tedavi süreci ve gruplar arası ilişkilerine yönelik bulgular sunulmuştur.

3.1. ÖĞRENCİLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4: Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAID GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<u>Sınıf</u>						
1. Sınıf	7	22.6	9	27.3	16	25.0
2. Sınıf	10	32.3	15	45.4	25	39.1
3. Sınıf	14	45.1	9	27.3	23	35.9
$X^2 = 2.27$ $SD=2$ $p=0.32$						
<u>Yaş Grubu</u>						
18-20 Yaş	14	45.2	13	39.4	27	42.2
21-29 Yaş	17	54.8	20	60.6	37	57.8
$X^2 = 0.21$ $SD=1$ $p=0.64$						
<u>İkamet Yeri</u>						
Evde ailesi ile birlikte	8	25.8	10	30.3	18	28.1
Evde arkadaş/akrabaları ile birlikte	8	25.8	7	21.2	15	23.4
Yurtta	15	48.4	16	48.5	31	48.5
$X^2 = 0.25$ $SD=2$ $p=0.87$						
<u>Medeni Durum</u>						
Bekâr	29	93.5	32	97.0	61	95.3
Evli	2	6.5	1	3.0	3	4.7
Fisher $p=0.60$						
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0

Öğrencilerin sınıflarına göre dağılımı incelendiğinde; refleksoloji grubu öğrencilerin %22.6'sının birinci sınıfa, %32.3'ünün ikinci sınıfa, %45.1'inin üçüncü sınıfa devam ettiği belirlenmiştir. Nonsteroidal Antienflamatuar İlaç (NSAID) grubu öğrencilerin %27.3'ünün birinci sınıfa, %45.4'ünün ikinci sınıfa, %27.3'ünün üçüncü sınıfa devam ettiği bulunmuştur. Tüm sınıflar incelendiğinde refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2 = 2.27$, $P=0.32$ $P>0.05$).

Öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; yaşları 18 ile 29 arasında değişen öğrencilerin yaş ortalaması 21.01 ± 1.77 'dir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 21.03 ± 1.72 olup, %45.2'si 18-20 yaş grubunda, %54.8'i 21-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. NSAID grubu öğrencilerin yaş ortalaması 21.00 ± 1.85 olup, %39.4'ü 18-20 yaş grubunda, %60.6'sının 21-29 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Tüm yaş grupları incelendiğinde refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2 = 2.21$, $P=0.64$ $P>0.05$).

Öğrencilerin ikamet yerlerine göre dağılımı incelendiğinde; refleksoloji grubu öğrencilerin %25.8'i evde ailesi ile birlikte, %25.8'i evde arkadaş/akrabaları ile birlikte, %48.4'ünün yurttan ikamet ettiği belirlenmiştir. NSAID grubu öğrencilerin %30.3'ü evde ailesi ile birlikte, %21.2'si evde arkadaş/akrabaları ile birlikte, %48.5'inin yurttan ikamet ettiği bulunmuştur. İkamet yerlerine göre incelendiğinde refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2 = 0.25$, $P=0.87$ $P>0.05$).

Öğrencilerin medeni durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; refleksoloji grubu öğrencilerin %93.5'inin bekar, %6.5'inin evli, NSAID grubu öğrencilerin %97.0'sinin bekar, %3.0'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Tüm öğrenciler incelendiğinde refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher $p=0.60$ $P>0.05$), (Tablo 4).

Tablo 5: Öğrencilerin Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

Beden Kitle İndeksi	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAID GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Zayıf	9	29.0	12	36.4	21	32.8
Normal kilo	22	71.0	20	60.6	42	65.6
Şişman	-	-	1	3.0	1	1.6
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0
$X^2 = 1.46$ $SD=2$ $p=0.48$						

Tablo 5’de öğrencilerin beden kitle indekslerine göre dağılımı verilmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %29.0’unun zayıf, %71.1’inin normal kiloda, NSAID grubu öğrencilerin %36.4’ü zayıf, %60.6’sı normal kiloda, % 3.0’ü şişman olduğu bulunmuştur. Refleksoloji ve NSAID gruplarındaki öğrenciler beden kitle indekslerine göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1.46$, $P=0.48$ $P>0.05$).

3.2. ÖĞRENCİLERİN ALIŞKANLIKLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6: Öğrencilerin Perimenstrüel Distrese Yönelik Eğitim Öncesi Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAID GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<u>Tercih Edilen Besin Grupları</u>						
Bitkisel gıdalar	22	71.0	23	69.7	45	70.3
Bitkisel + Hayvansal gıdalar	2	6.5	4	12.1	6	9.4
Fast-food gıdalar	7	22.5	6	18.2	13	20.3
$X^2 = 0.70$ $SD=2$ $p=0.70$						
<u>Yemeklerde Kullanılan Tuz Miktarı</u>						
Az ve Normal	21	67.7	24	72.7	45	70.3
Tuzlu ve Çok tuzlu	10	32.3	9	27.3	19	29.7
$X^2 = 0.19$ $SD=1$ $p=0.66$						
<u>Günlük Çay, Kahve ve Kola Tüketimi</u>						
Dört bardak veya daha az	23	74.2	26	78.8	49	76.6
Beş bardak veya daha fazla	8	25.8	7	21.2	15	23.4
$X^2 = 0.18$ $SD=1$ $p=0.66$						
<u>Günlük Çikolata Tüketimi</u>						
Hiç tüketmeyen	2	6.5	1	3.0	3	4.7
Günde bir/haftada bir-iki adet	7	22.5	5	15.2	12	18.7
Günde iki adet veya daha fazla	22	71.0	27	81.8	49	76.6
$X^2 = 1.11$ $SD=2$ $p=0.57$						
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0

Öğrencilerin perimenstrüel distrese yönelik eğitim öncesi beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 6'da görülmektedir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %71.0'inin, NSAID grubu öğrencilerin %69.7'sinin bitkisel gıdaları, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %6.5'inin , NSAID grubu öğrencilerin %12.1'inin bitkisel + hayvansal gıdaları, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %22.5'inin, NSAID grubu öğrencilerin %18.2'sinin fast-food gıdaları tercih ettikleri belirlenmiştir. Refleksoloji ve NSAID gruplarındaki öğrenciler perimenstrüel distrese yönelik eğitim öncesi tercih ettikleri besin gruplarına göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.70$, $P=0.70$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin % 67.7'sinin yemeklerini az tuzlu ve normal, %32.3'ünün tuzlu ve çok tuzlu yedikleri belirlenmiştir. NSAID grubu öğrencilerin % 72.7'sinin yemeklerini az tuzlu ve normal, %27.3'ünün tuzlu ve çok tuzlu yedikleri bulunmuştur. Refleksoloji ve NSAID gruplarındaki öğrenciler yemeklerinde kullandıkları tuz miktarına göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.19$, $P=0.66$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %74.2'sinin dört bardak veya daha az, %25.8'inin beş bardak veya daha fazla, NSAID grubu öğrencilerin %78.8'inin dört bardak veya daha az, %21.2'inin beş bardak veya daha fazla günlük çay, kahve ve kola tükettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin günlük çay, kahve ve kola tüketimlerine göre dağılımları incelendiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.18$, $P=0.66$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %6.5'inin, NSAID grubu öğrencilerin %3.0'ünün hiç çikolata tüketmedikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %22.6'sının, NSAID grubu öğrencilerin %15.2'sinin günde bir/haftada bir-iki adet çikolata tükettikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %71.0'inin, NSAID grubu öğrencilerin %81.8'inin günde iki adet veya daha fazla çikolata tükettikleri belirlenmiştir. Her iki grupta da günde iki adet veya daha fazla çikolata tüketenlerin oranı daha fazla olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1.11$, $P=0.66$ $P>0.57$).

Tablo 7: Öğrencilerin Perimenstrüel Distrese Yönelik Eğitim Sonrası Beslenme Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAID GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<u>Tercih Edilen Besin Grupları</u>						
Bitkisel gıdalar	22	71.0	24	72.7	46	71.8
Bitkisel + Hayvansal gıdalar	2	6.5	4	12.1	6	9.4
Fast-food gıdalar	7	22.5	5	15.2	12	18.8
$X^2 = 1.02$ $SD=2$ $p=0.59$						
<u>Yemeklede Kullanılan Tuz Miktarı</u>						
Az ve Normal	25	80.6	26	78.8	51	79.7
Tuzlu ve Çok tuzlu	6	19.4	7	21.2	13	20.3
$X^2 = 0.03$ $SD=1$ $p=0.85$						
<u>Günlük Çay, Kahve ve Kola Tüketimi</u>						
Dört bardak veya daha az	24	77.4	28	84.8	52	81.2
Beş bardak veya daha fazla	7	22.6	5	15.2	12	18.8
$X^2 = 0.57$ $SD=1$ $p=0.44$						
<u>Günlük Çikolata Tüketimi</u>						
Hiç tüketmeyen	10	32.3	8	24.2	18	28.1
Günde bir/haftada bir-iki adet	17	54.8	21	63.7	38	59.4
Günde iki adet veya daha fazla	4	12.9	4	12.1	8	12.5
$X^2 = 1.58$ $SD=2$ $p=0.74$						
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0

Öğrencilerin perimenstrüel distrese yönelik eğitim sonrası beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %71.0’inin, NSAID grubu öğrencilerin %72.7’sinin bitkisel gıdaları, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %6.5’inin , NSAID grubu öğrencilerin %12.1’inin bitkisel + hayvansal gıdaları, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %22.5’inin, NSAID grubu öğrencilerin %15.2’sinin fast-food gıdaları tercih ettikleri belirlenmiştir. Refleksoloji ve NSAID gruplarındaki öğrenciler perimenstrüel distrese yönelik eğitim

sonrası tercih ettikleri besin gruplarına göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.70$, $P=0.70$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin % 80.6'sının yemeklerini az tuzlu ve normal, %19.4'ünün tuzlu ve çok tuzlu yedikleri belirlenmiştir. NSAID grubu öğrencilerin % 78.8'inin yemeklerini az tuzlu ve normal, %21.2'sinin tuzlu ve çok tuzlu yedikleri bulunmuştur. Refleksoloji ve NSAID gruplarındaki öğrenciler yemeklerinde kullandıkları tuz miktarına göre incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.03$, $P=0.85$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %77.4'ünün dört bardak veya daha az, %22.6'sının beş bardak veya daha fazla, NSAID grubu öğrencilerin %84.8'inin dört bardak veya daha az, %15.2'inin beş bardak veya daha fazla günlük çay, kahve ve kola tükettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin günlük çay, kahve ve kola tüketimlerine göre dağılımları incelendiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.57$, $P=0.44$ $P>0.05$).

Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %32.3'ünün, NSAID grubu öğrencilerin %24.2'sinin hiç çikolata tüketmedikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %54.8'inin, NSAID grubu öğrencilerin %63.6'sının günde bir/haftada bir-iki adet çikolata tükettikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %12.9'unun, NSAID grubu öğrencilerin %12.1'inin günde iki adet veya daha fazla çikolata tükettikleri belirlenmiştir. Her iki grupta da eğitim sonucunda günlük çikolata tüketiminde ciddi bir azalma olmuştur, azalma iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır ($X^2=1.11$, $P=0.66$ $P>0.05$).

Tablo 8: Öğrencilerin Sigara ve Alkol Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Sigara ve Alkol Alışkanlıkları	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAİD GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<u>Sigara İçme Durumu</u>						
İçen	4	12.9	3	9.1	7	10.9
İçmeyen	27	87.1	30	90.9	57	89.1
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0
Fisher p=0.70						
<u>İçilen Miktar*</u>						
Günde 10 adet veya daha az	2	50.0	3	100.0	5	71.4
Günde 11 adet veya daha fazla	2	50.0	-	-	2	28.6
<u>İçilen Süre*</u>						
Bir yıl	1	25.0	-	-	1	14.3
Beş yıl	2	50.0	3	100.0	5	71.4
Sekiz yıl	1	25.0	-	-	1	14.3
TOPLAM	4	100.0	3	100.0	7	100.0
<u>Alkol Kullanma Durumu</u>						
Kullanmayan	29	93.5	30	90.9	59	92.2
Çok nadir kullanan	2	6.5	3	9.1	5	7.8
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0
Fisher p=1.00						

* İçilen sigara miktarı ve içilen süre sigara kullananlar üzerinden hesaplanmıştır (n=7)

Öğrencilerin sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; refleksoloji grubundaki öğrencilerin %12.9'unun sigara içtiği, %87.1'inin sigara içmedikleri belirlenmiştir. NSAİD grubu öğrencilerin %9.1'inin sigara içtiği, %90.9'unun sigara içmedikleri bulunmuştur. Tüm öğrenciler incelendiğinde refleksoloji ve NSAİD grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher P=0.70 P>0.05). Sigara içenler arasında; refleksoloji grubundaki öğrencilerin %50.0'sinin günde 10 adet veya daha az, %50.0'sinin günde 11 adet veya daha fazla, NSAİD grubu öğrencilerin ise %100.0'ünün günde 10 adet veya daha az sigara içtikleri belirlenmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %25.0'inin bir yıldır, %50.0'sinin beş yıldır, %25.0'inin sekiz yıldır, NSAİD grubu öğrencilerin ise %100.0'ünün beş yıldır sigara içtikleri

bulunmuştur. Sigara kullanımının çok az, alkol kullanımının yok denecek kadar az olduğu gözlenmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %93.5'inin alkol kullanmadığı, %6.5'inin çok nadir alkol kullandığı, NSAID grubu öğrencilerin %90.9'unun alkol kullanmadığı, %9.1'inin çok nadir alkol kullandığı belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher P=1.00 P>0.05), (Tablo 8).

Tablo 9: Öğrencilerin Stresle Başa Çıkmak İçin Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı

Stresle Başa Çıkmak İçin Yöntem Kullanımı	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAID GRUBU		TOPLAM	
<u>Yöntem Kullanımı</u>	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evet	14	45.2	16	48.5	30	46.9
Hayır	17	54.8	17	51.5	34	53.1
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0
X²=0.07 SD=1 p=0.79						
<u>Kullanılan Yöntemler*</u>						
Spor faaliyetleri	1	7.1	4	25.0	5	16.7
Psikolojik rahatlama faaliyetleri	6	42.9	8	50.0	14	46.6
Sosyal destek almak	4	28.6	1	6.2	5	16.7
Yalnız kalmak	3	21.4	3	18.8	6	20.0
TOPLAM	14	100.0	16	100.0	30	100.0

* Stresle başa çıkmak için kullanılan yöntemler kullananlar üzerinden hesaplanmıştır (n=30)

Öğrencilerin stresle başa çıkmak için bir yöntem kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında; refleksoloji grubundaki öğrencilerin %54.8'inin, NSAID grubundaki öğrencilerin %51.5'inin hayır dediği belirlenmiştir. Evet diyenlerin refleksoloji grubunda %42.9, NSAID grubunda %50.0 ile çoğunluğu psikolojik rahatlama faaliyetleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Öğrencilerin stresle başa çıkmak için bir yöntem kullanma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (X²=0.07, P=0.79 P>0.05), (Tablo 9).

Tablo 10: Öğrencilerin Düzenli Olarak Yaptıkları Spor/Egzersiz Faaliyetlerine Göre Dağılımı

Spor/Egzersiz Faaliyetleri	REFLEKSOLOJİ GRUBU		NSAİD GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<u>Spor/Egzersiz Yapma Durumu</u>						
Yapan	8	25.8	12	36.4	20	31.3
Yapmayan	23	74.2	21	63.6	44	68.8
TOPLAM	31	100.0	33	100.0	64	100.0
$X^2=0.82$ $SD=1$ $p=0.36$						
<u>Spor/Egzersiz Yapma Sıklığı*</u>						
Her gün veya haftada üç gün	2	25.0	8	61.5	10	47.6
Haftada bir veya iki gün	6	75.0	5	38.5	11	52.4
TOPLAM	8	100.0	13	100.0	21	100.0
Fisher $p=0.18$						

* Spor/Egzersiz yapma sıklığı yapanlar üzerinden hesaplanmıştır (n=21)

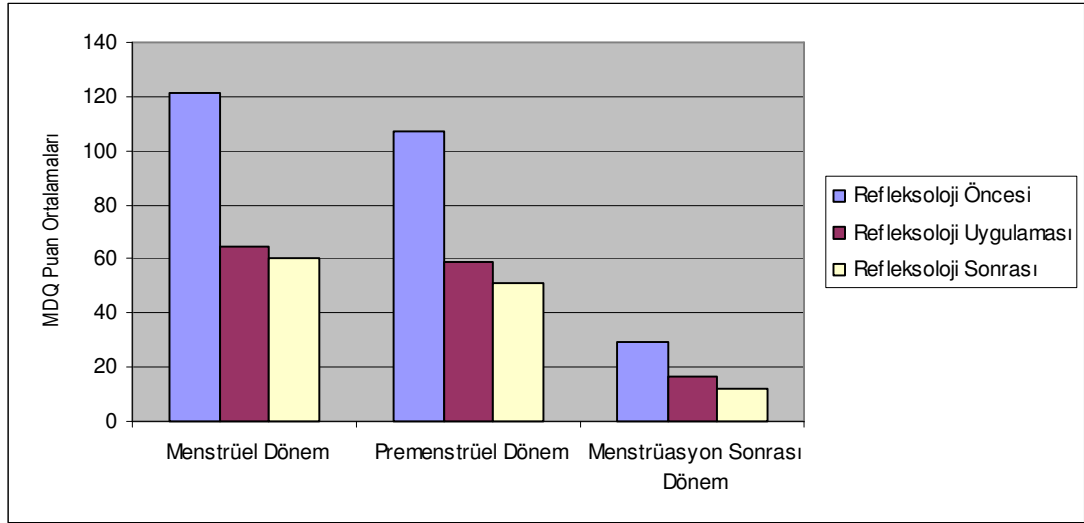
Öğrencilerin düzenli olarak yaptıkları spor/egzersiz faaliyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; refleksoloji grubundaki öğrencilerin %74.2'sinin, NSAİD grubundaki öğrencilerin %63.6'sının spor/egzersiz yapmadıkları, yapanların da yeterli sıklıkta yapmadıkları belirlenmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrenciler %75.0'inin, NSAİD grubundaki öğrenciler %38.5'inin haftada bir veya iki gün spor/egzersiz yaptıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin düzenli olarak yaptıkları spor/egzersiz yapma durumu veya sıklığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=0.82$, $P=0.36$ $P>0.05$), (Fisher $p=0.18$), (Tablo 10).

3.3. GRUPLARIN MENSTRÜEL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİNDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Tablo 11: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Dönemlerde Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜRECLERİ	REFLEKSOLOJİ GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	121.53	26.86	7.94	0.00	107.03	35.91	7.99	0.00	29.14	19.54	4.33	0.00
Refleksoloji Uygulaması(İki Siklus)	31	64.96	39.36			58.87	34.78			16.45	17.35		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	121.90	27.24	8.13	0.00	105.10	34.84	8.09	0.00	29.61	19.69	4.86	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	60.08	43.63			50.65	44.33			12.43	18.54		
Refleksoloji Uygulaması(İki Siklus)	30	63.71	39.40	0.76	0.44	57.00	33.76	1.30	0.20	16.66	17.61	2.51	0.01
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	60.08	43.63			50.65	44.33			12.43	18.54		

*Paired Sample T Test



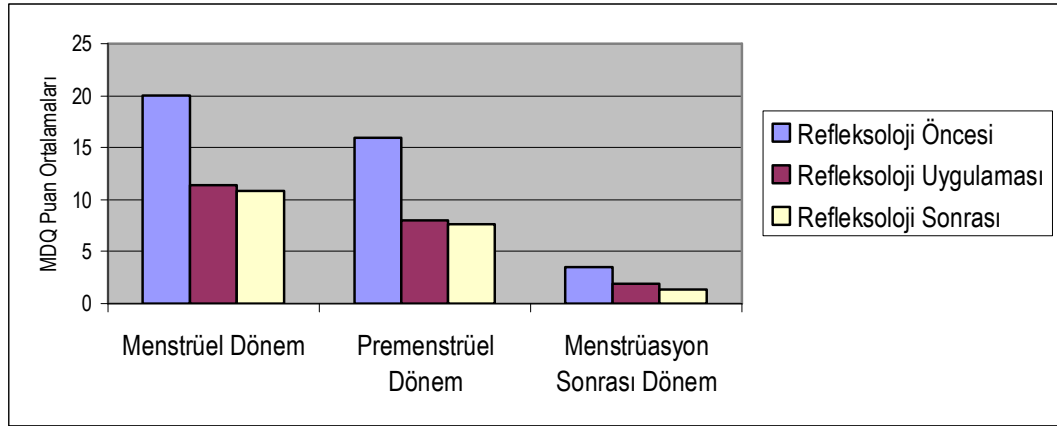
Grafik 1: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 11 ve grafik 1’de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarından daha düşük olduğu fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 12: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜRECLERİ	REFLEKSOLOJİ AĞRI ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	20.04	4.73	7.08	0.00	15.96	7.09	7.03	0.00	3.53	2.92	3.14	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	11.35	6.49			8.03	5.58			1.91	2.50		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	20.00	4.80	6.95	0.00	15.40	6.46	6.18	0.00	3.46	2.95	4.55	0.00
Refleksoloji Sonrası(İki Siklus)	30	10.85	6.45			7.63	6.54			1.31	2.31		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	10.96	6.23	0.17	0.86	7.58	5.08	-0.05	0.95	1.91	2.54	2.02	0.05
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	10.85	6.45			7.63	6.54			1.31	2.54		

*Paired Sample T Test



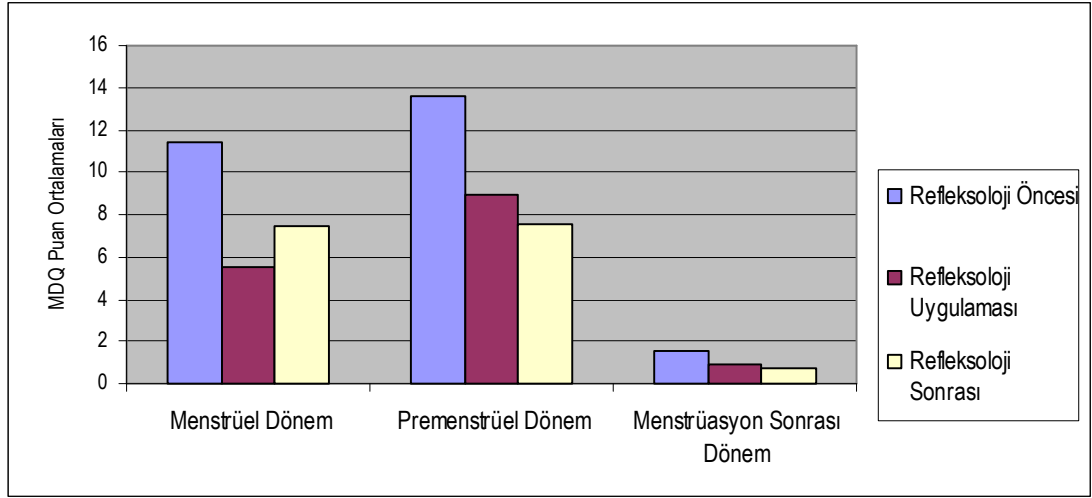
Grafik 2: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 12 ve grafik 2 'de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi ağrı alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi ağrı alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemde, menstrüel distres şikayet listesi ağrı alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 13: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜRECLERİ	REFLEKSOLOJİ SU RETANSİYONU ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	11.40	3.97	5.91	0.00	13.58	4.63	5.70	0.00	1.58	1.77	3.22	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	6.56	4.42			8.88	5.04			0.91	1.20		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	11.23	3.92	4.96	0.00	13.06	4.35	8.07	0.00	1.51	1.76	2.90	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	7.45	4.69			7.58	4.80			0.70	1.29		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	6.33	4.30	-1.83	0.07	8.56	4.80	1.53	0.13	0.88	1.20	0.93	0.35
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	7.45	4.69			7.58	4.80			0.70	1.29		

*Paired Sample T Test



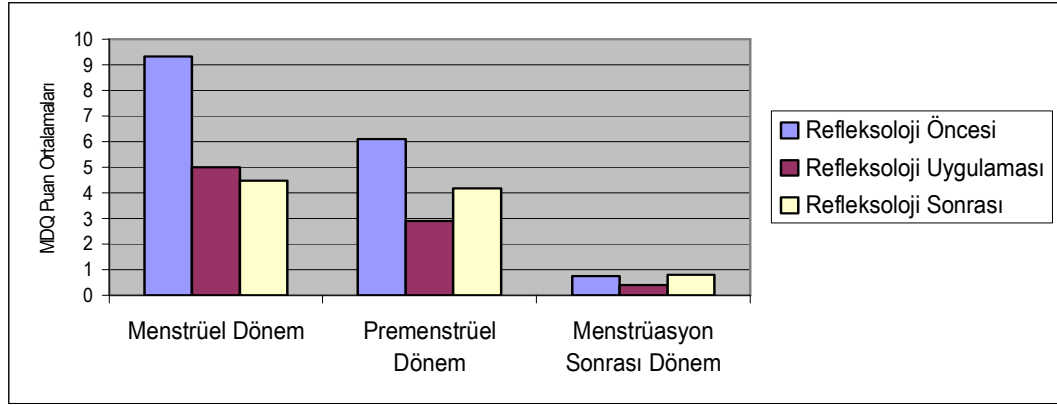
Grafik 3: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 13 ve grafik 3’de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi su retansiyonu alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi su retansiyonu alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi su retansiyonu alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 14: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ OTONOMİK REAKSİYON ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	9.32	4.26	4.80	0.00	6.11	3.58	6.32	0.00	0.74	1.05	1.40	0.17
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	5.01	4.91			2.90	3.44			0.41	1.05		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	9.38	4.32	5.12	0.00	5.90	3.44	2.46	0.02	0.76	1.06	-0.09	0.92
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	4.48	5.14			4.16	4.12			0.80	1.95		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	4.88	5.14	0.57	0.56	2.78	2.87	-2.51	0.01	0.40	1.07	-2.12	0.04
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	4.48	5.14			4.16	4.12			0.80	1.95		

*Paired Sample T Test



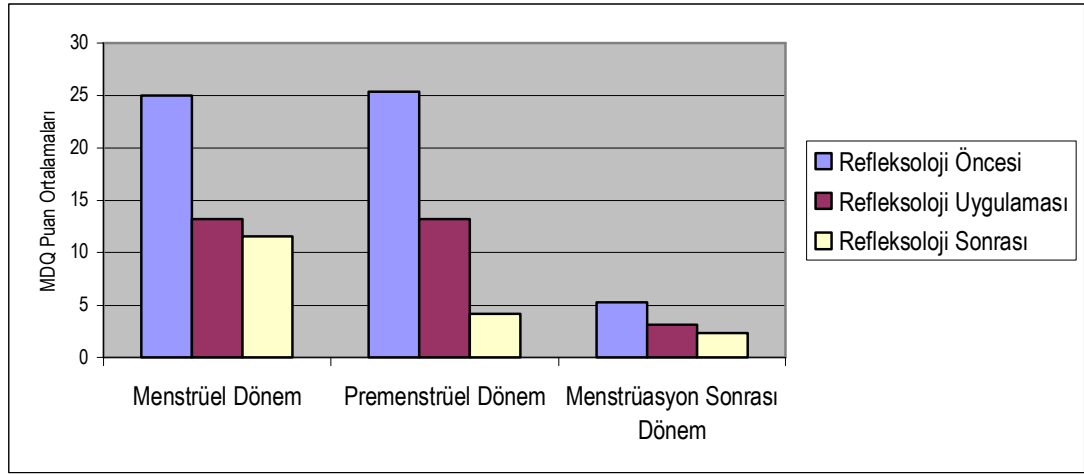
Grafik 4: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 14 ve grafik 4’de refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi otonomik reaksiyon alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0.05$) fakat bu farkın menstrüasyon sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem menstrüel distres şikayet listesi otonomik reaksiyon alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0.05$) fakat bu farkın menstrüasyon sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel dönem, menstrüel distres şikayet listesi otonomik reaksiyon alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($P>0.05$) fakat premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemde refleksoloji sonrası puan ortalamalarında bir artış olduğu ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 15: Refleksoloji Grubu Öğrencilerin Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ NEGATİF DUYGULANIM ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	25.00	6.90	7.76	0.00	25.40	8.06	7.44	0.00	5.25	4.14	2.81	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	13.25	8.88			13.25	8.88			3.17	4.08		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	25.20	6.93	8.32	0.00	25.20	8.06	15.80	0.00	5.36	4.17	4.61	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	11.58	9.56			4.16	4.12			2.38	4.10		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	12..91	8.82	0.95	0.34	12.91	8.82	7.18	0.00	3.18	4.15	1.17	0.09
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	11.58	9.56			4.16	4.12			2.38	4.10		

*Paired Sample T Test



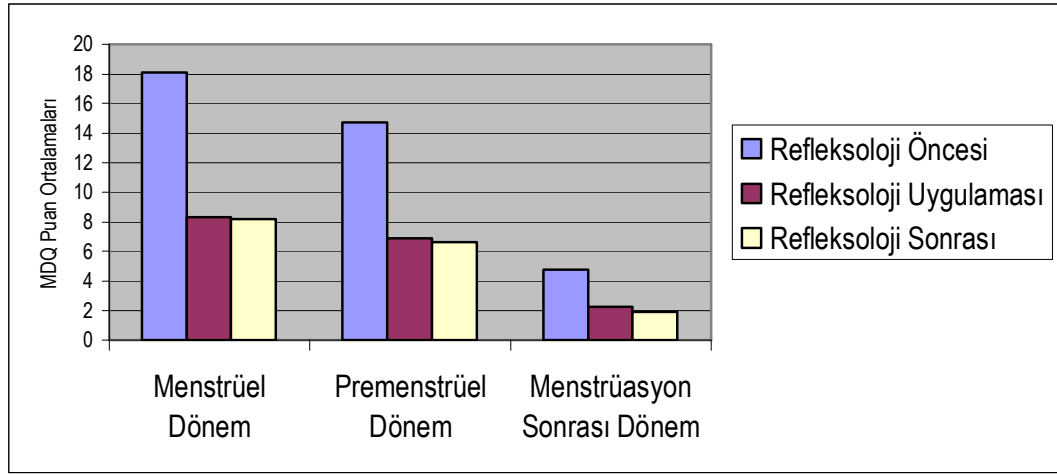
Grafik 5: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 15 ve grafik 5’de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi negatif duygulanım alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi negatif duygulanım alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemde menstrüel distres şikayet listesi negatif duygulanım alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($P>0.05$) fakat premenstrüel dönemde refleksoloji sonrası puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 16: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ KONSANTRASYON BOZUKLUĞU ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	18.11	8.00	5.90	0.00	14.70	8.58	5.65	0.00	4.80	4.81	3.42	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	8.32	7.48			6.87	6.70			2.27	3.43		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	18.13	8.13	5.94	0.00	14.40	8.55	6.08	0.00	4.96	4.81	3.52	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	8.21	8.00			6.65	8.05			1.95	3.44		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	8.10	7.50	-0.11	0.90	6.53	6.53	-0.14	0.88	2.35	3.46	1.05	0.30
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	8.21	8.00			6.65	8.05			1.95	3.44		

*Paired Sample T Test



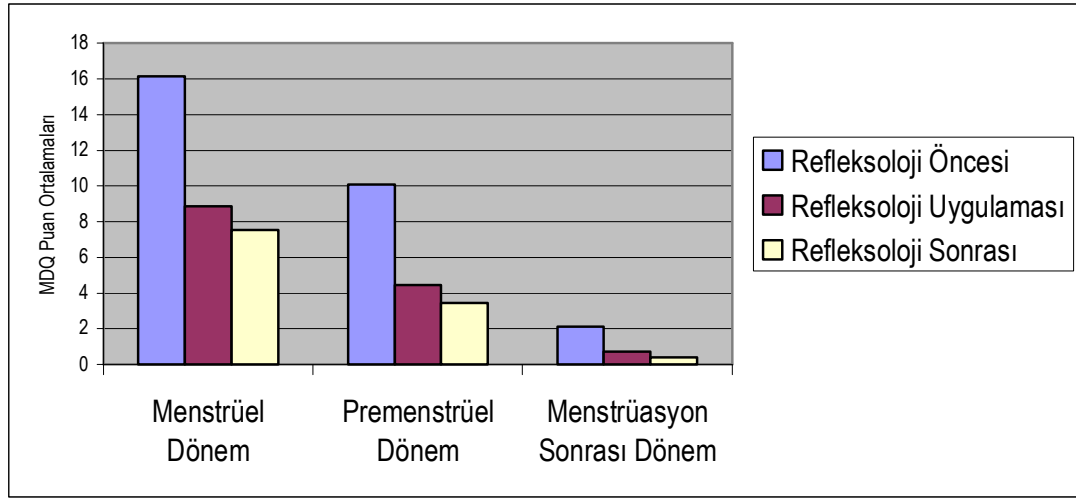
Grafik 6: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 16 ve grafik 6’da refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi konsantrasyon bozukluğu alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi konsantrasyon bozukluğu alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi konsantrasyon bozukluğu alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 17: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	16.14	4.67	6.13	0.00	10.06	4.94	6.21	0.00	2.12	2.29	3.58	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	8.85	7.01			4.46	4.60			0.72	1.25		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	16.21	4.73	7.22	0.00	9.75	4.69	7.33	0.00	2.20	2.29	4.22	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	7.55	6.82			3.45	4.83			0.41	1.26		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	8.83	7.13	1.51	0.14	4.30	4.58	1.15	0.25	0.75	1.26	1.94	0.06
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	7.55	6.82			3.45	4.83			0.41	1.26		

*Paired Sample T Test



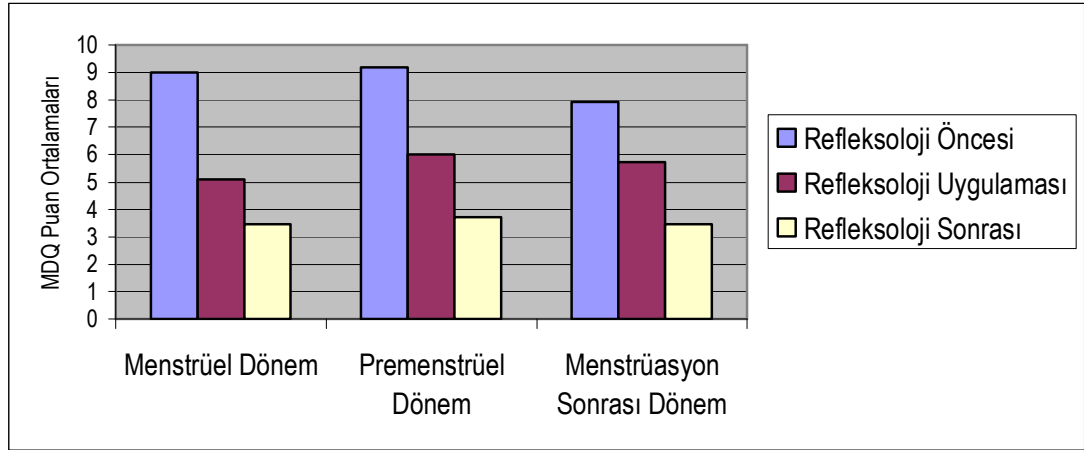
Grafik 7: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 17 ve grafik 7’de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi davranış değişiklikleri alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi davranış değişiklikleri alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi davranış değişiklikleri alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 18: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ CANLANMA ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	9.00	4.67	5.40	0.00	9.19	5.15	3.68	0.00	7.91	5.21	2.49	0.01
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	5.11	3.74			6.01	4.60			5.74	5.93		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	9.25	4.53	6.50	0.00	9.46	5.00	5.96	0.00	8.05	5.24	4.72	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	3.46	3.51			3.73	3.94			3.46	5.06		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	5.21	3.75	2.51	0.01	6.15	4.62	3.25	0.00	5.86	5.98	2.98	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	3.46	3.51			3.73	3.94			3.46	5.06		

*Paired Sample T Test



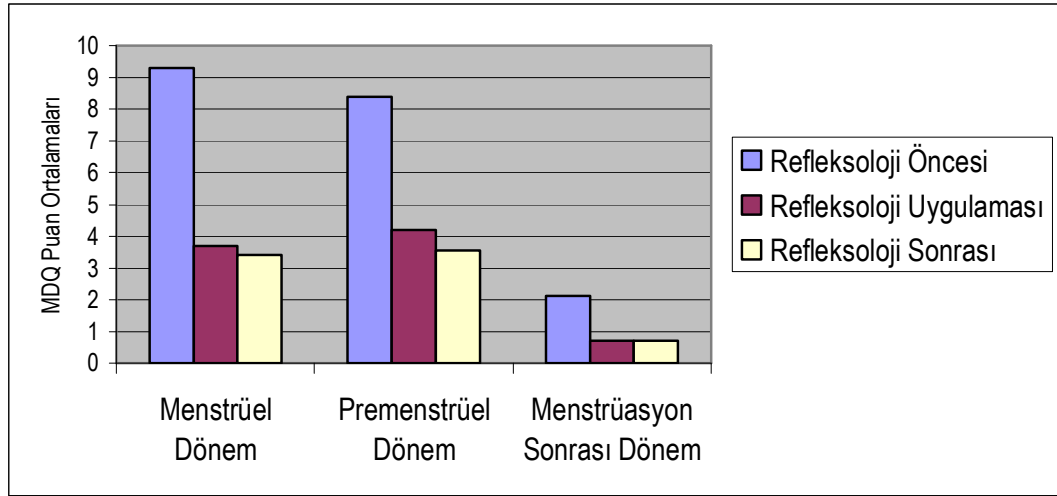
Grafik 8: Refleksoloji Grubu Öğrencilerin Menstrüel Distres Şikayet Listesi Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 18 ve grafik 8’de refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi canlanma alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi canlanma alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi canlanma alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji uygulaması süresince puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 19: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre Refleksoloji Öncesi, Uygulaması ve Sonrası Menstrüel Distres Şikayet Listesi Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

UYGULAMA SÜREÇLERİ	REFLEKSOLOJİ KONTROL ALT GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	31	9.29	4.43	5.88	0.00	8.40	4.68	4.63	0.00	2.12	2.69	3.19	0.00
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	31	3.69	3.70			4.20	3.99			0.70	1.82		
Refleksoloji Öncesi (İki Siklus)	30	9.26	4.02	6.45	0.00	8.20	4.61	4.76	0.00	2.20	2.70	3.04	0.00
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	3.40	4.02			3.56	4.56			0.70	1.77		
Refleksoloji Uygulaması (İki Siklus)	30	3.60	3.73	0.43	0.66	4.03	3.93	0.77	0.44	0.73	1.85	0.20	0.84
Refleksoloji Sonrası (İki Siklus)	30	3.40	4.02			3.56	4.56			0.70	1.77		

*Paired Sample T Test



Grafik 9: Refleksoloji Grubunun Menstrüel Distres Şikayet Listesi Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 19 ve grafik 9’da refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi kontrol alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi kontrol alt grubundan refleksoloji sonrası aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesi kontrol alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 20: NSAID Grubunun Menstrüel Dönemlerine Göre NSAID Tedavisi Öncesi ve NSAID Tedavisi Süresince Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

TEDAVİ SÜREÇLERİ	NSAID GRUBU												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
NSAID Tedavisi Öncesi	33	114.13	33.00	6.10	0.00	98.19	32.92	4.92	0.00	38.46	26.12	6.81	0.00
NSAID Tedavisi	33	80.77	42.21			73.56	42.91			21.62	23.01		

*Paired Sample T Test

Tablo 20’de NSAID grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden NSAID tedavisi süresince aldıkları puan ortalamalarının NSAID tedavisi öncesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 21: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Öncesi Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarında Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	TEDAVİ ÖNCESİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	82.38	20.18	-0.17	0.86	73.70	26.52	-0.49	0.62	20.93	15.26	1.73	0.08
NSAİD GRUBU	33	81.42	23.69			70.75	20.65			28.60	19.63		
	TEDAVİ ÖNCESİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	78.29	27.07	-1.98	0.05	66.64	31.43	-1.52	0.13	16.41	16.21	0.82	0.41
NSAİD GRUBU	33	65.42	24.81			54.87	30.22			19.72	15.78		

*Independent Sample T Test

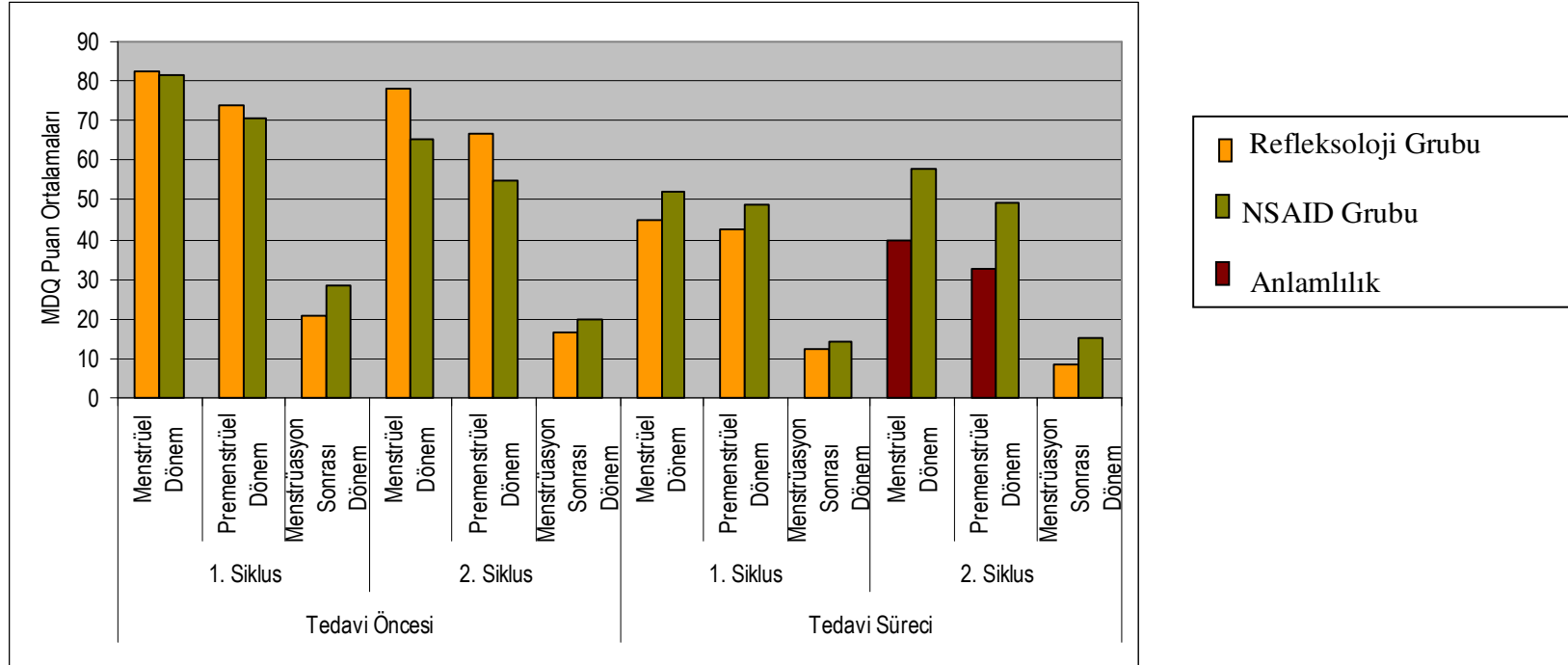
Tablo 21 ve grafik 10'da tedavisi öncesi birinci ve ikinci siklularda; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 22: Menstrüel Dönelmlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	45.03	28.38	0.96	0.33	42.64	24.56	0.92	0.35	12.12	12.55	0.55	0.58
NSAID GRUBU	33	51.93	28.64			49.00	29.93			14.15	16.47		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	39.87	26.56	2.39	0.02	32.45	25.07	2.40	0.01	8.64	11.01	1.89	0.06
NSAID GRUBU	33	57.66	32.45			49.12	29.96			14.93	15.08		

*Independent Sample T Test

Tablo 22 ve grafik 10'da tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönem refleksoloji grubunun menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamaları NSAID grubunun puan ortalamalarından daha düşük olduğu olmasna karşın aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel dönem ve premenstrüel dönem refleksoloji grubunun menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamaları NSAID grubunun puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0.05$) fakat menstrüasyon sonrası dönemde refleksoloji grubunun puan ortalamaları daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).



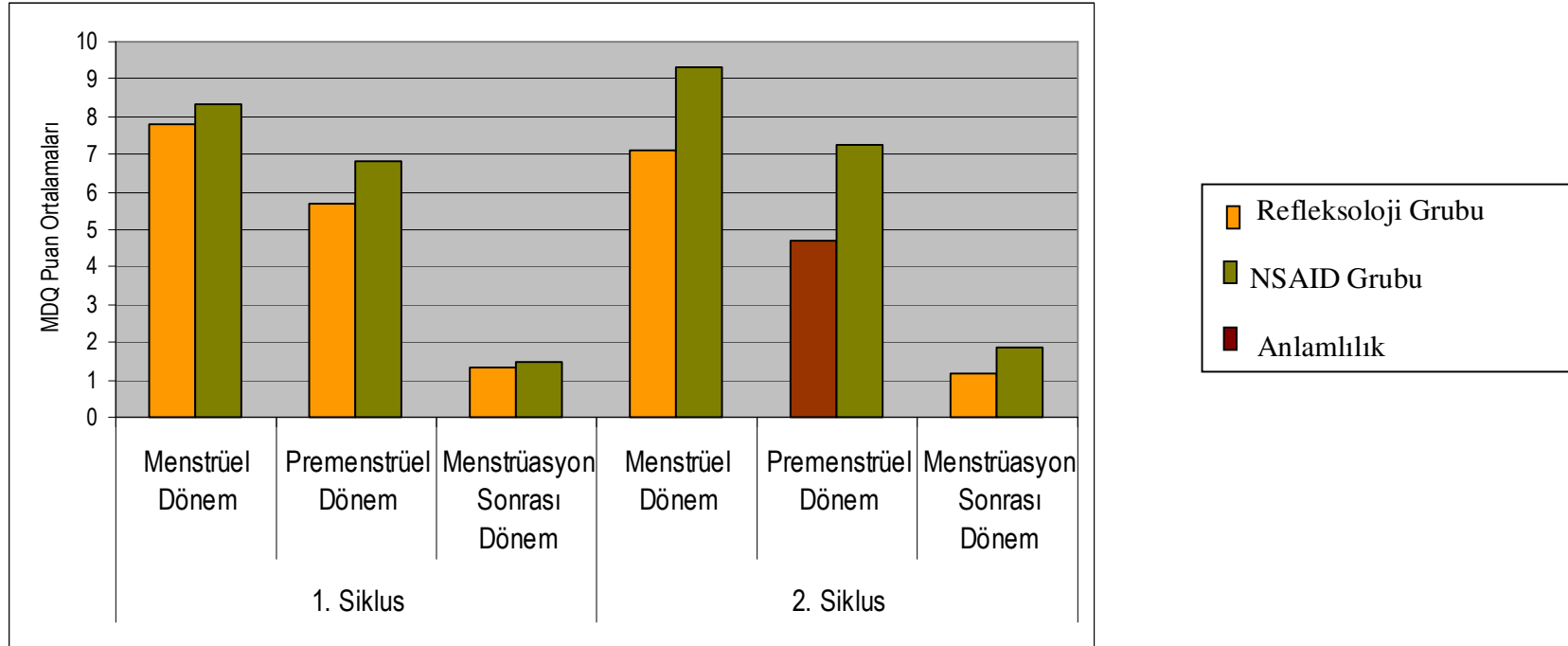
Grafik 10: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinden (MDQ) Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 23: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	AĞRI ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	7.80	4.60	0.46	0.64	5.67	3.86	1.05	0.29	1.32	1.70	0.26	0.79
NSAID GRUBU	33	8.33	4.55			6.81	4.70			1.46	2.26		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	7.09	4.61	1.82	0.07	4.70	4.80	2.21	0.03	1.19	2.08	1.19	0.23
NSAID GRUBU	33	9.30	5.01			7.24	4.80			1.78	1.88		

*Independent Sample T Test

Tablo 23 ve grafik 11’de tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi ağrı alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun menstrüel distres şikayet listesi ağrı alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($P>0.05$) fakat premenstrüel dönem refleksoloji grubunun puan ortalamalarının daha düşük ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).



Grafik 11: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Ağrı Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 24: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Su Retansiyonu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	SU RETANSİYONU ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	4.54	3.30	1.05	0.29	6.19	3.41	0.12	0.90	0.70	1.00	0.94	0.34
NSAID GRUBU	33	5.33	2.63			6.30	3.77			0.96	1.18		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	4.03	2.91	1.93	0.5	5.38	3.76	0.94	0.34	0.41	0.76	2.28	0.2
NSAID GRUBU	33	5.39	2.70			6.30	3.97			1.18	1.70		

*Independent Sample T Test

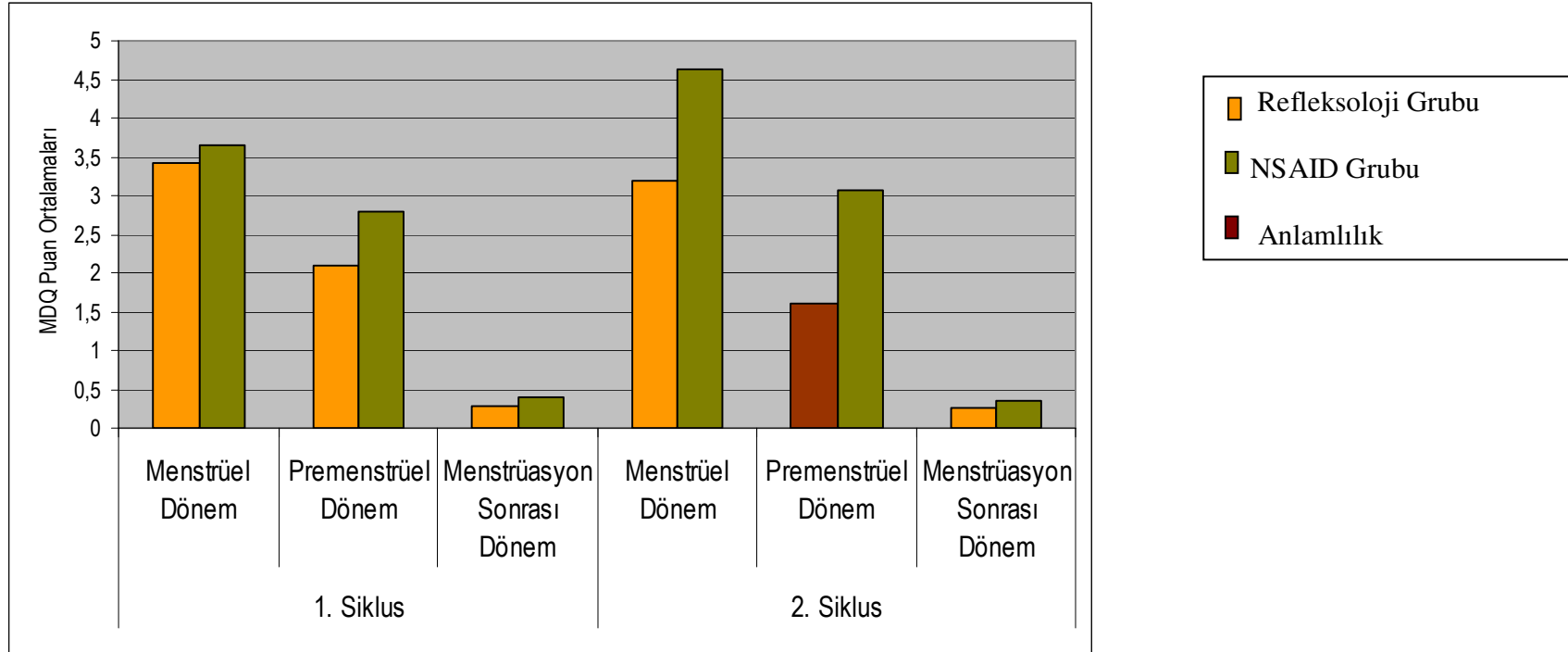
Tablo 24'te tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi su retansiyonu alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi su retansiyonu alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 25: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	OTONOMİK REAKSİYON ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	3.41	3.63	0.27	0.78	2.09	2.35	1.05	0.29	0.29	0.82	0.48	0.93
NSAID GRUBU	33	3.66	3.55			2.78	2.85			0.39	0.89		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	3.19	3.43	1.48	0.14	1.61	1.89	2.09	0.04	0.25	0.68	0.46	0.64
NSAID GRUBU	33	4.63	4.27			3.06	3.39			0.36	1.08		

***Independent Sample T Test**

Tablo 25 ve grafik 12’de tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi otonomik reaksiyon alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi otonomik reaksiyon alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($P>0.05$), fakat premenstrüel dönem refleksoloji grubu öğrencilerin puan ortalamalarının daha düşük ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).



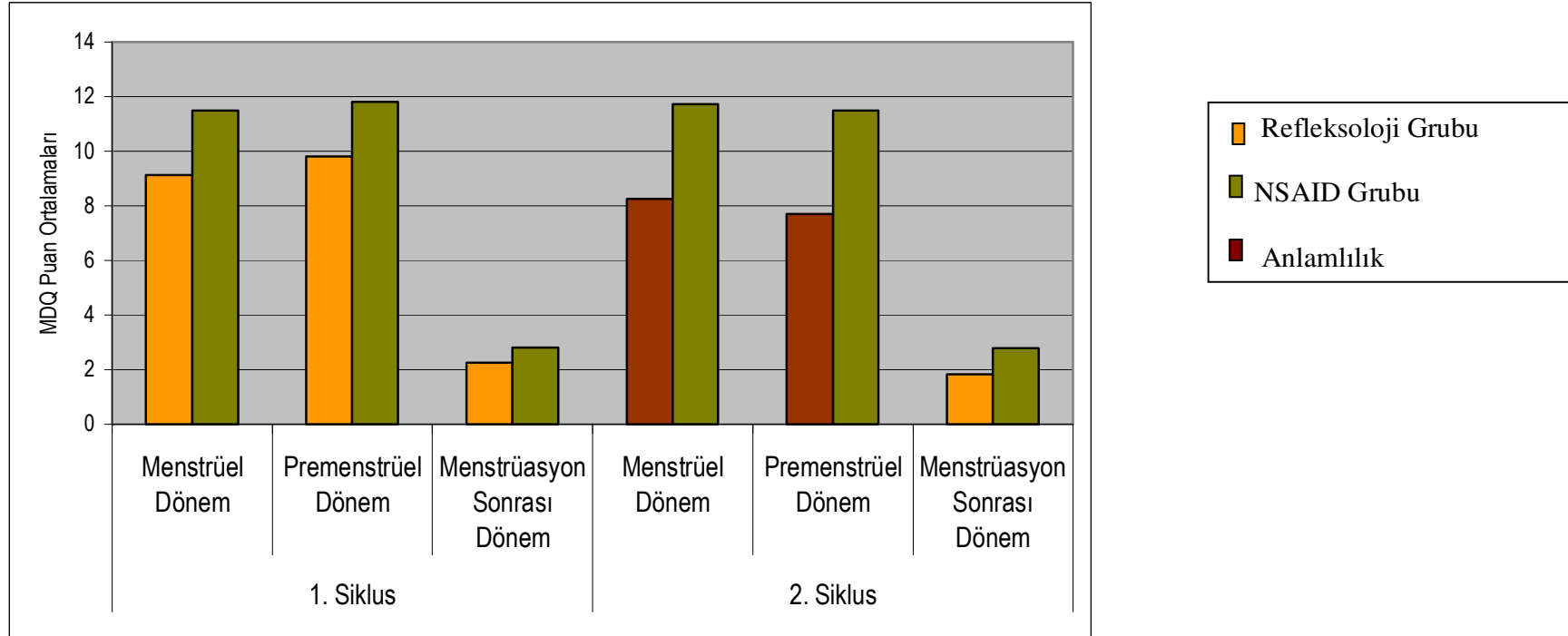
Grafik 12: Menstrüel Dönelmlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesin Otonomik Reaksiyon Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 26: Menstrüel Dönemlerine Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	NEGATİF DUYGULANIM ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	p*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	9.12	6.92	1.44	0.15	9.80	5.87	1.20	0.23	2.25	2.88	0.65	0.51
NSAID GRUBU	33	11.48	6.15			11.81	7.35			2.81	3.90		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	8.25	5.79	2.11	0.03	7.70	6.15	2.21	0.03	1.83	2.70	1.37	0.17
NSAID GRUBU	33	11.72	7.19			11.48	7.37			2.78	2.80		

***Independent Sample T Test**

Tablo 26 ve grafik 13’de tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi negatif duygulanım alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubunun menstrüel distres şikayet listesi negatif duygulanım alt grubundan aldığı puan ortalamaları NSAID grubunun puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0.05$) fakat menstrüasyon sonrası dönemde refleksoloji grubunun puan ortalamaları daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).



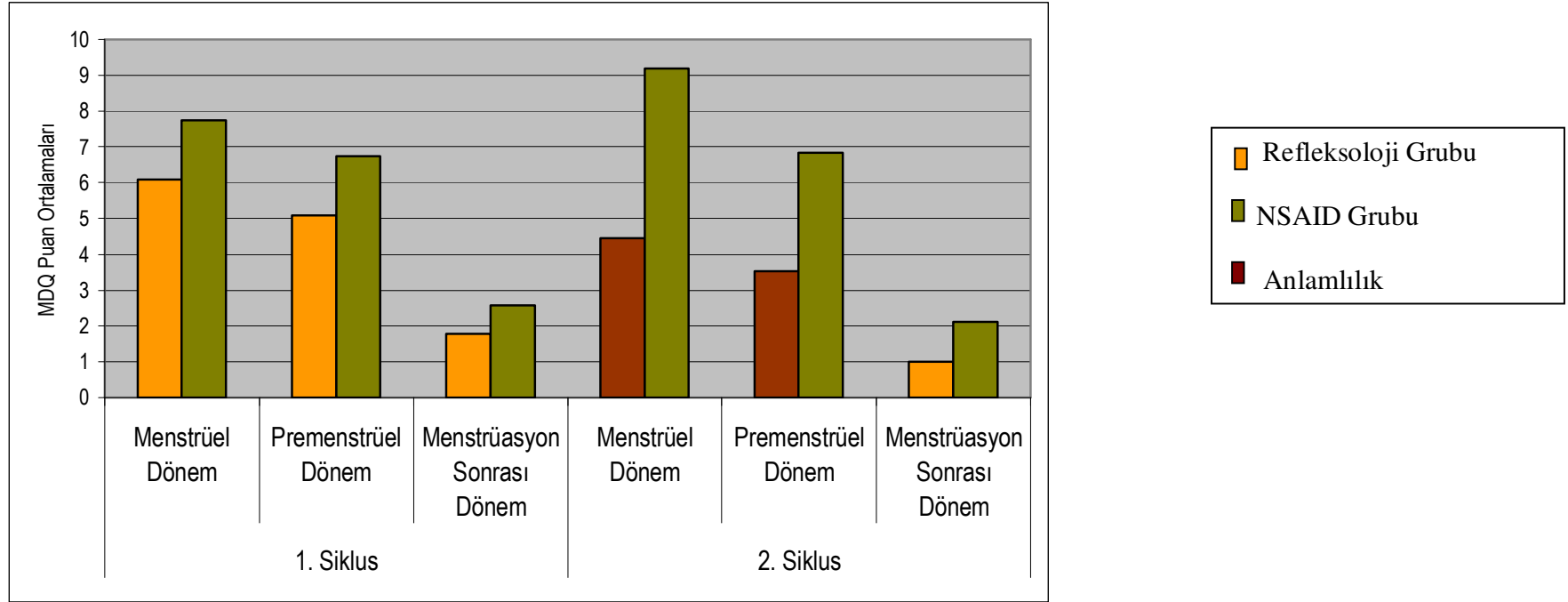
Grafik 13: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesinin Negatif Duygulanım Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 27: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	KONSANTRASYON BOZUKLUĞU ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLÜS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	6.09	5.36	1.15	0.25	5.09	4.85	1.27	0.20	1.77	2.60	1.02	0.31
NSAID GRUBU	33	7.75	6.10			6.75	5.50			2.57	3.57		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLÜS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	4.45	4.95	3.10	0.00	3.54	4.28	0.12	0.01	1.00	2.00	1.68	0.09
NSAID GRUBU	33	9.18	6.98			6.84	5.61			2.12	3.16		

***Independent Sample T Test**

Tablo 27 ve grafik 14’de tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi konsantrasyon bozukluğu alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubunun menstrüel distres şikayet listesi konsantrasyon bozukluğu alt grubundan aldığı puan ortalamalarının NSAID grubunun puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($P<0.05$) fakat menstrüasyon sonrası dönemde refleksoloji grubunun puan ortalamalarının daha düşük olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).



Grafik 14: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesi Konsantrasyon Bozukluğu Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Grafik Dağılımı

Tablo 28: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesin Davranış Değişiklikleri Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİKLERİ ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	6.25	5.23	-0.06	0.95	3.25	3.39	1.41	0.16	0.51	0.88	0.91	0.36
NSAID GRUBU	33	6.18	4.77			4.60	4.18			0.84	1.82		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	5.19	4.92	1.35	0.18	2.41	3.39	1.90	0.06	0.41	1.14	1.54	0.12
NSAID GRUBU	33	7.00	5.68			4.24	4.19			1.15	2.39		

*Independent Sample T Test

Tablo 28’da tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi davranış değişiklikleri alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; Menstrüe, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun menstrüel distres şikayet listesi davranış değişiklikleri alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 29: Menstrüel Dönemlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesin Canlanma Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	CANLANMA ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	3.54	2.80	0.75	0.45	4.41	3.40	-0.30	0.76	4.32	4.57	-0.41	0.68
NSAID GRUBU	33	4.12	3.26			4.15	3.57			3.87	3.99		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	3.12	2.64	1.80	0.07	3.19	3.13	1.86	0.06	2.83	3.41	1.36	0.17
NSAID GRUBU	33	4.51	3.41			4.78	3.65			4.03	3.55		

*Independent Sample T Test

Tablo 29’da tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi canlanma alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi canlanma alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$).

Tablo 30: Menstrüel Dönelmlere Göre Tedavi Süreci Birinci ve İkinci Sikluslarda Refleksoloji ve NSAID Gruplarının Menstrüel Distres Şikayet Listesin Kontrol Alt Grubundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	KONTROL ALT GRUBU TEDAVİ SÜRECİ 1.SİKLUS												
	n	Menstrüel Dönem				Premenstrüel Dönem				Menstrüasyon Sonrası Dönem			
		$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*	$\bar{X}$	SD	t	P*
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	2.19	2.34	0.85	0.39	3.12	2.75	-0.09	0.92	0.54	1.38	0.07	0.93
NSAID GRUBU	33	2.78	3.12			3.06	2.95			0.57	1.39		
	TEDAVİ SÜRECİ 2.SİKLUS												
REFLEKSOLOJİ GRUBU	31	3.00	3.16	1.22	0.22	2.16	2.92	1.36	0.17	0.32	0.97	0.99	0.32
NSAID GRUBU	33	4.12	9.09			3.24	3.38			0.63	1.47		

*Independent Sample T Test

Tablo 30'da tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi kontrol alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Tedavisi süreci ikinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun, menstrüel distres şikayet listesi kontrol alt grubundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$)

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. ÖĞRENCİLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN VE ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ

Öğrencilerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; yaşları 18 ile 29 arasında değişen öğrencilerin yaş ortalaması 21.01 ± 1.77 'dir. Refleksoloji grubu öğrencilerin %48.4'ünün, NSAID grubu öğrencilerin %48.5'inin yurttan ikamet ettiği, refleksoloji grubu öğrencilerin %93.5'inin, NSAID grubu öğrencilerin %97.0'sinin bekar olduğu, refleksoloji grubu öğrencilerin %100.0'ünün, NSAID grubu öğrencilerin %97.0'sinin zayıf veya normal kiloda olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin alışkanlıkları incelendiğinde; refleksoloji grubu öğrencilerin %71.0'inin, NSAID grubu öğrencilerin %69.7'sinin bitkisel gıdaları tercih ettikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin % 67.7'sinin, NSAID grubu öğrencilerin % 72.7'sinin yemeklerini az tuzlu ve normal tuzlu yedikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %74.2'sinin, NSAID grubu öğrencilerin %78.8'inin dört bardak veya daha az çay, kahve ve kola tükettikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %71.0'inin, NSAID grubu öğrencilerin %81.8'inin günde iki adet veya daha fazla çikolata tükettikleri belirlenmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %87.1'inin, NSAID grubu öğrencilerin %90.9'unun sigara içmedikleri, refleksoloji grubundaki öğrencilerin %93.5'inin alkol kullanmadığı, %6.5'inin çok nadir alkol kullandığı, NSAID grubu

öğrencilerin %90.9'unun alkol kullanmadığı, %9.1'inin çok nadir alkol kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullanımının çok az, alkol kullanımının yok denecek kadar az olduğu gözlenmiştir.

Öğrencilerin stresle başa çıkmak için bir yöntem kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında; refleksoloji grubundaki öğrencilerin %54.8'inin, NSAID grubundaki öğrencilerin %51.5'inin hayır dediği belirlenmiştir. Refleksoloji grubundaki öğrencilerin %74.2'inin, NSAID grubundaki öğrencilerin %63.6'sının spor/egzersiz yapmadıkları, yapanların da yeterli sıklıkta yapmadıkları bulunmuştur.

Gruplar arası homojen dağılımı etkileyen faktörlerde Ki-kare (Chi-Square) testi ve Fisher's ki kare önemlilik testine bakılmış ve eğitim öncesi ve sonrası iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$) (Tablo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

4.2. GRUPLARIN MENSTRÜEL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİNDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Refleksoloji grubu öğrenciler; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde; refleksoloji öncesi iki siklus, refleksoloji uygulanan iki siklus ve refleksoloji sonrası iki siklus süresince menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamaları açısından karşılaştırılmıştır.

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 11, Grafik 1). Bu bulgular Oleson ve

Flacco'un araştırmasına uygunluk göstermektedir (57). İki siklus süresince, (sekiz seans) haftada yarım saat, kulaklar, eller ve ayaklara refleksoloji masajı uygulamanın perimenstrüel distresi hafiflettiği söylenbilir. Menstrüel dönem semptomlarında %46.54, premenstrüel dönem semptomlarında %44.99 azalma olmuştur. Oleson ve Flacco iki siklus süresince, her hafta yarım saat, kulaklar, eller ve ayaklara refleksoloji masajı uygulamışlar ve premenstrüel dönem semptomlarında %46 azalma kaydetmişlerdir (57). Bu çalışmanın sonucu biraz daha düşük olmasına karşın onların değerlerine yakın bir değerdir.

Refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönemlerde, aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji bırakıldıktan sonraki iki siklusa da bir miktar daha düşüşe devam ettiği fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$), (Tablo 11, Grafik 1). Refleksoloji sonrası iki siklusa da refleksolojinin etkinliğinin devam etmekte olduğu söylenbilir. Oleson ve Flacco'nun araştırmasında da refleksoloji sonrası etkinin devam ettiği bulunmuştur fakat puanlarda istatistiksel anlamı olmayan bir artış kaydetmişlerdir. (57). Bu araştırmada, Oleson ve Flacco ile aynı bölgelere aynı sürede refleksoloji uygulanmasına karşın farklı gruplarda ve farklı ölçüm metoduyla çalışılmıştır.

Refleksolojinin nasıl çalıştığı kesin olarak açık değildir fakat literatürde plasebo etki, tedavi etkileşimi ve dokunma etkisinden elde edilen bir miktar rahatlamanın yapabileceğinden çok daha büyük fizyolojik etkiler gösterdiği konusunda kesin ifadeler vardır (57,65,75). Premenstrüel sendromda plasebo etkinin %20'den az olduğu bildirilmiştir. Oleson ve Flacco'nun araştırmasında yanlış noktalara yapılan refleksoloji yanıtı %19 olarak kaydedilmiştir (57). Habek ve arkadaşlarının premenstrüel sendrom

için akupunkturla yaptıkları araştırmalarında %77.8 başarı elde edilmiş ve plasebo yanıt %5.9 olarak kaydedilmiştir (31). Bu araştırmada, premenstrüel dönem semptomlarında %44.99 azalma olmuştur. Araştırma sonucunda H1 hipotezi desteklenmiştir.

Menstrüel distres şikayet listesi 47 semptomdan ve sekiz alt semptom grubundan oluşmaktadır. Bunlar; ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişikliği, canlanma ve kontrol'dür. Sekiz alt semptom grubunun refleksoloji uygulaması ile zaman içindeki değişimi ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Ağrı alt grubu; kaslarda gerginlik- sertleşme, baş ağrısı, karın ağrısı-kramplar, sırt-bel ağrısı, genel kırıklık-ağrılar ve yorgunluk semptomlarını içermektedir. Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, ağrı alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 12, Grafik 2). Fakat, refleksoloji uygulaması süresince alınan puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$), (Tablo 12, Grafik 2). Menstrüel dönem ağrı puanlarında %43.36 azalma, premenstrüel dönem ağrı puanlarında %49.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem ağrı semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile ağrıların hafiflediği ve etkinin uygulama sonrası da devam ettiği söylenebilir.

Literatürde, refleksolojinin kanser ağrısını anlamlı derecede azalttığı yer almaktadır (25,61,65). Refleksolojinin sinir noktalarını belirli tekniklerle uyarmasının

ortaya elektrokimyasal mesajlar çıkardığı, bu mesajların nöronlar yardımıyla ilgili organları uyardığı savunulmaktadır. Ayrıca, masaj olduğu için cilt cilde temasın endorfin ve diğer beyin salgılarının salınımına yol açtığı, bunun da ağrının azalmasına yardımcı olduğu ve iyilik hissini artırdığı görüşü vardır (65,69,75,83). Endorfinler nöronlar arası sinaptik mesafede impuls iletimini sağlayan trasmitter maddeler gurubundandır. (64). İlaveten, ağrı kesici etki özel refleks noktalarına baskı ile kapı kontrol mekanizmasının çalıştırılmasıyla etkili bir şekilde elde edilmiş olabilir (75). Benzer etki mekanizmalarıyla çalışan, akupunktur, akupresür ve TENS'le yapılmış araştırmalarda dismenore ve premenstrüel ağrıların azaltılmasında başarılı sonuçlar elde edilmiştir (10,11,12,31,33,36,46,49,76,87)

Chang ve Jun üniversite öğrencileriyle yaptıkları araştırmalarında, SP-6 noktasına yaptıkları 20 dakikalık akupresür sonucunda 30. dakikada istatistiksel olarak anlamlı dercede dismenorenin hafiflediğini ve norepinefrin seviyesinin değiştiğini belirlemişlerdir (11). Yang ve Huang akupunkturun etkisini araştırmak için labrotuvarda farelerle yaptıkları araştırmalarında, akupunkturun dismenoreyi hafiflettiğini bulmuş ve hormon reseptörleri üzerine etkili olduğu görüşüne varmışlardır (87).

Su retansiyonu alt grubu; kilo alma, ciltte leke-sivilce, memelerde ağrı ya da hassasiyet, karında, memelerde şişme semptomlarını içermektedir. Literatürde premenstrüel dönemde en sık rastlanan somatik semptom olarak karında şişme ve göğüslerde hassasiyet bildirilmektedir (3,8,16,19,42,71).

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, su retansiyonu alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusa

refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Buna karşın, su retansiyonu alt grubundan refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($P>0.05$) (Tablo 13, Grafik 3). Menstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %42.45, premenstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %34.60 azalma olduğu, premenstrüel dönem su retansiyonu semptomlarında ağrının aksine daha az gerileme olduğu belirlenmiştir. Bu durum, literatürle uyumludur (32,42). Bu sonuçlar doğrultusunda; refleksoloji uygulamasının su retansiyonu semptomlarını azalttığını ve etkinin refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonraki iki siklusta da devam ettiği söylenebilir.

Otonomik reaksiyon alt grubu; baş dönmesi-baygınlık hissi, soğuk terleme, bulantı-kusma ve ateş basması semptomlarından oluşmaktadır. Kızılkaya ve Coşkun'un araştırmasında, menstrüel dönemde en fazla soğuk terleme ve ateş basması, premenstrüel dönemde ise baş dönmesi-baygınlık hissi ve ateş basması semptomları olduğu belirlenmiştir (42). Bu çalışmanın bulgularında, otonomik reaksiyon semptomlarının menstrüel dönemde en fazla, premenstrüel dönemde biraz daha az, menstrüasyon sonrası dönemde ise yok denecek kadar az olduğu belirlenmiştir (Tablo 14, Grafik 4). Otonomik reaksiyon semptomlarının menstrüasyon sonrası dönemde çok az olması bu semptomların perimenstrüel semptomlar olmasının kuvvetli bir kanıtı olarak yorumlanmıştır.

Refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönemlerinde, otonomik reaksiyon alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$),

fakat bu farkın menstrüasyon sonrası dönemde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($P>0.05$), (Tablo 14, Grafik 4). Menstrüasyon sonrası dönemde semptomların çok az olması nedeniyle beklendik bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

Otonomik reaksiyon alt grubu puan ortalamalarının, refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji uygulanan iki sıklusa göre menstrüel dönemde bir değişim göstermediği ($P>0.05$), fakat premenstrüel dönemde bir artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 15, Grafik 4).

Menstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %46.24, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %52.53 azalma olduğu, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; refleksolojinin otonomik reaksiyon alt grubu semptomlarını azattığı ve uygulamanın bırakılması ile premenstrüel semptomlarda bir artış olduğu söylenebilir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (57).

Negatif duygulanım alt grubu; yalnızlık, anksiyete (sıkıntı), ruhsal (mood) değişiklikler, ağlama, aşırı hassaslık-alınganlık, gerginlik, üzgün-hüzünlü olma (depresyon) ve aşırı hareketler (çabuk parlama) semptomlarını içermektedir. Premenstrüel sendromun psikolojik semptomlarının, kadınları en fazla tedavi arayışına götüren semptomlar olduğu bildirilmiştir. Çabuk sinirlenme, depresyon ve anksiyete ilk sıralarda yer almaktadır (1,2,3,16,19,39,44,56)

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, negatif duygulanım alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu

saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 15, Grafik 5). Refleksoloji uygulaması ile menstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.00, premenstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.83 azalma olduğu belirlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile menstrüel ve premenstrüel dönemlerin semptomlarında aynı derecede gerileme olduğu gözlenmiştir. Fakat, premenstrüel dönemde, refleksoloji sonrası da negatif duygulanım puanlarda düşüşün devam ettiği ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Menstrüel dönemde de bir düşüş olmuştur fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P<0.05$), (Tablo 15, Grafik 5).

Oleson ve Flacco kadınların premenstrüel dönemdeki testlerinde belirlenen yüksek adrenokortikal reaktiviteye paralel olarak menstrüasyon sonrası dönemden çok daha fazla, psikolojik distres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Akupunkturun plazma ACTH ve kortizol seviyesindeki düşüşü göstermesi gibi, refleksolojinin de adrenokortikal stres reaktivitesinde ciddi bir düşüş sağlayabileceğini ve bunun uygulama sürekliliğiyle devam ettirilebileceğini savunmuştur. Gerçek refleksoloji uygulaması yapılan kadınların çok büyük relaksasyon yaşadıkları bildirilmiştir (57).

Çıtak ve Terzioğlu üniversite öğrencilerinde yaptıkları araştırmalarında, yaşama olumsuz bakan, kötümser ve stresle baş etme düzeyi yetersiz olan kız öğrencilerde dismenorenin daha şiddetli yaşandığını saptamışlardır (17). Kanseri hastalarıyla yapılmış refleksoloji araştırmalarında refleksolojinin çok iyi bir relaksasyon yarattığı, anksiyeteyi anlamlı derecede düşürdüğü ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmiştir (25,55,61,65,83). Ayrıca, masaj, egzersiz ve progresif gevşeme gibi farmakolojik olmayan diğer metotların da perimenstrüel negatif duygulanım semptomlarının azaltılmasında yararlı olduğu

belirlenmiştir (28,32,42,66). Birçok araştırmacı stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesinin yararlı olacağı görüşündedir (17,22,28,41,44,59).

Konsantrasyon bozukluğu alt grubu; uykusuzluk, unutkanlık, sersemlik, kararsızlık, zihni bir noktaya toplamada güçlük, dikkat dağınıklığı, dalgınlık, dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar, hareketlerde uyum yetersizliği semptomlarını içermektedir. Bu semptomlar iş ve okul başarısını azaltıcı etkiler yapmaktadır. Yapılmış araştırmalarda tedavi arayışına neden olan yakınmalar arasında üçüncü sırayı almaktadır (17,32,56). Çıtak ve Terzioğlu'nun araştırmasında dismenoresi olan üniversite öğrencilerinde konsantrasyon bozukluğu %48.3 olarak bildirilmiştir (17).

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, konsantrasyon bozukluğu alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Buna karşın, konsantrasyon bozukluğu puanlarının refleksoloji uygulaması ile refleksoloji sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği belirlenmiştir ($P>0.05$), (Tablo 16, Grafik 6). Menstrüel dönem konsantrasyon bozukluğu puanlarında %54.05, premenstrüel dönem konsantrasyon bozukluğu puanlarında %53.26 azalma olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; refleksoloji uygulamasının konsantrasyon bozukluğu semptomlarını azalttığını ve etkinin refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonraki iki siklusta da devam ettiği söylenebilir.

Araştırma bulguları Oleson ve Flacco'nun çalışması ile uyumludur. Oleson ve Flacco kadınların çoğunluğunun 30 dakikalık refleksoloji seansı süresince uykuya

daldığını ve sonraki gün çok daha enerjik olduğunu kaydetmiştir (57) Bu araştırma esnasında da araştırmacının notlarında benzer ifadeler vardır. Öğrencilerin 30 dakikalık refleksoloji seansı süresince uyukladıkları gözlenmiştir. Daha sonraki görüşmelerde; refleksoloji uygulamasının yapıldığı günün akşamında daha rahat uyuduklarını, sonraki gün sabah çok daha erken kalktıklarını ve uykularını almış hissettiklerini, gün içinde dersleri çok daha rahat takip ettiklerini ifade etmişlerdir.

Perimenstrüel semptomları rahatlatmak için masaj, egzersiz ve progresif gevşeme gibi diğer metotlarla yapılmış araştırmalarda da benzer iyileşmeler kaydedilmiştir (24,28,32,41,57,66)

Davranış değişiklikleri alt grubu; eğitim yada çalışma gücünde azalma, yataktan çıkmak istememe-yatakta kalma, evden dışarı çıkamama-işe gidememe, sosyal etkinliklerden kaçınma ve verimlilikte azalma semptomlarından oluşmaktadır. Perimenstrüel distres, seksüel olgunluk dönemindeki kadınların büyük bir bölümünde görülmesi, iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve aile yaşantısını ciddi boyutlarda etkilemesi nedeniyle yalnızca bir kadın sağlığı sorunu değil bir toplum sağlığı sorunu olarak ta karşımıza çıkmaktadır (3,43). Özellikle adolesanların perimenstrüel yakınmalar nedeniyle okul ve çalışma yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek iş gücü kayıplarına ve okul devamsızlıklarına neden olmaktadır (14,15,32,34). Hatta literatürde; primer dismenorenin okul devamsızlığının birinci nedeni olduğu (22), iş yaşamında da iş kalitesinin düştüğü ve iş kazası riskinin arttığı yer almaktadır (17).

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, davranış değişiklikleri alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki

siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Fakat refleksoloji uygulaması süresince alınan puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$), (Tablo 17, Grafik 7). Menstrüel dönem davranış değişiklikleri puanlarında %45.16, premenstrüel dönem davranış değişiklikleri puanlarında %55.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem davranış değişiklikleri semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile davranış değişikliklerinin olumlu yönde etkilendiği ve etkinin uygulama sonrası da devam ettiği söylenebilir.

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, canlanma alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Puan düşüşü refleksolojiyi bıraktıktan sonra da devam etmiş ve refleksoloji sonrası puanlarının refleksoloji uygulaması süresince aldıkları puanlardan daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($P<0.05$), (Tablo 18, Grafik 8). Bu beklendik bir durum değildir ve davranış değişiklikleri semptomlarının bu kadar ciddi düşüş gösterdiği bir grupta canlanma puanlarının artması beklenir. Canlanma alt grubu; aşırı sevgi ifadesi, düzenli-derli toplu olma, heyecanlı-telaşlı olma, iyi, mutlu olma duygusu, enerji ve hareketlilikte artış gibi pozitif semptomları içermektedir. Literatürde, olumlu değişiklikleri artırmanın olumsuz değişiklikleri azaltmaktan daha zor olduğu belirtilmektedir ve benzer bulgular kaydedilmiştir (28,42). Bu durum, kişilerin negatif yakınmalarının azalması ile pozitifleri

ayırt etmekte duyarsızlaştıkları şeklinde yorumlanabilir. Araştırmada, canlanma alt grubu puanlarının negatif semptomlar içeren diğer yedi alt gruptan farklı olarak menstrüasyon sonrası dönemde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu, beklendiği bir durumdur ve literatüre paralellik göstermektedir (16,19,28,42).

Kontrol alt grubu; boğulma- bunalma hissi, göğüs ağrısı, kulak çınlaması- uğultu, çarpıntı, ekstremitelerde karıncalaşma ve duyu kaybı, gözde uçuşmalar- bulanık görme semptomlarını içermektedir. Kızılkaya'nın araştırmasında bu grupta en fazla boğulma-bunalma hissi, Daşikan'ın araştırmasında en fazla göğüs ağrısı-sıkıntı hissi yaşandığı belirlenmiştir (19,42).

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, kontrol alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Fakat refleksoloji uygulaması süresince alınan puan ortalamaları ile refleksoloji sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($P>0.05$), (Tablo 19, Grafik 9). Menstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %60.27, premenstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %50.00 azalma olduğu, menstrüel dönem kontrol alt grubu semptomlarında daha fazla gerileme olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (57). Bu sonuçlar doğrultusunda; refleksoloji uygulamasının kontrol alt grubu semptomlarını azalttığı ve etkinin refleksoloji uygulaması bırakıldıktan sonraki iki siklusta da devam ettiği söylenebilir.

Sekiz alt semptom grubunun puan değişimleri menstrüel dönemlere göre incelendiğinde; en yüksek puan değişimi (%60.27) kontrol alt grubunun menstrüel

döneminde kaydedilmiştir. En düşük puan değişimi ise (%34.60) su retansiyonu alt grubunun premenstrüel döneminde kaydedilmiştir. Refleksoloji uygulamasının en fazla kontrol alt grubunun menstrüel dönem semptomlarını hafiflediği, en az da su retansiyonu alt grubunun premenstrüel dönem semptomlarını hafiflettiği söylenebilir.

Hernandez-Reif ve arkadaşlarının masaj araştırmalarında da benzer sonuçlar vardır. Kısa dönemde anksiyete ve negatif duygulanımın azaldığını, uzun dönemde ağrı ve su retansiyonunun azaldığını belirtmişlerdir (32).

NSAID grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerinde menstrüel distres şikayet listesinden NSAID tedavisi gördükleri iki siklus aldıkları puan ortalamalarının NSAID tedavisinden önceki iki siklusun puan ortalamalarından daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 20). Bu beklendik bir durumdur. Günümüzde oral kontraseptif kullanmak istemeyen kadınlar için ilk seçenek NSAID'lerdir. NSAID'lerin tüm ay boyunca kullanılmaları gerekmediğinden oral kontraseptiflere göre hasta uyumunun daha iyi olduğu kabul edilmektedir (15).

Tablo 21 ve Grafik 10'da tedavi öncesi birinci ve ikinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir ($P>0.05$). Bu beklendik bir durumdur. Uygulamaya başlamadan önce gruplar arasında denklik olduğunu göstermektedir.

Tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$), (Tablo 22, Grafik 10).

Bu sonuç, refleksolojinin etkisinin NSAID'lerin etkisine paralel olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Literatür taraması sırasında, refleksoloji ile NSAID'lerin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanamamıştır. Fakat, Pouresmail ve Ibrahimzadeh primer dismenoreli üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmalarında akupresür, Ibuprofen ve Sham akupresürü (uygun olmayan noktaya yapılan akupresür) karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda akupresür ve Ibuprofen'in arasında fark olmadığını fakat her ikisinde Sham akupresürden daha etkili olduğunu bulmuşlardır (60). Iorna ve arkadaşları akupunktur ve NSAID'leri karşılaştırmışlar ve altı aylık izlem sonunda birbirine yakın etkiler gösterdiklerini söylemişlerdir(33).

Tedavi süreci ikinci siklusta; menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubunun puanlarının NSAID grubundan daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 22, Grafik 10). Burada, refleksolojinin kümülatif bir etki gösterdiği söylenebilir. Sonuç, Wu ve arkadaşlarının kulak üzerindeki özel noktalara vurma ve baskıyla yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Wu ve arkadaşları üç siklus takip ettikleri primer dismenoreli olgular üzerinde oral Indoxmeixin'den daha yüksek etki elde etmişlerdir (84).

Toplam puan ortalamalarına benzer şekilde; tedavi süreci birinci siklusta; ağrı alt grubu puanları açısından iki grup arasında bir farklılık olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta, refleksoloji grubunun premenstrüel dönem puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 23, Grafik 11). Ağrının daha yoğun olduğu menstrüel dönemde farklılık olmadığı halde, premenstrüel dönemdeki gruplar arası farklılığı açıklamak zordur. Fakat her iki dönemde de refleksolojinin etkili olduğu

söylenebilir. Literatürde NSAID'lerin primer dismenorede %70-90 etkili olduğu, etkisiz olduğu durumlarda başka bir NSAID grubun denenmesi gerektiği önerilmektedir. Ayrıca, başarısız sonuçlarda uygun doz ve sıklıkta kullanılmamasının etkili olduğu belirtilmektedir (15). Fakat, refleksolojinin premenstrüel dönemdeki ağrı oluşum mekanizmasını etkilemiş ve ağrının oluşmasını engellemiş olmasıda bir olasılık olarak düşünülebilir.

Tedavisi süreci birinci siklusta; otonomik reaksiyon alt grubu puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem puanlarının düşük olduğu ve bunun premenstrüel dönemde istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 25, Grafik 12). İki grup arasındaki farkın nedenini açıklamak zordur. Çünkü, refleksolojinin etki mekanizması henüz teorilere dayanmaktadır. Literatürde, refleksolojinin stres ve gerilimi rahatlatmak, kan dolaşımını artırmak ve hemostazisi sağlamak için tamamlayıcı ve alternatif olarak kullanıldığı vurgulanmaktadır (26,65,69,79). Refleksolojinin stres ve gerilimi rahatlatarak, kan dolaşımını artırarak ve hemostazisi düzenliyerek etkili olmuş olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, NSAID'ler PMS olgularında baş ağrısı gibi fizik bulgular için önerilmektedir. İlaveten, gastrointestinal yakınmalar başta olmak üzere baş dönmesi, sinirlilik, kulak çınlaması, bulanık görme gibi yan etkileri vardır (8,15,85). Otonomik reaksiyon alt grubunun baş dönmesi-baygınlık hissi, soğuk terleme, bulantı-kusma ve ateş basması semptomlarından oluştuğunu düşünürsek belki daha açıklayıcı olabilir.

Tedavisi süreci birinci siklusta; negatif duygulanım alt grubu puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta refleksoloji

grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem puanlarının düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 26, Grafik 13). Bu da refleksolojinin stres ve gerilimi azaltıcı etkilerine paralel bir sonuç olarak kabul edilebilir. Bu sonuç literatür ile uyumludur (25,55,57,61,65,83).

Tedavi süreci birinci siklusta; konsantrasyon bozukluğu alt grubu puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem puanlarının düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), (Tablo 27, Grafik 14). Bu bulgular doğrultusunda; refleksolojinin negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğu semptomlarını azaltmada daha etkili olduğu söylenebilir.

Tedavisi süreci birinci ve ikinci siklularda; refleksoloji grubu ile NSAID grubu su retansiyonu, davranış değişiklikleri, canlanma ve kontrol alt gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$), (Tablo 24, 28, 20, 30). Bu sonuçlar; bu alanlarda, refleksolojinin etkisinin NSAID'lerin etkisine paralel olduğu şeklinde yorumlanabilir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Perimenstrüel distres, tüm kadın popülasyonunun %90-95'ini yaşamlarının belirli dönemlerinde en az bir kez etkileyen, vücut sistemlerine ait çok yaygın ve çeşitli septomlar içermektedir. Refleksolojinin, perimenstrüel distresi hafifletmede etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmaya;

1. Son altı aydır düzenli menstrüasyon gören,
2. Menstrüel siklusu 22-35 gün arasında olan,
3. Menstrüasyon süresi yedi günden uzun olmayan,
4. Oral kontraseptif ya da RİA kullanmayan,
5. Jinekolojik sorunu olmayan,
6. Psikiyatrik sorunu olmayan,
7. Daha önce perimenstrüel distres tedavisi almamış olan,
8. Son üç aydır kronik bir rahatsızlığı olmayan ve büyük bir operasyon geçirmeyen kız öğrenciler dahil edilmişlerdir.

Premenstrüel, menstrüel ve menstrüasyon sonrası dönem puanları eşit olanlar ve menstrüasyon sonrası dönem puanları yüksek olan olgular örnekleme dahil edilmemiştir. Araştırma süresince, jinekolojik, psikiyatrik bir sorunu ortaya çıkan ya da menstrüel siklusu etkileyecek herhangi bir tedavi alan olgular araştırma dışı bırakılmıştır.

Refleksoloji ve NSAID grupları; yaş grubu, medeni durum, beden kitle indeksi, beslenme ve spor/egzersiz alışkanlıkları bakımından incelenmiş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($P>0.05$).

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, menstrüel distres şikayet listesinden aldıkları puan ortalamalarının; refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Menstrüel dönem semptomlarında %46.54, premenstrüel dönem semptomlarında %44.99 azalma olmuştur. Araştırma sonucunda H1 hipotezi desteklenmiştir.**

Sekiz alt semptom grubunun refleksoloji uygulaması ile zaman içindeki değişimi ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, ağrı alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Menstrüel dönem ağrı puanlarında %43.36, premenstrüel dönem ağrı puanlarında %49.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem ağrı semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir. Refleksoloji uygulaması ile ağrıların hafiflediği ve etkinin uygulama sonrası da devam ettiği gözlenmiştir.**

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, su retansiyonu alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Menstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %42.45, premenstrüel dönem su retansiyonu puanlarında %34.60 azalma olduğu,**

premenstrüel dönem su retansiyonu semptomlarında ağrının aksine daha az gerileme olduğu belirlenmiştir.

Refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönemlerinde, otonomik reaksiyon alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$), Otonomik reaksiyon alt grubu puan ortalamalarının, refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji uygulanan iki siklusa göre menstrüel dönemde bir değişim göstermediği ($P>0.05$), fakat premenstrüel dönemde bir artış gösterdiği ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Menstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %46.24, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon puanlarında %52.53 azalma olduğu, premenstrüel dönem otonomik reaksiyon semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir.

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, negatif duygulanım alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Refleksoloji uygulaması ile menstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.00, premenstrüel dönem negatif duygulanım puanlarında %47.83 azalma olduğu belirlenmiştir.**

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, konsantrasyon bozukluğu alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının

refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Buna karşın, konsantrasyon bozukluğu puanlarının refleksoloji uygulaması ile refleksoloji sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim göstermediği belirlenmiştir ($P>0.05$). **Menstrüel dönem konsantrasyon bozukluğu puanlarında %54.05, premenstrüel dönem konsantrasyon bozukluğu puanlarında %53.26 azalma olduğu gözlenmiştir.**

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, davranış değişiklikleri alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Menstrüel dönem davranış değişiklikleri puanlarında %45.16, premenstrüel dönem davranış değişiklikleri puanlarında %55.68 azalma olduğu, premenstrüel dönem davranış değişiklikleri semptomlarında daha fazla gerileme olduğu gözlenmiştir.**

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, canlanma alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Puan düşüşü refleksolojiyi bıraktıktan sonra da devam etmiştir ($P<0.05$). Bu beklendi bir durum değildir ve davranış değişiklikleri semptomlarının bu kadar ciddi düşüş gösterdiği bir grupta canlanma puanlarının**

artması beklenir. Bu durum, kişilerin negatif yakınmalarının azalması ile pozitifleri ayırt etmekte duyarsızlaştıkları şeklinde yorumlanmıştır.

Refleksoloji grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde, kontrol alt grubundan aldıkları puan ortalamalarının, refleksoloji uygulanan iki siklus süresince ve refleksolojiyi bıraktıktan sonraki iki siklusta, refleksoloji öncesine göre daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). **Menstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %60.27, premenstrüel dönem kontrol alt grubu puanlarında %50.00 azalma olduğu, menstrüel dönem kontrol alt grubu semptomlarında daha fazla gerileme olduğu belirlenmiştir.**

Sekiz alt semptom grubunun puan değişimleri menstrüel dönemlere göre incelendiğinde; **en yüksek puan değişimi (%60.27) kontrol alt grubunun menstrüel döneminde, en düşük puan değişimi ise (%34.60) su retansiyonu alt grubunun premenstrüel döneminde kaydedilmiştir.**

NSAID grubunun menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerinde menstrüel distres şikayet listesinden NSAID tedavisi gördükleri iki siklus aldıkları puan ortalamalarının, NSAID tedavisinden önceki iki siklusun puan ortalamalarına göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tedavi öncesi birinci ve ikinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($P>0.05$). Böylece **refleksoloji uygulamasına ve NSAID tedavisine başlamadan önce gruplar arasında denklik olduğu belirlenmiştir.**

Tedavisi süreci birinci siklusta; menstrüel, premenstrüel ve menstrüasyon sonrası dönemlerde refleksoloji grubu ile NSAID grubunun puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta menstrüel ve premenstrüel dönemlerde refleksoloji grubunun puanlarının NSAID grubundan daha düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Toplam puan ortalamalarına benzer şekilde; tedavisi süreci birinci siklusta; ağrı ve otonomik reaksiyon alt gruplarının puanları açısından refleksoloji ve NSAID grupları arasında bir farklılık olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta refleksoloji grubunun premenstrüel dönem puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda; **refleksolojinin premenstrüel dönem, ağrı ve otonomik reaksiyon alt gruplarının semptomlarını azaltmada daha etkili olduğu düşünülmüştür.**

Tedavisi süreci birinci siklusta; negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğu alt gruplarının puanları açısından refleksoloji ve NSAID grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($P>0.05$), ikinci siklusta refleksoloji grubunun menstrüel ve premenstrüel dönem puanlarının düşük olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). Bu bulgular doğrultusunda; **refleksolojinin negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğu semptomlarını azaltmada daha etkili olduğu düşünülmüştür.**

Tedavisi süreci birinci ve ikinci siklularda; refleksoloji grubu ile NSAID grubu su retansiyonu, davranış değişiklikleri, canlanma ve kontrol alt gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Bu sonuçlar, **su retansiyonu, davranış değişiklikleri, canlanma ve kontrol alt**

gruplarında refleksolojinin etkisinin NSAID'lerin etkisine paralel olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Araştırma süreci boyunca elde edilen deneyimler ve sonuçlar doğrultusunda öneriler;

Refleksolojinin etki mekanizması henüz belli olmasa da, stres ve gerilimi rahatlatıcı, kan dolaşımını artırıcı ve hemostazisi sağlayıcı özelliklerinin sağlığı yükseltici olması ve yan etkilerinin olmaması nedeniyle tamamlayıcı bir tedavi olarak kullanılması,

Ebe ve hemşirelerin bu tip tamamlayıcı tedavileri bağımsız fonksiyonları olarak öğrenmesinin ve kullamasının uygun olabileceği,

Perimenstrüel distreste, psikolojik semptomları hafifletmek için NSAID'lerle birlikte tamamlayıcı bir tedavi olarak uygulanabileceği,

NSAID'leri kullanmasının sakıncalı olduğu veya yan etkileri nedeniyle kullanmak istemeyen kadınlar için tamamlayıcı bir tedavi olarak uygulanabileceği,

İleride refleksolojinin etkinliğini göstermek için daha büyük örnekleme sahip, daha fazla siklus süresince izlem yapılabilen ve plasebo grubu olan farklı araştırmaların planlanması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

PERİMENSTRÜEL DİSTRESİN HAFİFLETİLMESİNDE REFLEKSOLOJİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Araştırma, refleksolojinin, perimenstrüel distresi hafifletmede etkisini belirlemek amacı ile planlanmış ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yürütülmüştür. Örneklemi, kriterlere uygun ve çalışmaya katılmaya gönüllü; 31 kişi refleksoloji (deney) grubu ve 33 kişi NSAID tedavi (kontrol) grubu olmak üzere toplam 64 kız öğrenci oluşturmuştur. Gerekli tüm izinler yazılı olarak alınmıştır. Veri toplamada; Birey Tanıtım Formu, Birey İzlem Formu” ve “Menstrüel Distres Şikayet Listesi (MDQ)” kullanılmıştır.

Olgular, iki siklus refleksoloji ve NSAID tedavi öncesi, iki siklus tedavi süresince ve ayrıca refleksoloji grubu iki siklus ta refleksoloji sonrasında izlenmiştir. Verilerin analizinde; sayı, yüzde dağılımı, Ki-kare (Chi-Square) testi, Fisher's ki kare önemlilik testi, Paired Sample T Testi, Independent Sample T Testi ve Cronbach alfa kullanılmıştır.

Araştırmada, uygulanan refleksoloji sonucu, perimenstrüel distres puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş kaydedilmiştir ($P<0.05$). Menstrüel dönem semptomlarında %46.54, premenstrüel dönem semptomlarında %44.99 azalma olmuştur. Refleksoloji bırakıldıktan sonraki iki siklus süresince de puanlarda anlamlı bir değişiklik olmamıştır ($P>0.05$). Menstrüel distres alt gruplarının her birinin puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olmuştur ve en yüksek puan değişimi (%60.27) kontrol alt grubunun menstrüel döneminde, en düşük puan değişimi ise (%34.60) su retansiyonu alt grubunun premenstrüel döneminde kaydedilmiştir. İlave olarak; tedavi sürecinin ikinci siklusunda, premenstrüel dönem ağrı ve otonomik reaksiyon alt gruplarında ve hem menstrüel hem de premenstrüel dönem negatif duygulanım ve konsantrasyon bozukluğu alt gruplarında, refleksoloji grubu puanlarının, NSAID grubu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom, Dismenore, Refleksoloji,

ABSTRACT

EXAMINATION OF EFFECTS OF REFLEXOLOGY ON RELIEVING PERIMENSTRUAL DISTRESS

The research was planned to determine the effects of reflexology on relieving premenstrual distress and carried out in the School of Nursing in Ege Üniversitesi. The sample was formed of 31-person reflexology (study) group and 33-person NSAID treatment (control) group, which were altogether 64 voluntary girl –students meeting the criteria.

All the necessary permission was officially granted in written form. In collecting data, ‘Personal Introduction Form’, ‘Personal Pursuit Form’, and ‘The Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)’.

The participants were pursued in two cycles before reflexology and NSAID treatment, in other two cycles during reflexology and NSAID treatment and also in another two cycles after reflexology. In analysing the data, the number, percentage dispersal, Chi-Square Test, Fisher’s Test of Chi-Square Vitality, Paired Sample T Test, Independent Sample T Test and Cronbach alfa were made use of.

In the research, as a result of the reflexology applied, it was recorded that there had been a statistically meaningful decrease in the premenstrual distress points ($P < 0.05$).

The menstrual period symptoms decreased by % 46.54, while the premenstrual period symptoms % 44.99. During the two cycles after the reflexology had been stopped, there was no significant change in the points, either ($P < 0.05$). There was a statistically meaningful fall in the points of each of the menstrual distress sub-groups and while the highest score change (% 60.27) was seen in the menstrual period of the sub-control group, the lowest score change (%34.60) took place in the premenstrual period of the water retention subgroup. In addition, in the second cycle of the treatment period, in the premenstrual sub-groups of pain and autonomic reactions and in both menstrual and premenstrual sub-groups of negative feelings and lack of concentration, the scores of the reflexology group were found to be statistically and meaningfully lower than those of the NSAID group ($p < 0.05$).

Key Words: Premenstrual Syndrome, Dysmenorrhea, Reflexology.

KAYNAKLAR

1. Akdeniz, F., Gönül A. F. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri, Ek 2: 70-74.
2. Akdeniz, F., Karadağ F. (2006). Adet Döngüsünün Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi Varmıdır?, Türk Psikiyatri Dergisi, 17, 2.
3. Akyılmaz, F., Özçelik, N., Polat, M. G. (2003). Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı, Göztepe Tıp Dergisi, 18:106-109.
4. Anderson, F.W.J., Johnson, C.T. (2005). Complementary and Alternative Medicine in Obstetrics, Int J Gynecol Obstet, 91: 116-124.
5. Asena, U. (1992). Kadın Doğum, Saray Kitapevi Yayınları, İzmir, 2. Baskı, 205-217.
6. Ayrancı, Ü., Köşgeroğlu, N., Özerdoğan, N. (2005). Premenstrüel Sendrom Üzerine Etkili Değişkenler, Mensürüasyon Esnasında Yaşanan Sıkıntılar ve Başa Çıkma Stratejileri, 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, Ankara, 265.
7. Berber, S., Karaöz, B. (2005). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Döneme İlişkin Yakınmalar ve Bunlara Yönelik Uygulamaların İncelenmesi, 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, Ankara, 246
8. Berek, J., S., Çev.Ed. Erk, A. (2004). Novak Jinekoloji, 13. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 329-435
9. Botting, D. (1997). Review of Literature on The Effectiveness of Reflexology, Complementary Therapies in Nursing & Midwifery, 3:123-130
10. ChaeY., Kim HY., Lee HJ., Park HJ., Hahm DH., An K., Lee H. (2007). The Alteration of Pain Sensitivity at Disease-Specific Acupuncture Points in Premenstrual Syndrome, J Physiol Sci., 57(2): 115-119 .

11. Chang SB., Jun EM. (2003) . Effects of SP-6 Acupressure on Dysmenorea, Cortisol, Epinephrine and Norepinephrine in The College Students, Taehan Kanho Hakhoe Chi, 33(7): 1038-1046.
12. Chen H-M., Chen C-H. (2004). Effects of Acupressure at the sanyinjiao Point on Primary Dysmenorrhoea, Journal of Advenced Nursing, 48 (4): 380-387.
13. Coşkun, A., Karanisoğlu, H. (1992). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 52-54.
14. Coşkun, A., Kızılkaya, N. (1995). İstanbul İlinde Yaşayan Doğuran Çağı Kadınlarda Görülen Perimestruel Şikayet Durumunun Yaş Grupları Açısından Değerlendirilmesi, Hemşirelik Bülteni, C:9, S:35: 35-44.
15. Çalışkan, E., Özeren, S., Çorakçı, A. (2004). Premestriyel Sendromlar ve Primer Dismenore, Galenos Tıp Dergisi, 7, 98, Aralık, 15-18.
16. Çeçen, D. (2004). Bir İşyerinde Çalışan 15-49 Yaş Arası Kadın İşçilerin Perimenstrual Şikayetlerinin ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, CBÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.
17. Çıtak, N. Terzioğlu, F. (2002). Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Primer Dismenoreye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, Sağlık ve Toplum, 12,3, Temmuz- Eylül, 69-80.
18. Çoban, A. (2007).Gebeliğin Son Döneminde Ayak ve Ayak Bileğinde Görülen Fizyolojik Ödemin Azaltılmasında Ayak Masajının Etkisi, EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
19. Daşikan, Z. (2000). Çalışan Hemşirelerin Menstrual Yakınmaların İncelenmesi, EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
20. Derman, O., Öksüz Kanbur, N.Ö., Erdoğan Tokur, T., Kutluk T. (2004). Premenstrual Syndrome and Associated Symptoms in Adolescent Girls, European of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology ,116: 201-206.

21. Domoney, G. L., Vashisht, A., Studd, W. W. (2003). Use of Complementary Therapies by Women Attending a Specialist Premenstrüel Syndrome Clinic, *Gyn. End.*, 17, 1, Feb., 13-18.
22. Durain, D. (2004). Primary Dysmenorrhea: Assessment and Management Update, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 6 November/December, 520-528.
23. Emslie, M.J., Campbell, M.K., Walker, K.A. (2002). Changes in Public Awareness of, Attitudes to, and Use of Complementary Therapy in North East Scotland: Surveys in 1993 and 1999, *Complementary Therapy in Medicine*, 10: 148-153.
24. Ernst, E. (2006). Acupunktur-a critical analysis, *Journal of Internal Medicine*, 259: 125-137.
25. Fadiloğlu, Ç., Usta Yeşilbalkan, Ö. (2005). Kanserli Hastalarda Ayak Refleksolojisinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisinin İncelenmesi, XVI. Ulusal Kanser Kongresi Özet Kitabı, 20-24 Nisan, Antalya, 213.
26. Frankel, B.M.S. (1997). The Effect of Reflexology on Baroreceptor Reflex Sensitivity, Blood Pressure and Sinus Arrhythmia, *Complementary Therapy in Medicine*, 5: 80-84.
27. Gençdoğan, B. (2006). Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek, *Türkiye'de Psikiyatri*, Cilt: 8, Sayı: 2: 81-87.
28. Goodale, I. L., Domar, A. D., Benson, H. (1990). Alleviation of Premenstrüel Symptoms with the Relaxation Response, *Obstetrics & Gynecology*, 75, 4 April, 649-655.
29. Günalp, G. S., Tuncel, Z. S. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tanı ve Tedavi, Pelikan Yayınları, 1. Baskı, 390-494.
30. Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, N., Eğri, M. (1997). Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Sıklığı, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4): 403-406.
31. Habek D., Habek JC., Barbir A. (2002). Using Acupuncture to Treat Premenstrualsyndrome, *Arch Gynecol Obstet*, 267(1): 23-26.

32. Hernandez-Reif, M. (2000). Premenstrüel Symptoms are Relieved by Massage Therapy, J Psychosom Obstet Gynecol, 21: 9-15.
33. Iorno V., Burani R., Bianchini B., Minelli E., Martinelli F., Ciatto S. (2008). Acupuncture Treatment of Dysmenorrhea Resistant to Conventional Medical Treatment, Evid Based Complement Alternat Med., 5(2): 227-230.
34. İnce, N. (2001). Adolesan Dönemde Premenstrüel Sendrom, T Klinik Tıp Bilimleri, 21: 369-373.
35. Jang, H., Lee, M. S.(2004). Effect of Qi Therapy (External Qigong) on Premenstrüel Syndrome: A Randomized Placebo-Controlled Study, The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10, 3: 456-462.
36. Jun E-M., Chang S., Kang D-H., Kim S. (2006). Effects of Acupressure on Dysmenorrhea and Skin Temperature Changes in College students: A non-randomized controlled Trial, International Journal of Nursing Studies, 44: 973-981.
37. Kabalak, A., Urfalıoğlu, A. (2003). Kadın Sağlığına Alternatif Yaklaşımlar, Kadın Doğum Dergisi, 1(4): 244-250.
38. Kaptchuk T. J. (2002). Acupunktur: Theory, Efficacy, and Practice, Ann Intern Med. 136: 324-383.
39. Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk, Psikiyatri Dünyası, 5: 11-14.
40. Karavuş, M., Cebeci, D., Bakırcı, M., Hayran, O. (1997). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom, Tıp Bilimleri Dergisi, 17, 3: 184-190.
41. Kızılkaya, N.(1994). Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, C:8, S:31: 84-91.
42. Kızılkaya, N., Coşkun, A. (1994). Perimenstrual Şikayetlerin Egzersiz, Proğrasif Gevşeme ve Diyet Yöntemleriyle Hafifletilmesi Durumunun İrdelenmesi Ve Yöntemlerin Etkinlik Durumunun Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, 3, 1-17.

43. Kızılkaya, N., Tuncel, N.(1994). Perimenstrual Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, Hemşirelik Bülteni, 8,32: 66-79.
44. Kızılkaya, N. (1995). Premenstrüel Sendrom, Sendrom, Şubat, 26-34.
45. Kızılkaya, N. (1995). Dismenore, Sendrom, Mayıs, 48-53.
46. Kim JS., Jo YJ., Hwang SK. (2005). The effects of Abdominal Meridian Massage on Menstrual Cramps and Dysmenorrhea in Full-Time Employed Women, Taehan Kanho Hakhoe Chi, 35(7): 1325-1332.
47. Kirkpatrick, M K., Brewer, J A., Stoks, B. (1990). Efficacy of Self-Care Measures for Perimentrual Syndrome (PMS), J Adv Nurs, 15:3, March, P.281-5.
48. Lett, A. (2002). The Future of Reflexology, Complementary Therapy in Nursing & Midwifery, 8: 84-90.
49. Lewers D., Clelland JA., Jackson JR., Varner RE., Bergman J. (1989) Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in The Relief of Primary Dysmenorrhea, Phys Ther., 69(1): 3-9 .
50. Long, L., Huntley, A., Ernst, E. (2001) Which Complementary and Alternative Therapies Benefit Which Conditions? A Survey of Opinions Of 223 Professional Organizations, Complementary Therapy in Medicine, 9: 178-185.
51. Mackereth, P.A. (1999). An İntroduction to Catharsis and the Healing Crisis in Reflexology, Complementary Therapy in Nursing & Midwifery, 5: 67-74.
52. Mackereth, P., Dryden, S.L., Frankel, B. (2000). Reflexology: Recent Research Approaches, Complementary Therapy in Nursing & Midwifery, 6, 66-71.
53. Mak H-L,J., Cheon W. C., Wong T., Liu Y. S. J., Tong W.M.A. (2007). Randomized Controlled Trial of Foot Reflexology for Patients with Symptomatic Idiopathic Detrusor Overactivity, Int Urogynecol J, 18: 653-658.

54. McNeill, J.A., Alderdice, F.A., McMurray, F. (2006). A Retrospective Cohort Study Exploring the Relationship Between Antenatal Outcomes, Complementary Therapies in Clinical Practice, 12, 2: 119-125.
55. Mollart, L. (2003). Single-Blind Trial Addressing the Differential Effects of Two Reflexology Techniques Versus Rest, On Ankle and Foot Oedema in Late Pregnancy, Complementary Therapy In Nursing & Midwifery, 9: 203-208.
56. Müderris, İ. İ., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşcı, S., Bayatlı M. (1999). Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı, Klinik Psikiyatri, 2: 197-201.
57. Oleson, T., Flocco, W. (1993) Randomized Controlled Study of Premenstrual Symptoms Treated With Ear, Hand, And Foot Reflexology, Obstetrics & Gynecology, 82, 6, December, 906-911.
58. Özdamar, K. (2001). SPSS İle Biyoistatistik, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 4. Baskı.
59. Öztürk, A. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine Başvuran Kadınlarda Dismenore Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, MN Klinik Bilimler & Doktor 10, 2: 208-213.
60. Pouresmail Z., Ibrahimzadeh R., (2002). Effects of Acupressure and Ibuprofen on the Severity of Primary Dysmenorrhea., J Tradit Chin Med., 22(3): 205-210.
61. Quattrin, R., Zanini, A., Buchini, S., Turello, D., Annunziata, M.A., Vidotti, C., Colombatti, A., Brusaferrro, S. (2006). Use of Reflexology Foot Massage to Reduce Anxiety in Hospitalized Cancer Patients in Chemotherapy Treatment: Methodology and Outcomes, Journal of Nursing Management, 14: 96-105.
62. Rapkin, A. (2003). A Review of Treatment of Premenstrüel Syndrome & Premenstrüel Dysphoric Disorder, Psychoneuroendocrinology, 28: 39-53.
63. Scott, J. R., Disaia, P. J., Hammond, C. B., Spellacy, W. N., Çev. Ed. Erez, S. (1997) Danforth Obstetrik ve Jinekoloji, Yüce Reklam/Yayın/Dağıtım A. Ş., 7. Baskı, 677-678.
64. Sezen, K. (2002). Akupunktur Teorik ve Pratik, MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, 32-51.

65. Stephenson, N.L.N., Weinrich, S.P., Tvakoli, A.S. (2000). The Effects of Foot Reflexology on Anxiety and Pain in Patients with Breast and Lung Cancer, *Oncol Nurs Forum*, 27, 1.
66. Stevinson, C., Ernst, E. (2001). Complementary/Alternative Therapies for Premenstrüel Syndrome: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials, *Am J Obstet Gynecol*, 185, 1, July, 227-235.
67. Stone, J. (2002). Identifying Ethicolegal and Professinol Principles in Reflexology, *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 8: 217-221.
68. Sümbüloğlu, K. (1994). Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler, Özdemir Yayıncılık, Ankara, 4. Baskı.
69. Tabur H., Başaran E. B. Z. (2008). Refleksoloji'ye Giriş, Birleşik Matbaacılık, İzmir, 1. Baskı.
70. Taşcı, K. D. (2005). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Premenstrüel Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi, 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, Ankara, 213.
71. Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 4. Baskı.
72. Taşpınar, A. (2006). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupresürün Etkinliğinin İncelenmesi, EÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
73. Taşpınar, A., Taşcı E., Şen S., Er S., Kavlak O. (2007) Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Perimenstruel Dönemde Yaşam Kaliteleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Palanlaması Kongresi Kitabı, Ankara .
74. Tipping, L., Mackereth, P.A. (2000). A Concept Analysis: The Effect of Reflexology on Homeostasis to Establish and Maintain Lactation, *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 6: 189-198.

75. Tiran, D., Chummun, H. (2005). The Physiological Basis of Reflexology and Its As a Potential Diagnostic Tool, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11, 1, February, 58-64.
76. Tugay, N., Akbayrak T., Demirtürk F., Çıtak Karakaya İ., Demirtürk F. (2007). Effectiveness of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation and Interferential Current in Primary Dysmenorrhoea, *Pain Medicine*, 8(4): 295-300.
77. Vennells, D. F., Çev. Soner, S. (2004). *Refleksoloji*, Ege Meta Yayınları, İzmir, 2. Baskı..
78. Walsh, M. J. (1999). A Randomized, Placebo-Controlled Clinical Trial on the Efficacy of Chiropractic Therapy on Premenstrual Syndrome, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 22,9, November/December ,582-585.
79. Wang M-Y., Tsia P-S., Lee P-H., Cang W-Y., Yang C-M. (2008). The Efficacy of Reflexology: Systematic Review, *Journal of Advanced Nursing*, 62 (5): 512-520.
80. White, A.R., Williamson, J., Hart, A., Ernst, E. (2000). A Blinded Investigation into the Accuracy of Reflexology Charts, *Complementary Therapy in Medicine*, 8: 166-172.
81. Wilhelm Z.A. (2006). *Adım Adım Sağlık: Refleksoloji*, Dharma Yayınları, İstanbul, 3. Baskı.
82. Wilkinson, L. (2002). The House of Lords Select Committee for Science and Technology. Their Report on Complementary and Alternative Medicine and Its Implications for Reflexology..., *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 8: 91-100.
83. Wright, S., Courtney, U., Donnelly, C., Kenny, T., Lavin, C. (2002). Clients' perceptions of the Benefits of Reflexology on Their Quality of Life, *Complementary Therapy in Nursing & Midwifery*, 8: 69-76.
84. Wu RD., Zhang HD., Lin LF. (2007) . Observation on ear point tapping and pressing therapy for treatment of primary dysmenorrhea. *Zhongguo Zhen Jiu*, 27(11): 815-817.

85.www.ilacrehberi.com. 15.07.2008.
86.www.psikoakademi.com, 25.10.2006.
87. Yang YQ., Huang GY. (2008). Study on Effects of Acupuncture on Mice Dysmenorrhea Model and the Mechanism, Zhongguo Zhen Jiu, 28 (2) : 119-121.

EK-I

BİREY TANITIM FORMU

a) Sosyo-Demografik Özellikler

1. Sınıfınız:.....
2. Okul numaranız:.....
3. Kaç yaşındasınız?.....
4. Boyunuz:.....cm, Kilonuz:..... ..kg
5. Nerede ikamet ediyorsunuz?
 - 1) Evde, ailemle birlikte,
 - 2) Evde, arkadaşlarımla birlikte,
 - 3) Öğrenci yurdunda,
 - 4) Diğer:.....
6. Medeni durumunuz nedir?
 - 1) Bekar
 - 2) Evli
 - 3) Dul/Eşinden ayrılmış

b) Obstetrik, Mestrüel ve Sağlık Özellikleri

7. İlk adet yaşıınız:.....
8. Son altı aydır adetleriniz düzenlimi?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
9. Ne kadar sıklıkla (kaç günde bir) adet görüyorsunuz?.....gün.
10. Adetleriniz kaç gün sürer?
11. Şu an bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; hangi yöntemi kullanıyor musunuz?
 - 2) Hayır
12. Doğum yaptınız mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
13. Geçirilmiş önemli bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1) Evet ise; hangi rahatsızlıkları geçirdiniz?.....
 - 2) Hayır
14. Halen devam eden rahatsızlıklarınız var mı?
 - 1) Evet ise; bunlar nelerdir?.....
 - 2) Hayır
15. Şu an jinekolojik (kadın hastalıkları) bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1) Evet ise; bunlar nelerdir?.....
 - 2) Hayır
16. Şu an psikiyatrik veya psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1) Evet ise; bunlar nelerdir?.....
 - 2) Hayır
17. Sürekli kullandığınız bir ilaç/ilaçlar var mı?
 - 1) Evet ise; kullandığınız ilaç/ilaçların isimlerini yazınız:.....
 - 2) Hayır
18. Adet öncesi ve adet döneminizde psikolojik ve fiziksel yakınmalarınız için herhangi bir tedavi gördünüz mü veya kendiniz bir uygulama yapıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; hangi tedavi/uygulama?.....
 - 2) Hayır

c) Alışkanlıklar

19. Hangi grup besinleri daha çok tüketiyorsunuz?

- 1) Sebze ve meyveler 2) Etler 3) Kuru baklagiller 4) Fast-food gıdalar
5) Diğer.....

20. Yemeklerde tuz oranını nasıl kullanırsınız?

- 1) Tuzsuz 2) Az tuzlu 3) Normal 4) tuzlu 5) Çok tuzlu

21. Günde kaç bardak çay, kahve ve kola içersiniz? (Toplam).....bardak.

22. Günde kaç adet çikolata yiyorsunuz?.....adet

23. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet ise; günde kaç adet içiyorsunuz ?.....adet

Kaç yıldır içiyorsunuz?.....yıl

- 2) Hayır

24. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet ise; günde kaç bardak ?.....bardak

- 2) Hayır

25. Sitrle başa çıkmak için kullandığınız bir yöntem varmı?

- 1) Evet ise;hangi yöntem/yöntemler:.....

- 2) Hayır

26. Sürekli yaptığınız bir spor/egzersiz varmı?

- 1) Evet ise; hangi spor/egzersizi yapıyorsunuz?.....

hangi sıklıkla yapıyorsunuz?.....

- 2) Hayır

EK. II

BİREY İZLEM FORMU

1. Sınıfınız:..... Tarih:.....
2. Okul numaranız:..... Telefon No:.....
3. Ne kadar sıklıkla (kaç günde bir) adet görüyorsunuz?.....gün.
4. Adetleriniz kaç gün sürer?.....
5. Şu an bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; hangi yöntemi kullanıyor musunuz?
 - 2) Hayır
6. Son bir ay içinde ortaya çıkmış rahatsızlıklarınız varmı?
 - 1) Evet ise; bunlar nelerdir?.....
 - 2) Hayır
7. Son bir ay içinde kullandığınız bir ilaç/ilaçlar varmı?
 - 1) Evet ise; kullandığınız ilaç/ilaçların isimlerini yazınız:.....
Hangi amaçla kullanıyorsunuz?.....
 - 2) Hayır
8. Son bir ay içinde adet öncesi gerginlik veya adet dönemindeki yakınmalarınız için herhangi bir tedavi gördünüz mü veya kendiniz bir uygulama yapıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; hangi tedavi/uygulama?.....
 - 2) Hayır
9. Hangi grup besinleri daha çok tüketiyorsunuz?
 - 1) Sebze ve meyveler 2) Etler 3) Kuru baklagiller 4) Fast-food gıdalar
 - 5) Diğer.....
10. Yemeklerde tuz oranını nasıl kullanırsınız?
 - 1) Tuzsuz 2) Az tuzlu 3) Normal 4) tuzlu 5) Çok tuzlu
11. Günde kaç bardak çay, kahve ve kola içersiniz? (Toplam).....bardak.
12. Günde kaç adet çikolata yiyorsunuz?.....adet
13. Sigara kullanıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; günde kaç adet?.....adet
 - 2) Hayır
14. Alkol kullanıyor musunuz?
 - 1) Evet ise; günde kaç bardak ?.....bardak
 - 2) Hayır
15. Stresle başa çıkmak için kullandığınız bir yöntem varmı?
 - 1) Evet ise;hangi yöntem/yöntemler:.....
 - 2) Hayır
16. Sürekli yaptığınız bir spor/egzersiz varmı?
 - 1) Evet ise; hangi spor/egzersizi yapıyorsunuz?.....
hangi sıklıkla yapıyorsunuz?.....
 - 2) Hayır

EK III

MESTRÜEL DİSTRES ŞİKAYET LİSTESİ

Bu liste kadınların bir aylık süre içinde (bir siklus) yaşadıkları değişiklikleri belirtmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kadınların adet döneminde, adet hemen öncesindeki bir hafta içinde ve bir haftadan önceki diğer günlerde genellikle yaşadıkları belirtiler verilmiştir. Lütfen; aşağıda açıklanan üç zaman diliminde yaşadığınız belirtilerden her birini puan vererek işaretleyiniz.

I.sütun: adetiniz süresince

II.sütun: adetinizden önceki 7 gün süresince

III.sütun: diğer günler (adet ile adet öncesi 7 gün arasında kalan günler)

NOT: Lütfen adet periyodunuz süresince olan şikayetleri aşağıdaki skalayı kullanarak işaretleyiniz. Genelde olan şikayetleri işaretlemeyiniz.

0- Belirti yok	1- Az	2- Orta	3- Şiddetli	4- Çok şiddetli
----------------	-------	---------	-------------	-----------------

	Adetiniz Süresince (I)	Adetinizden Önceki Bir Hafta (II)	Diğer Günler (III)
1. Kaslarda gerginlik			
2. Kilo alma			
3. Baş dönmesi, baygınlık hissi			
4. Yalnızlık			
5. Baş ağrısı			
6. Ciltte leke, sivilce			
7. Soğuk terleme			
8. Sıkıntı			
9. Ruh halinde değişiklikler (duygulanım)			
10. Karın ağrısı			
11. Memelerde ağrı yada hassasiyet			
12. Bulantı, kusma			
13. Ağlama			
14. Sırt ağrısı, bel ağrısı			
15. Memelerde, karında şişme			
16. Ateş basması			
17. Aşırı hassaslık, alınganlık			
18. Gerginlik			
19. Yorgunluk			
20. Üzgün, hüzünlü olma			
21. Genel ağrılar			
22. Aşırı hareketler(Çabuk Parlama)			

23. Uykusuzluk			
24. Eğitim yada çalışma gücünde azalma			
25. Aşırı sevgi ifadesi			
26. Boğulma, bunalma hissi			
27. Unutkanlık			
28. İlaç alma, yatakta kalma			
29. Düzenli, derli toplu olma			
30. Göğüs ağrısı			
31. Sersemlik hissi			
32. Kararsızlık			
33. Evden dışarı çıkmama			
34. Heyecanlı, telaşlı olma			
35. Kulak çınlaması			
36. Zihni bir noktada toplamada güçlük			
37. Sosyal etkinliklerden kaçınma			
38. İyi mutlu olma duygusu			
39. Çarpıntı hissi			
40. Dalgınlık, şaşkınlık			
41. Verimlilikte azalma			
42. Enerji ve hareketlilikte artış			
43. El ve ayaklarda karıncalanma ve his kaybı			
44. Dikkatsizlik sonucu oluşan küçük kazalar			
45. Gözde uçuşmalar ve görme kaybı			
46. Hareketlerde uyum yetersizliği			
47. İştah artması			

EK. IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-I

(Refleksoloji Masajı Uygulanacak Öğrenciler İçin)

Bu çalışma, size adet döneminizde ve adetinizin hemen öncesindeki bir hafta içinde yaşadığınız şikayetlerinizi önlemeye yönelik bir eğitim yaparak ve kulaklarınız, elleriniz ve ayaklarınızdaki uygun noktalara refleksoloji masajı uygulayarak adet döneminizde ve adetinizin hemen öncesindeki bir hafta içinde yaşadığınız şikayetlerinizi önlemeyi veya azaltmayı amaçlamaktadır.

Refleksoloji, vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir. Günümüzde ABD başta olmak üzere İngiltere, Belçika ve Fransa gibi birçok ülkede çok yaygın olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir. Hiçbir yan etkisi yoktur. Size iki ay süresince, haftada bir defa yarım saat süre ile tedavi uygulanması planlanmaktadır. Tedavi süresince ve takip eden iki ay süresince her adet döneminizin bitiminde şikayetlerinizin şiddetini belirlemek için bir liste doldurmanız istenecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Araş. Gör. Nursen Bolsoy
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin çalışmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:.....

Öğrencinin Adı Soyadı:
İmzası

EK. V

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU-II

(NSAID Tedavisi Uygulanacak Öğrenciler İçin)

Bu çalışma, size adet döneminizde ve adetinizin hemen öncesindeki bir hafta içinde yaşadığınız şikayetlerinizi önlemeye yönelik bir eğitim yaparak ve E.Ü Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Üreme Sağlığı Bölümü tarafından yürütülecek ilaç tedavisi ile adet döneminizde ve adetinizin hemen öncesindeki bir hafta içinde yaşadığınız şikayetlerinizi önlemeyi veya azaltmayı amaçlamaktadır.

Tedavi süresince ve takip eden iki ay süresince her adet döneminizin bitiminde şikayetlerinizin şiddetini belirlemek için bir liste doldurmanız istenecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Araş. Gör. Nursen Bolsoy

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin çalışmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:.....

Öğrencinin Adı Soyadı:

İmzası

EK:VI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2006-109
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
08.12.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.Nursen BOLSOY'un sorumluluğunda 01.07.2006 – 01.07.2007 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Perimestrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkiliğinin İncelenmesi”** konulu araştırması 07.12.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr.Türkan Özbayır
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

Ek: VII



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.EGE.0.82.00.00- 2391
KONU : Uygulama İzni

21 /12/2006

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18/12/2006 gün ve B.30.2.EGE.0..A.00.00.3314 sayılı yazınız.

Yüksekokulumuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlilerinden olup, Enstitünüz Doktora öğrencilerinden Nursen BOLSOY' un " Perimenstrüel Distresin Hafifletilmesinde Refleksolojinin Etkinliğinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/ rica ederim.

Prof.Dr.Zeynep CONK
Müdür

E.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Kayıt No:	3359
Kayıt Tarihi:	21.12.06
Eki	G.S.
Öğrenci İşleri	
Özlük İşleri	
Yazı İşleri	
Muhasebe	
Ayriyet	

EK: VIII

[Google](#) [Gmail](#) [Takvim](#) [Belgeler ve E-Tablolar](#) [diğer »](#)[nursenbolsoy@gmail.com](#) | [Ayarlar](#) | [Yardım](#) | [Çıkış](#)

Posta Ara

Web'de Ara

[Arama seçeneklerini gö:](#)
[Süzgeç oluştur](#)

Posta Oluştur

Gelen Kutusu (8)

[Yıldızlı](#) ☆[Görüşmeler](#) ☕[Gönderilmiş Postalar](#)[Taslaqlar \(1\)](#)[Tüm Postalar](#)[Spam \(1\)](#)[Çöp Kutusu](#)

Kişiler

▼ Hızlı Bağlantılar

[Ara, ekle, ya da davet et](#)● [nursen bolsoy](#)[Durum ayarı](#) ▼● [ŞENAY ÜNSAL A...](#)[azede17](#)[engin](#)[fatmatasatan](#)[hacerkucukkeles](#)[hersennm](#)[meryem_turgut](#)[salimasan](#)[sedat](#)[Selmin Şenol](#)

▼ Etiketler

[Etiketleri düzenle](#)

▼ Bir arkadaşınızı davet edin

[Gmail ürününü ver:](#)[Davetiye gönder](#)

100 tane kaldı

[daveti önizle](#)« [Gelen Kutusu noktasına geri dön](#)[Arşivle](#)[Spam Bildir](#)[Sil](#)

Diğer işlemler...

« [Daha yeni 7 / 30 Eski](#) »RE: Menstruel Distres Ölçeği [Gelen Kutusu](#)☆ [Nezihe Kizilkaya Beji](#) [ayrıntılarını görüntüle](#) 13.10.2006 [Yanıtla](#)

Kullanabilirsin. Başarılar diliyorum.

Nezihe Beji

>From: "nursen bolsoy" <nursenbolsoy@gmail.com>

>To: "Nezihe Beji" <nezihebeji@hotmail.com>

>Subject: Menstruel Distres Ölçeği

>Date: Thu, 12 Oct 2006 13:12:07 +0300

>

>Hocam, merhaba,

>Ben, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları

>AB'da Araştırma görevlisiyim. Tez danışmanım Prof. Dr. Ahsen Şirin. Doktora

>tezimde Perimenstruel distresle ilgili bir konu çalışmayı planlıyorum.

>Sizin

>bu konudaki yayınlarınızı büyük bir ilgiyle okudum. Biz Hocamla birlikte

>vakalarımı değerlendirmek için Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği sizin

>trafınızdan yapılmış olan Menstruel Distres Şikayet Listesi'ni kullanmak

>istiyoruz. Ben ölçeği daha önce kullanan arkadaşlardan elde ettim. Sizce

>de kullanmamızın bir sakıncası yoksa sizden onay yazısı bekliyorum.

>İginiz için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim.

>

>Nursen Bolsoy

>nursenbolsoy@gmail.com

En etkili ve güvenilir PC Korumayı tercih edin, rahat edin!
<http://www.msn.com.tr/security/>« [Yanıtla](#) → [Yönlendir](#) [Nezihe adlı kişiyi Gmail ürününe davet edin](#)

ÖZGEÇMİŞ

Ağustos 1966 yılında Antalya’da doğdu. İlk ve orta öğretimini tamamladıktan sonra Antalya Sağlık Meslek Lisesi, Ebelik Bölümü’nden 1985’te mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu’na kayıt oldu ve 1989 yılında mezun oldu. Yüksekokuldan mezun olmadan; 1988 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Daha sonraki yıllarda Dahiliye Servisi Sorumlu Hemşiresi ve Hastane Başhemşire Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Bu süre içerisinde, Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün 1992 yılında açmış olduğu “Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği” yüksek lisans programına girdi ve 1996 yılında bilim uzmanı oldu. Aynı yıl, Celal Bayar Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’nun açmış olduğu Öğretim Görevlisi sınavını kazanarak Şubat 1997’de göreve başladı. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okullarının Ebelik ve Hemşirelik Bölümlerinin kapatılması kararının ardından 1998 yılında Celal Bayar Üniv. Manisa Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü’nde çalışmaya başladı. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu müdür yardımcılığı ve Manisa Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nün 2002 yılında açmış olduğu “Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği” doktora sınavını kazanmış ve kadrosunun Arş. Gör. Olarak değiştirilmesi sonrasında eğitimine devam etmek üzere Ege Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda görevlendirilmiş olan Nursen Bolsoy evli ve bir çocuk annesidir.