



TC.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

HDK-YL-2013-0001

**GENÇ KIZLARDA PRİMER DİSMENORE VE VÜCUT
KİTLE İNDEKSİ**

MERYEM ERDOĞAN

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. SEVGİ ÖZSOY

AYDIN 2013

TC.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2013-0001

**GENÇ KIZLARDA PRİMER DİSMENORE VE VÜCUT
KİTLE İNDEKSİ**

MERYEM ERDOĞAN

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. SEVGİ ÖZSOY**

AYDIN 2013

KABUL VE ONAY FORMU

ÖNSÖZ

Bu çalışma genç kızların primer dismenore ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gençlik dönemi; fiziksel, sosyal, psikolojik ve buna benzer birçok yönden tam bir geçiş dönemidir. Gençler fiziksel, bedensel ve hormonal olarak belirgin değişim ve gelişim yaşarlar. Genç kızlardaki en büyük değişimlerden biri menarş ve menstrual siklustur. Genç kızlardaki menarş ve menstrual siklus birçok sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir. En yaygın jinekolojik sorunlardan biri olan dismenorenin de yeri tartışılmazdır.

Etrafımda her gün birçok arkadaşımın dismenore nedeniyle sorunlar yaşadığını ve günlük aktivitelerini yerine getiremediğine şahit oluyorum. Aynı şekilde annemin genç kızlık döneminde bu nedenle akşama kadar ağladığını ve yataktan çıkamadığını, kuzenimin de ilaç alıp etkisini gösterinceye kadar ne kadar şiddetli ağrı yaşadığı biliyorum. Bu nedenle dismenore konusunda bir çalışma yapmaya karar verdim.

Dismenorenin birçok risk faktörü vardır. Bunlardan biri de vücut kitle indeksidir. Bu çalışmamda genç kızların dismenore yaşama durumlarını ve vücut kitle indeksi ile bir ilişkisi olup olmadığını araştırmak istedim. Bu bilgilerimin dismenore ile ilgili verilecek eğitim, danışmanlık ve hizmetlerde yararlı olacağını ve dismenore sorunu olan etrafımdaki diğer genç kadınların uygun vücut kitle indeksi ile belki dismenore sorunlarının azaltılmasında katkı yapabileceğimi düşündüm. Araştırma bulgularımın üreme sağlığı ile ilgili eğitim, danışmanlık ve hizmet veren meslektaşlarıma yarar sağlaması dileğimle...

MERYEM ERDOĞAN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
EKLER DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı, Önemi ve Araştırmanın Amacı	1
1.2. Genel Bilgiler	5
1.2.1. Menstrual Siklus Fizyolojisi	5
1.2.2. Dismenore	8
1.2.2.1. Primer dismenore	9
1.2.2.2. Sekonder dismenore	18
1.2.3. Beslenme	18
1.2.4. Vücut Kitle İndeksi=Beden Kitle İndeksi	20
1.2.5. Dismenorede Hemşirenin Rolü ve Önemi	24
2. GEREÇ VE YÖNTEM	28
2.1. Araştırmanın Şekli	28
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
2.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	29
2.5. Veri Toplama Araçları	30
2.6. Verilerin Toplanma Süreci	31
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi	31
2.8. Değişkenler	32
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
2.10. Araştırmanın Güçlükleri	32

2.11. Araştırmanın Etik Yönü	32
3. BULGULAR	34
3.1. Genç Kızların Bireysel Özellikleri	34
3.2. Genç Kızların Menstruasyon ve Dismenoreye Ait Özellikleri	37
3.3. Genç Kızların Vücut Ölçüleri ve Vücut Kitle İndeksinin Dismenore ile ilişkisi	42
4. TARTIŞMA	47
4.1. Genç Kızların Menstruasyon ve Dismenoreye Ait Özellikleri	47
4.2. Genç Kızların Vücut Ölçümleri ve Primer Dismenoreyle İlişkisi	52
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
5.1. Sonuç	54
5.2. Öneriler	57
ÖZET	59
SUMMARY	61
KAYNAKLAR	63
ÖZGEÇMİŞ	70
TEŞEKKÜR	71
EKLER	72
EK 1. Soru Formu	72
EK 2. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İzin Belgesi	78
EK 3. İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu İzin Belgesi	79
EK 4. Gönüllü Olur Formu	80
EK 5. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kurulu Onam Formu	82

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAP:	Bilimsel Araştırma Projeleri
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
FSH:	Folikül stimüle eden hormon
GnRH:	Gonadotrop releasing hormon
GTH:	Prolaktin-Gonadotropik horman
KPSS:	Kamu Personeli Seçme Sınavı
LH:	Luteinize edici hormon
LTH:	Luteotrop hormon
NSAİİ:	Non-steroid antienflamatuar ilaçlar
OR:	Odds ratio
PGE2 veya E2:	Prostaglandin E2
PGF2a veya F2a:	Prostaglandin F2a
SPSS:	Statistical Package for the Social Science
TENS:	Transcutaneous Elektriksel Nervus Stimülasyonu
TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO:	World Health Organization
VAS:	Visual Analogue Scale
VKİ:	Vücut kitle indeksi

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	1.2.2.1.	Ağrı hissetme durumlarına göre dismenore sınıflandırması	9
Çizelge	1.2.2.1.1.	Menstrual siklus fazlarına göre uterus kontraksiyonlarının karakteristikleri	13
Çizelge	1.2.2.1.2.	Dismenorede kullanılan tedaviler	17
Çizelge	1.2.4.1.	Vücut kitle indeksinin sınıflama ve değerlendirmesi	20
Çizelge	1.2.4.2.	Amerika’da 2–20 yaş arasındaki erkek çocuklar için büyüme eğrileri ve VKİ persantilleri	21
Çizelge	1.2.4.3.	Amerika’da 2–20 yaş arasındaki kız çocuklar için büyüme eğrileri ve VKİ persantilleri	22
Çizelge	1.2.4.4.	Türk çocuklarında VKİ (kg/m ²) ve persantil değerleri	23
Çizelge	1.2.5.1.	Dismenorede hemşirelik bakımı planı	27
Çizelge	2.2.1.	Araştırmanın zamanı	28
Çizelge	2.3.1.	Evren ve örnekleme yer alan öğrencilerin okullara göre dağılımı	29
Çizelge	3.1.1.	Sosyo-demografik özellikler	36
Çizelge	3.2.1.	Genç kızların menstrual siklusları ile ilgili bazı özellikleri	39
Çizelge	3.2.2.	Genç kızlar arasında primer dismenore görülme oranı ve primer dismenore olanların bazı özellikleri	41
Çizelge	3.3.1.	Genç kızların kilo ve boylarının dağılımı	42
Çizelge	3.3.2.	Genç kızlarda kilo ve boyun primer dismenore ile ilişkisi	43
Çizelge	3.3.3.	Primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişki	44
Çizelge	3.3.4.	Primer dismenoresi olan genç kızlarda VKİ ile menstruasyon sırasında hissedilen ağrı arasındaki ilişki	44
Çizelge	3.3.5.	VKİ’ne göre zayıf olma ve olmama durumu ile primer dismenorenin ilişkisi	45
Çizelge	3.3.6.	VKİ zayıf olanların olmayanlara göre primer dismenore yaşama riski	45
Çizelge	3.3.7.	VKİ’ne göre normal olma ve olmama durumu ile primer dismenorenin ilişkisi	46

Çizelge	3.3.8.	VKİ'ne göre şişman olma ve olmama durumu ile primer dismenore ilişkisi	46
Çizelge	3.3.9.	Genç kızlar arasında VKİ 20'nin altında olan ve olmayanların primer dismenore yaşama durumu arasındaki ilişki	47
Çizelge	3.3.10.	Genç kızlar arasında VKİ 20'nin altında olan ve olmayanların, dismenore yaşama durumu arasındaki ilişki	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	1.2.1.1.	Kadın üreme eksenini	6
Şekil	1.2.2.1.1.	Primer dismenore'nin patofizyolojisi	12
Şekil	3.1.1.	Genç kızların okudukları okullara göre dağılımı	34
Şekil	3.1.2.	Genç kızların yaş dağılımı	35
Şekil	3.2.1.	İlk adet başlama yaşı	37
Şekil	3.3.1.	Genç kızların VKİ dağılımı	43

EKLER DİZİNİ

EK 1.	Soru Formu	72
EK 2.	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İzin Belgesi	78
EK 3.	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu İzin Belgesi	79
EK 4.	Gönüllü Olur Formu	80
EK 5.	Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kurulu Onam Formu	82

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı, Önemi ve Araştırmanın Amacı

Genç kızlarda sık görülen jinekolojik sorunlardan biri olan dismenore, periyodik, ağrılı menstruasyon olarak tanımlanmaktadır (Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008, Schorge ve ark 2010). Bu ağrı alt karında, orta hatta şiddetli, kramp tarzındadır ve iç kasık bölgesine, bacakların üst bölümlerine yayılabilir (Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Taşkın 2007).

Literatürde dismenorenin genç kadınların %28–87'sini çeşitli derecelerde etkilediği belirtilmektedir (Kamacı ve ark 1996, Çepni 2005, Aykut ve ark 2007, Kaba 2007, Erenel ve ark 2007, Fujiwara ve Nakata 2007, Oskay ve ark 2008, Potur 2009, Ünsal ve ark 2010a). Ülkemizde Kayseri il merkezinde Aykut ve ark (2007)'nin yaptığı bir araştırmada dismenore oranı 10–29 yaş grubunda %76,7 olarak bulunmuştur. Erenel ve ark (2007)'nin bir sağlık meslek lisesinde yaptıkları araştırmada ise, öğrencilerin %46,4'nün her menstrual siklusta, %40,5'nin zaman zaman olmak üzere toplamda %86,9'nun dismenore yaşadığı saptanmıştır.

Dismenore kadınların yaşamını, yaşam kalitesini, günlük aktivitesini ve performansını olumsuz olarak etkileyerek, çalışan ve okuyan kadınlarda iş günü kaybı ve devamsızlığa neden olabilmektedir (Katharyn ve ark 1994, Vicdan 1996, Elizabeth 2001, Çepni 2005, Taşkın 2007). Türkiye'de Vicdan ve ark (1996) lise döneminde ki kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %78,1'inin dismenore yaşadığı ve bu nedenle %25,6'sının okulda devamsızlık yaptıkları saptanmıştır. Kaba'nın (2007) yaptığı çalışmada ise genç kızların %28'inde primer dismenore görüldüğü ve bunların %72'sinin ayda iki gün okula devam etmedikleri saptanmıştır.

Genç kızlar arasında yaygın görülmesine ve günlük yaşamı ciddi oranda etkilemesine rağmen araştırmalar, aileler ve gençlerin, dismenoreyi geleneksel görüşle normal bir olay olarak algıladıkları bu nedenle yeterli danışmanlık hizmeti ve tıbbi yardım almadıklarını göstermektedir (Güler 1996, Erenel ve Şentürk 2007, Banikarim 2011). Banikarim (2011)'in yaptığı derlemeye göre, adölesan çağda dismenoreli kızı olan ailelerden sadece %15 'i tıbbi desteğe başvurmuştur. Erenel ve Şentürk (2007)'ün yaptığı çalışmada ise bu oran %12,7'dir. Güler (1996) ve Erenel ile Şentürk (2007)'ün araştırmalarında genç kızların en fazla annelerinden bilgi aldığı, sağlık personellerinin ise

en az yardım alınan kişiler olduğu belirtilmiştir. Zaten günümüzde dismenore için tedavi edici hizmetlerin dışında, hem sağlık hem de eğitim sistemimizde dismenorenin önlenmesi, hafifletilmesi ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik herhangi bir rutin uygulama, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmemektedir.

Dismenore, primer ve sekonder dismenore olarak iki şekilde sınıflandırılır. Primer dismenorede altta yatan herhangi bir patoloji belirlenemezken, sekonder dismenore organik bir patolojiye bağlıdır (Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008, Schorge ve ark 2010).

Primer dismenore ovulasyonlu sikluslarda görülür. Bu nedenle menarştan sonraki ilk bir iki yılda genellikle sikluslar anovulatuvar olduğundan, primer dismenore, ovulasyonlu siklusların ve menstruasyon düzeninin tam yerleşmesinden sonra ortaya çıkar (Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008). Aykut ve ark (2007) Kayseri il merkezinde 10–50 yaş arasındaki kadınlarda yaptıkları araştırmalarında, dismenorenin %77,5 oranıyla en fazla 20–29 yaş grubunda görüldüğünü ve yaş ilerledikçe dismenore oranının düştüğünü saptamışlardır. Literatürde ve bazı araştırmalarda primer dismenorenin orta ve geç adölesan dönemde sık rastlanan bir sorun olduğu belirtilmektedir (Jolin ve Rapkin 2004, Latthe 2006, Aykut ve ark 2007, Taşkın 2007, Schorge ve ark 2010).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte primer dismenorenin risk faktörleri arasında; menarş yaşının 12'den küçük olması, 30 yaşından küçük olma, uzun ve ağır menstrual akış, doğurmamış olma, bekar olma, vücut kitle indeksinin (VKİ) 20'den küçük olması (Latthe 2006) ve bazı besinlerin (meyve, yumurta, E vitamini, balık, B1 vitamini ve B6 vitaminin az alınması, yağlı yiyeceklerin ve sigaranın ise fazla tüketilmesi) dengesiz tüketilmesi gösterilmiştir (Sundell ve ark 1990, Parazzini ve ark 1994, Harlow ve ark 1996, Balbi ve ark 2000, Atasü ve Şahmay 2001, Latthe 2006, Taşkın 2007, Schorge ve ark 2010). Ziaei ve ark 2001 ve 2005'de yaptıkları deneysel iki ayrı çalışmada E vitamini alan kadınların menstrual ağrılarında belirgin bir azalma olduğunu, Bernard (2000) ise az yağlı diyet uygulayan kadınların primer dismenoresinin önemli derecede azaldığını belirlemiştir. İspanya'da yapılan bir araştırmada, kilo kaybı olan kızlarda menstruasyon düzensizliği ve dismenorede anlamlı derecede artış saptanmıştır (Montero ve ark 2008). Dismenore ile beslenme şekli ve düzeni arasında bir ilişki varlığını araştıran başka çalışmalarda vardır (Harel ve ark 1996, Zhu 2008).

Beslenme; büyüme, gelişme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması açısından, hayatın her döneminde sağlığın temelini oluşturur (Baysal 2004). Ergenlik ve gençlik dönemi yeni alışkanlıkların edinildiği ve bazı alışkanlıkların da değiştiği bir dönemdir. Düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma örüntüsü, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve ayaküstü beslenme biçimi, bu dönemdeki beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerindedir. Günümüzde beslenme kültürü, alışkanlıkları ve beden imajı algısı da değişmiştir. Bunun sonucunda gençler arasında hem obezite hem de manken gibi olma düşüncesiyle anoreksiya nevroza artmıştır (Demirezen ve Coşansu 2005).

Beslenme alışkanlıkları vücudun zayıf, normal, şişman ve obez olarak şekillenmesine neden olmaktadır. Vücudun zayıf, normal, şişman ya da obez olarak değerlendirilmesi de bazı vücut ölçümleri ile belirlenmektedir. Beslenmenin vücut ölçülerine etkisini gösteren ve tıbbın pek çok alanında kullanılan ölçümlerden biri, VKİ'dir. VKİ, vücudun ağırlığı ile (kg) boy uzunluğunun (m²) karesi arasındaki oran hesaplanarak bulunur (WHO 2006). Bulunan VKİ sonucu zayıf, normal, şişman ve obez olarak değerlendirilir. Vücut ölçüleriyle hastalıklar arasında bir ilişki bulunduğunu belirten pek çok araştırma ve literatür vardır (Çatalyürek ve ark 1999, Pekcan 2000, İslamoğlu ve ark 2008, WHO 2011).

VKI'nin dismenore ve menstrual siklus üzerine etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır (Kamacı ve ark 1997, Fujiwara ve Nakata 2007, Ünsal ve ark 2010a). Japonya'da genç kızlarda yapılan bir araştırmada VKİ ile menstruasyonun düzenli veya düzensiz olması arasında anlamlı fark olduğu, ancak VKİ ile dismenore arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Fujiwara ve Nakata 2007). Kamacı ve ark (1997) bir sağlık lisesinde okuyan genç kızlarla yaptıkları araştırmada, vakalar VKİ'ne göre zayıf, normal ve şişman olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu üç grubun dismenore oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Ünsal ve ark (2010a)'nın Eskişehir'de yaptıkları araştırmada da obezite ile dismenore arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Harlow ve ark (1996) ise obezite ile dismenore arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve obezlerde ağrı süresinin diğerlerine göre iki kat daha uzun sürdüğünü belirlemişlerdir.

Literatür ve çalışmalarda primer dismenorenin risk faktörleri arasında VKİ'nin 20'den küçük olması ya da 30'un üzerinde olması yer almaktadır (Parazzini ve ark 1994, Harlow ve ark 1996, Atasü ve Şahmay 2001, Taşkın 2007, Schorge ve ark 2010). Latthe (2006), kadınlarda kronik pelvik ağrıya neden olan faktörler konusunda yaptığı bir sistematik review de, VKİ'nin 20 kg/m²'den küçük olmasını primer dismenore için risk

faktörü olarak belirtmiştir. Literatürde yer almasına karşın primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi araştıran dünyada (Sundell ve ark 1990, Harlow ve ark 1996) ve ülkemizde (Kamacı ve ark 1997, Ünsal ve ark 2010a) çok az sayıda çalışma vardır.

Bu çalışmanın amacı genç kızlarda primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışmanın sonuçları genç kızların önemli üreme sağlığı sorunlarından biri olan dismenore konusunda hemşirelerin yapacağı eğitim ve danışmanlık için bilgi ve kanıt oluşturacak, ayrıca literatüre katkı sağlayacaktır.

1.2. Genel Bilgiler

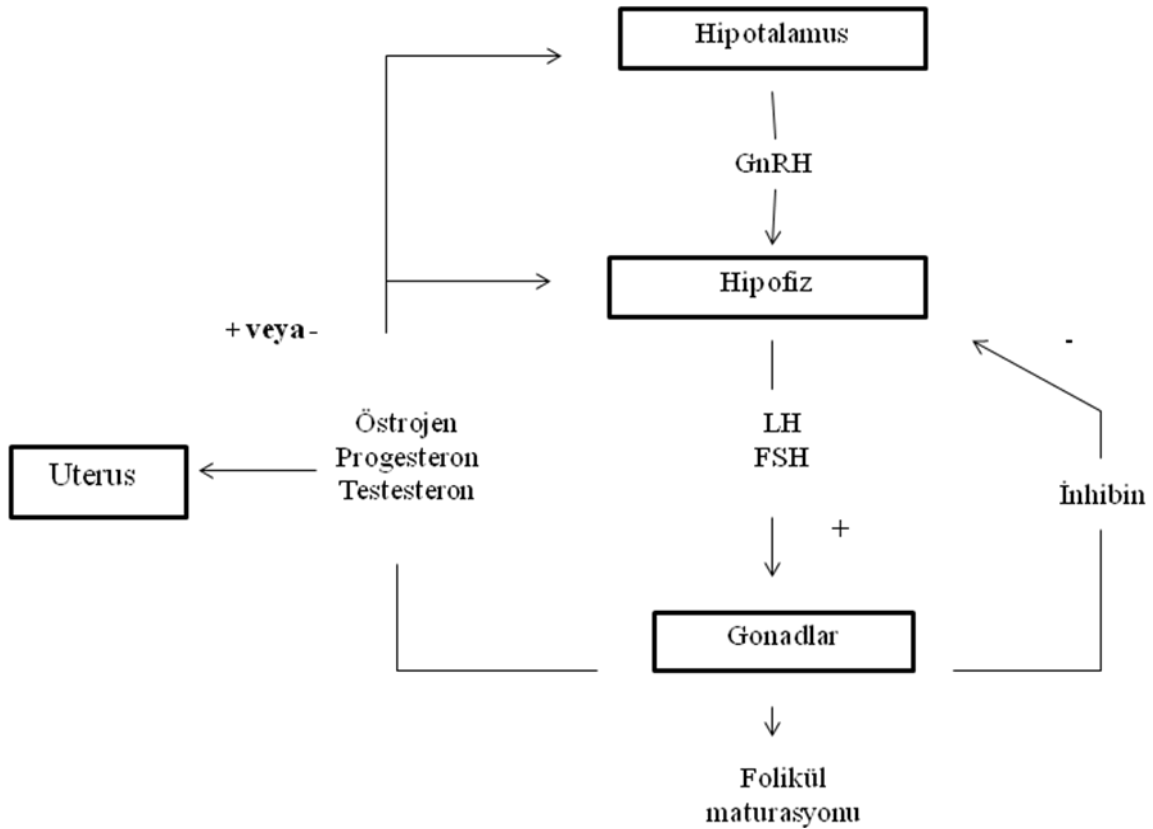
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10–19 yaş grubu ‘Adölesan’, 15–24 yaş grubu ise ‘Genç’ grup olarak tanımlanmaktadır. Adölesan ve gençlik dönemine ait yaşların kesişmesi nedeniyle 10–24 yaş grubu ‘Genç İnsan’ olarak değerlendirilmektedir (Taşkın 2007, WHO 2010). Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen gençlik döneminde; fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve ekonomik değişimler yaşanmaktadır (Taşkın 2007).

Kızlarda gençlik döneminde meydana gelen değişikliklerden biri menarş ve menstrual sıklusdur. Menarşın yaşı birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte ortalama 11–16 yaş arası olarak kabul edilmiştir. Menarştan sonra menstruasyon üremenin bir işareti olarak kadının fertil çağı boyunca sürer (Taşkın 2007, Sevil 2008). Menstruasyon ve üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için hipotalamus, hipofiz ön lobu ve ovaryumlar arasında dengeli bir iletişimin kurulması gerekmektedir (Sevil 2008).

1.2.1. Menstrual Siklus Fizyolojisi

Normal üreme fonksiyonu için, hipotalamus-hipofiz-over eksenin kantitatif ve zamansal düzenin kusursuz olması gerekir (Şekil 1.2.1.1). Hipotalamustaki spesifik nükleus, belirli aralıklarla Gonadotropin-Releasing Hormon (GnRH) salgılar. Bu dekaeptid, hipofiz ön lobunun gonadotrop hücrelerinin dış yüzünde bulunan reseptörlere bağlanır. Gonadotropolar yanıt olarak, glikoprotein yapısındaki gonadotropinleri, yani Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Lüteinizan Hormon (LH) salgılar. FSH ve LH, overde folikülogenezi uyarmanın yanı sıra overde steroid hormonların (östrojen, progesteron ve androjenler) salınımı, gonadal peptidler (aktivin, inhibin ve follistatin) ve büyüme faktörlerinin üretimini bir düzene sokmak için teka ve granüloza hücrelerine bağlanırlar. Overlerde üretilen bu faktörlerin diğer fonksiyonları, GnRH ve gonadotropin salgılanmasını inhibe etmek ya da menstrual sıklus ortasında salgılanmalarını artırmak için hipotalamus ve hipofiz bezini uyarmaktır (Schorge ve ark 2010).

Şekil 1.2.1.1. Kadın üreme eksenini (Schorge ve ark 2010).



Normal menstrüal siklus, vajinal kanamanın ilk günü olarak kabul edildiğinde, 28 ± 7 günde bir gerçekleşen, 4 ± 2 gün süren menstrüal akım olarak tanımlanır. Menstruasyon sırasında yaklaşık 20 ila 60 ml kan, endometrial doku, mukus vb atılır. Menstrual siklusun süresi kadınlar arasında ve kadının üreme yaşamının farklı zamanlarında değişiklik gösterir. Menstrual siklus, 20 ve 40 yaşları arasında çok az değişir. Özellikle, erken menopozal geçiş döneminde daha kısa sürelerle doğru bir eğilim yaygındır, fakat geç geçiş döneminde sürede uzama meydana gelir (Schorge ve ark 2010).

İnsanda normal menstrual siklus ovarial ve endometrial siklus şeklinde iki bölümde incelenebilir. Ayrıca ovarial siklus foliküler ve luteal fazlara, endometrial siklus ise bunların karşılıkları olan sırasıyla proliferatif ve sekretuar fazlara bölünebilir (Palter ve Olive 2004). Kadınların çoğunda menstrual siklusun luteal fazı stabildir ve 13 ile 14 gün arasında sürer. Bu nedenle, normal siklusun uzunluğundaki değişiklikler, genellikle foliküler fazın süresindeki değişikliklerden kaynaklanır (Schorge ve ark 2010).

Menstruasyonun yani adet kanamasını olabilmesi için 5 temel koşul gereklidir. Bunlar:

- Hipotalamustan pulsatil GnRH uyarısı olmalı,
- Hipofizden overleri uyaracak kadar gonadotropin salgılanmalı,
- Overlerde folikül bulunmalı ve gonadotropinlere cevap verebilmeli,
- Endometriyum hormonal uyarılara cevap verebilmeli,
- Menstrual kan akımı için genital yollar normal anatomik yapıda olmalıdır (Atasü ve Şahmay 2001, Sevil 2008).

Endometrium, iki tabakadan oluşur: Myometriyumun üzerinde uzanan “bazal tabaka” ve uterin kaviteye bakan “fonksiyonel tabaka”. Menstrual siklus boyunca belirgin bir değişikliğin olmadığı bazal tabaka, menstrual kanamadan sonra endometriyumun rejenerasyonu için önemlidir. (Schorge ve ark 2010).

Endometrial fonksiyonlar, estrojen ve progesteron hormonları tarafından kontrol edilir. Geç sekretuar ve erken menstrual fazlarda, stromal ve epitelyal tabakaların intersellüler aralıklarında değişik asid hidrolaz aktivite görülür. Hidrolazlar endotelyal hücreler ve şişmiş arteriyol membranlar arasına tedricen yayılırlar. Asid hidrolazlar lizozomlardan çıkar. Progesteronun lizozomlar üzerine stabilize edici etkisi vardır. Geç sekretuar fazda progesteronun çekilmesi ile lizozomal enzimler kaçar ve lizozomlarda desenstabilizasyon başlar. Bu süreç sellüler sindirim ve endometriyal doku nekrozu ile sonuçlanır (Taşkın 2007).

Endometriyal prostaglandinler seks steroidlerinin kontrolü altında üretilir. Prostaglandinler sekretuar fazda endometriyumda birikirler ve arteriollerde lokal vazokonstrüksiyon yaparak menstrual kanamanın olmasına katkıda bulunurlar. Arteriollerde meydana gelen lokal vazokonstrüksiyon fonksiyonel tabakaya kan akımının azalmasına ve dolayısı ile lokal hipoksiye neden olur. Sonuçta kan damarlarında nekroz ve kanama görülür (Taşkın 2007). Prostaglandin F2a (PGF2a veya F2a) ayrıca endometrial dokunun atılımına yardımcı olan myometrial kasılmaları başlatır. Bu kasılmalar bazı kadınlarda dismenoreye neden olur (Schorge ve ark 2010).

Progesteron, hem asit hidrolazlar üzerine hem de prostaglandinler üzerine olan etkisinden dolayı menstruasyon sürecinin ortaya çıkmasında önemli rol oynar. Progesteronun ortamda olmadığı periyodik anovuluar kanamalar, estrojenin düşmesi ile

normal menstrasyondan farklı olan proliferatif fazdaki endometriyumun yıkılması ile gerçekleşir (Taşkın 2007).

Menstrual kanama, rüptüre olmuş kan damarlarının vazokonstrüksiyonu ve hasar görmüş damarlarda pıhtılaşmanın hızla şekillenmesi ile kontrol edilir. Siklusun ikinci gününde re-epitelizasyon gerçekleşir ve dökülmeyen tabakadan gelişen epitel yayılarak soyulan sahayı kaplar (Taşkın 2007).

1.2.2. Dismenore

Yunanca da, “dys” zor, ağrılı ya da anormal, “meno” ay ve “rrhea” dökülme, akıntı anlamına gelir (Fenning 2005). Bu kelimedenden türetilen dismenore (dysmenorrhea), ağrılı adet görme anlamındadır (Atasü ve Şahmay 2001, Çepni 2005, Waller 2005, Taşkın 2007, Can 2008). Dismenore üreme çağındaki kadınların %28–87’sini etkileyen jinekolojik bir sorundur (Kamacı ve ark 1997, Kaba 2007, Fujiwara ve ark 2007, Erenel ve ark 2007, Oskay ve ark 2008, Potur 2009, Unsal ve ark 2010a, Unsal ve ark 2010b).

Dismenore kadınlarda sık görülen jinekolojik sorunlardan biridir. Ancak bütün kadınlar dismenoreyi aynı şiddette yaşamazlar. Bazı kadınlarda ağrı daha hafif ve günlük aktivitelerini etkilemezken, bazı kadınlarda ağrı daha şiddetlidir ve günlük aktivitelerini etkileyerek onları tedavi arayışına iter. Buna yönelik olarak 1982’de Andersh ve Milsom tarafından geliştirilen ve şu anda kabul gören, “ağrı hissetme durumuna göre dismenorenin sınıflandırması” Çizelge 1.2.2.1’de gösterilmiştir. Dismenore primer ve sekonder olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır. (Arısan 1991, Katharyn 1994, Reeder 1997, Atasü ve Şamay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Waller 2005, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008).

Çizelge 1.2.2.1 Ağrı hissetme durumlarına göre dismenore sınıflandırması (Andersch and Milsom 1982).

DERECE	ÇALIŞMA BECERİSİ	SİSTEMİK SEMPTOMLAR	ANALJEZİKLER
Derece 0: Menstruasyon ağrısız ve günlük aktiviteleri etkilemiyor.	Etkilenmez.	Yoktur.	Gereksizdir.
Derece 1: Menstruasyon ağrısızdır Nadiren günlük aktiviteleri etkileyebilir. Hafif derecede ağrı olabilir. Nadiren de analjezik gerektirir.	Nadiren etkilenir.	Yoktur.	Nadiren gereklidir.
Derece 2: Günlük aktiviteler etkilenebilir. Ağrı orta derecedir. Okula devamı etkileyebilir bu nedenle yardım gereklidir ve analjezik kullanılmalıdır.	Orta dereceli etkilenir.	Az vardır.	Gereklidir.
Derece 3: Günlük aktivite net bir şekilde durmuştur. Şiddetli ağrı vardır. Ağrının yanında bulantı, kusma ve diyare gibi etkilerde görülebilir. Analjezikler bile zayıf etkili kalır.	Aktiviteler tamamen durur.	Belirgin olarak vardır.	Zayıf etkilidir.

1.2.2.1. Primer dismenore

Dismenore bazı karakteristik özelliklere sahiptir. Öncelikle dismenore periyodiktir. Dismenorenin bir diğer özelliği ağrının yeri ve yayılımıdır. Dismenoredeki ağrı suprapubik alt-orta hatta kramp şeklinde ve uterin kontraksiyonlarla ilişkilidir. Sırta, bacaklara ve sakral bölgeye doğru yayılan ağrı, vajinal kanama başlangıcından ortalama 12–24 saat önce başlar ve yaklaşık 48–72 saat sonra sonlanır (Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Durain 2004, Can 2008). Ağrıyla birlikte gastrointestinal şikayetler, baş ağrısı, halsizlik, sinirlilik, bacak ağrısı, bulantı-kusma, sık idrara çıkma, ishal ve konstipasyon gibi semptomlar da görülebilir (Kamacı ve ark 1997, Atasü ve Şahmay 2001, Erenel ve ark 2007, Can 2008).

Primer dismenore, adölesanlar ve genç kızlarda görülen en yaygın jinekolojik sorunlardandır biridir (Kamacı ve ark 1997, Reeder 1997, Davis ve Westhoff 2001, Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008). Özelliği, herhangi bir patolojiye bağlı olmaksızın, genellikle ovulasyonlu sikluslarda görülmesidir. Menarştan sonraki ilk 1–2 yıl siklusların %60'ı anovulatuardır veya korpus luteum

yetmezliğine bağlı progesteron salgısı yetersizdir (Atasü ve Şahmay 2001, Banikarim 2011). Bu nedenle primer dismenore menarştan sonraki 1–2 yıl içinde ovulatuarlı sikluslar yerleşince ortaya çıkar (Yıldırım 1992, Atasü ve Şahmay 2001, Waller 2005, Çepni 2005, Taşkın 2007, Banikarim 2011). Adölesanlar, dismenore şikayetlerini menarştan sonra ilk 6 ay anovulatuar sikluslarda deneyimlemezler, bu dönemde ağrı şikayeti varsa genital sistemdeki sorunlar düşünülmelidir. Sağlık personeli bir kadının tıbbi öyküsünü alırken, menstrual ağrıya ilişkin soruları da sormalıdır. Çünkü dismenore yüksek prevalansta deneyimlenmesine rağmen, birçok kadın tıbbi yardım aramamaktadır (Lefebvre ve Pinsonneault 2005). Primer dismenorenin tanısında anamnez en önemli kriterdir.

Primer dismenorenin tanı kriterleri;

- Dismenore menarştan 1–2 yıl sonra başlar.
- Pelvik patoloji yoktur.
- Ağrı genellikle suprapubik bölgede lokalize olup kramp veya spazm şeklindedir.
- Ağrı genellikle adet kanamasından 12–24 saat önce başlar ve adet kanamasıyla birlikte 48–72 saat sürer (Atasü ve Şahmay 2001, Taşkın 2007, Can 2008).

Primer dismenorenin risk faktörleri

Primer dismenorenin nedeni eskiden tamamen psikolojik faktörlere bağlanırken, günümüzde kısmen psikolojik faktörlerin de neden olduğu düşünülmektedir. Kabul edilmiş nedenlerden bazıları şöyledir: dismenorenin anne ve arkadaşlarda etkileri, korku, bilgi eksikliği ve baskı gibi nedenlerle dismenore ortaya çıkabilir (Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008).

Primer dismenorenin risk faktörleri;

- Menarş yaşının 12'den küçük olması,
- Uzun menstrual period,
- Ağır menstrual akış,
- Ailesinde dismenore hikayesi olma,
- 30 yaşından küçük olma,
- Gebe kalmamış olma veya doğurmamış olma,
- Bekar olma,

- Sigara ve alkol tüketimi,
- VKİ'nin 20'den küçük olması,
- Obesite,
- Bazı besinlerin (Meyve, yumurta, E vitamini, balık, B1 vitamini ve B6 vitaminin az alınması, yağlı yiyeceklerin ve sigaranın fazla tüketilmesi) dengesiz tüketimi (Latthe 2006),
- Cinselliğe ilişkin aşırı baskılar,
- Anne ve arkadaşlarının şikayetlerinden etkilenme,
- Menstruasyon konusunda bilgi eksikliği gibi davranışsal ve psikolojik faktörler gösterilmektedir (Andersch ve Milsom 1982, Sundell ve ark 1990, Parazzini ve ark 1994, Harlow ve ark 1996, Balbi ve ark 2000, Taşkın 2007).

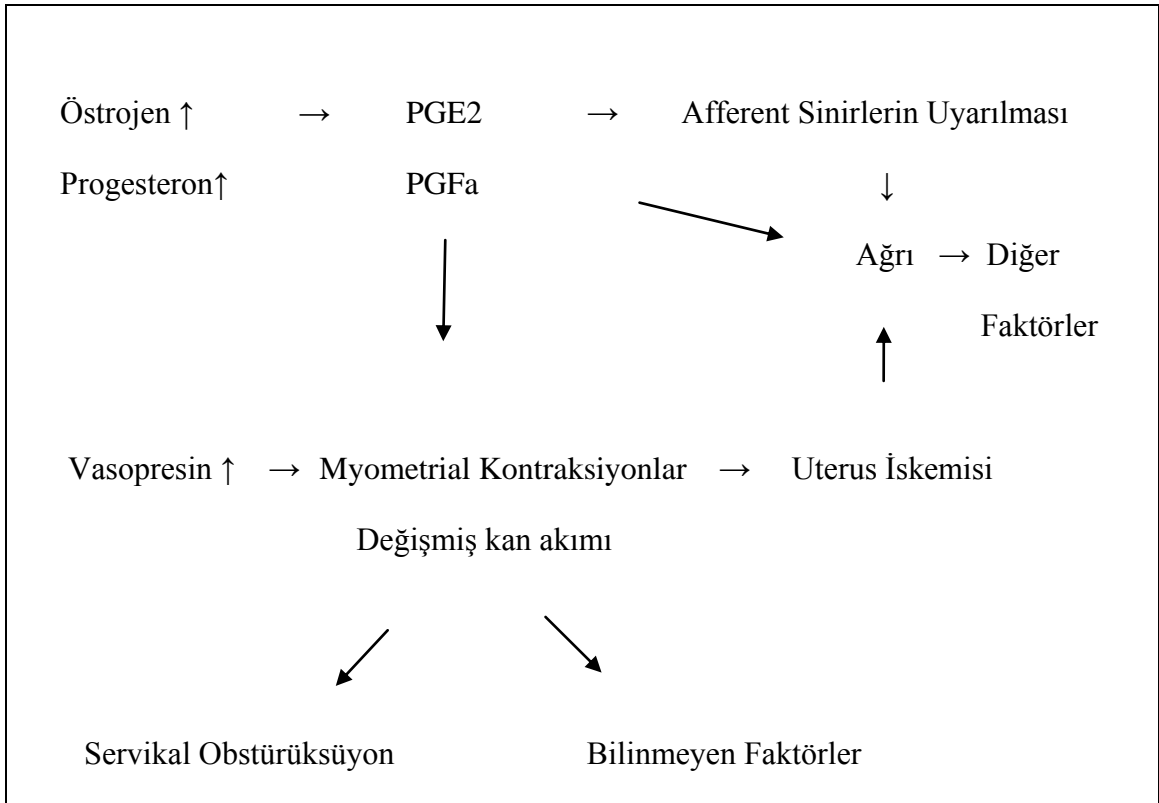
Primer Dismenorede Ağrı Mekanizması

Tarihsel süreç içinde dismenore fizyopatolojisinde, servikal obstrüksiyon, prostoglandin salgısının artmış olması, nöronal iletide değişiklikler ve vazopressin etkisi üzerinde durulmuştur (Atasü ve Şahmay 2001). Günümüzde primer dismenorenin ana nedeni prostoglandinlerdeki artışa bağlı olarak şiddetli uterus kontraksiyonları olduğu kabul edilmektedir (Yıldırım 1992, Atasü ve Şahmay 2001, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008, Smith 2011).

Endometrium ve myometrium prostaglandin sentezi yapabilirler. Steroidlerdeki azalma, progesteronun prostaglandin sentezine karşı inhibitör etkisini ortadan kaldırır ve lokal prostaglandin artışı görülür. Ovulasyondan sonra endometriumda östrojen ve progesteronun etkisiyle proliferasyon fazından sekresyon fazına geçerken PGF2a üç katı kadar artar ve bu artış menstruasyona kadar devam eder. PGF2a myometrium kasılmasına, vazokonstriksiyonuna ve iskemiye; prostaglandin E2 (PGE2 veya E2) ise sinir uçlarının hipersensitivitesine yol açar. Vazopressin konsantrasyonundaki yükseklik myometrial kontraksiyonda artışa neden olur. Bunun sonucunda da dismenore hissedilebilir (Jolin ve Rapkin 2004). Şekil 1.2.2.1.1'de primer dismenorenin patofizyolojisi bulunmaktadır. Aşağıdaki nedenler prostoglandinlerin dismenoredeki rolünü göstermektedir:

- Eksojen prostoglandin E2 ve F2a myometriyumunu kasar ve ağrıya neden olur.
- Anovulatuvar siklusta prostoglandin düşük seviyededir ve genellikle dismenore görülmez.
- Dismenoreli hastaların endometriyumlarında yüksek prostoglandin düzeyi tespit edilmiştir.
- Prostoglandin inhibitörleri dismenoreyi azaltır.
- Prostoglandinler intrauterin alet kullanımı ve endometriozis gibi nedenlerle lokal olarak yükselerek sekonder dismenoreye neden olur (Can 2008).
- Ayrıca prostoglandinler direkt olarak mekanik ve kimyasal yolla ya da indirekt olarak bradikinin türevi maddelerin etkilerini artırmak yoluyla da uterustaki sensitif sinir uçlarını uyarırlar (Atasü ve Şahmay 2001).

Şekil 1.2.2.1.1. Primer dismenorenin patofizyolojisi (Lefebvre ve Pinsonneault 2005).



Primer dismenore de ağrı özellikle uterus kontraksiyonlarının artışı sonucu ortaya çıkar. Ancak künt ağrı patogenezinde uterustaki iskemi de rol almaktadır. Uterusun bazal tonusu yükseldiğinde bu iskemi daha da artarak künt ağrıya neden olabilmektedir.

Dismenoreesi olmayan sağlıklı kadınlarda menstruasyon sırasında uterusun istirahat (bazal) tonusu 10 mmHg'nin altındadır, kontraksiyon tonüsü (amplitüd) ise 120 mmHg'yi geçmemektedir. Uterus kontraksiyonları menstrual fazlara göre karakteristikleri farklılık gösteririr (Çizelge 1.2.2.1.1.). İyi koordine olan kontraksiyonların frekansı her 10 dakikada 3 - 4'dür. Yapılan çalışmalarda menstruasyon sırasında uterus kontraksiyonlarının 2 – 4 dakika arayla geldiği, 30 –60 saniye sürdüğü ve uterus içi basıncın 100 mmHg üzerinde olduğu gösterilmiştir. Uterus bazal tonüsünün 50 mmHg üzerine çıktığı durumlarda dismenoreenin şiddetlendiği görülmüştür. Ayrıca uterus kontraksiyonlarının tonüsü 200–300 mmHg'ye kadar çıktığı durumlarda da ağrı hissi duyulmaktadır. Uterusun istirahat tonusunun yüksek olması primer dismenorede etkindir (Atasü ve Şahmay 2001, Kaba 2007).

Çizelge 1.2.2.1.1. Menstrual siklus fazlarına göre uterus kontraksiyonlarının karakteristikleri (Atasü ve Şahmay 2001)

	Bazal tonüs (mmHg)	Amplitüd (mmHg)	Frekans
Erken proliferatif faz	5–15	5–20	1–2/dk
Geç proliferatif faz	15–20	10–15	2–3/dk
Periovülatuar faz	60	5	4–5/dk
Sekretuar faz	20	20	1–2/dk
Menstrüel faz	0–10	50–300	1–3/dk

Primer Dismenorede Tedavi

Primer dismenorede uygulanan tedavi üç ana grupta toplanmaktadır.

- Nonfarmakolojik yöntemler
- Medikal yöntemler
- Cerrahi yöntemler

Nonfarmakolojik Yöntemler

Lokal sıcak uygulama

Termoterapi olarak da adlandırılan ısı uygulamaları (sıcak/soğuk) ağrının giderilmesinde tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Dismenorede ağrının giderilmesi için uygulanan ısı uygulaması sıcak uygulamadır. Birçok kadın bu dönemde batın alt bölümüne sıcak uygulama yapar. Potur (2009)'un yaptığı deneysel bir çalışmada, alt karın bölgesine düşük ısı uygulayan kızlarda dismenorenin, uygulama yapmayan kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir.

Masaj

Tarih boyunca tüm kültürlerde masaj tedavisinin çeşitli şekilleri geniş bir semptom yelpazesini hafifletmek amacı ile kullanılmıştır. Pek çok ülkede masaj alternatif veya tamamlayıcı bir tedavi olarak görülür (Yavuz 2005). Literatürde dismenorenin tedavisinde masaj önerilmesine karşın, masaj ve dismenoreyle ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Diyet, vitaminler ve bitkisel tedavi

Bir çalışmada, primer dismenore ve premenstrual semptomları bulunan 33 kadına iki ay boyunca az yağlı diyet uygulanmıştır. Bunun sonucunda kadınların ağrısının önemli derecede azaldığı saptanmıştır (Bernard ve ark 2000). Bir başka çalışmada dismenoreli kadına menstrual kanamadan iki gün önce başlayarak kanamanın ilk üç günü belli oranlarda E vitamini verilmiştir. E vitamini alan kadınların menstrual ağrılarında belirgin bir azalma olduğu saptanmıştır (Ziaei ve ark 2001, Ziaei ve ark 2005). Bunların dışında vitamin B1, vitamin B6, balık yağı, japon bitkisi, magnezyum, çinko, diyetle tuz alımının azaltılması, rezene çayı ve bazı bitkilerin alımının dismenoreyi azalttığını belirten literatür ve araştırmalar mevcuttur (Atasü ve Şahmay 2001, Proctor ve ark 2001, Can 2008). Diyet ve vitamin alımındaki çeşitlilik şiddetli menstrual ağrıyı azaltabilir, fakat bu konuda ki çalışmalar çok küçük boyutta ve azdır. Vitamin ve bitkisel tedavilerle ilgili çalışma ve önerilerin az olması nedeniyle günümüzde dismenoreli hastalara rutin olarak önerilmemektedir (Ziaei ve ark 2001, Ziaei ve ark 2005).

Egzersiz

Literatürde ve bazı çalışmalarda basit fiziksel egzersizin dismenore ve menstrual semptomların azaltılmasında olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Çepni 2005, Zhu ve ark 2007, Can 2008). İran'da 15–17 yaş arası primer dismenoresi olan genç kızlarda yapılan araştırmaya göre gevşeme egzersizlerinin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Hoseini ve Sheikh 2010).

Akupunktur

Akupunktur, alternatif tıp terapilerinin en eski biçimlerinden biridir. Çin'de 2000 yıldan uzun bir süredir kullanılmaktadır. Yeri ve özelliği olan belirli noktalara, belirli bir süre akupunktur iğnesi batırılarak uygulanır. Bu noktaları uyarmak için ısı, basınç, sürtünme (friksiyon), emme ve elektromanyetik enerji akımları da kullanılabilir (Doty 2006). Claudia ve ark (2007)'nın Almanya'da yaptığı araştırmada dismenoresi olan kadınlar iki gruba ayrılmış, bir gruba iki ay akupunktur uygulanmış diğer gruba ise uygulanmamıştır. Sonuçta akupunktur yapılan kadınlar menstrual ağrılarında azalma olduğunu ifade etmişlerdir (Claudia ve ark 2007).

Transcutaneous Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Ağrının giderilmesi için ağrılı bölgeye yakın yerlere elektrotlar yerleştirilerek yapılan uygulamaya TENS denir. Kadınların dismenoresinin azaltılmasında faydalıdır. Hastanın beline takılı küçük pilli bir kemerdeki elektrodlardan elektriksel akım hastaya geçer. Elektriksel akımın ağrıyı azalttığı veya durdurduğuna inanılır. Düşük frekanslı TENS'in aksine, yüksek frekanslı TENS ilaçmış gibi verilen maddelere göre dismenore ağrısının rahatlamasında daha etkilidir. TENS'in ağrıyı azalttığı araştırmalarla gösterilmiştir (Lefebvre ve Pinsonneault 2005, Erçalık 2005, Smith 2011). Dismenorenin tedavisinde alternatif bir yöntem olarak önerilmektedir (Smith 2011). Kaplan ve ark. (1994) tarafından primer dismenoreli 81 kadına iki menstrual siklusta TENS uygulanmış, %20'si dismenorede anlamlı derecede azalma olduğunu, %60'ı orta derecede azalma olduğunu ve %10'u ağrıyı etkilemediğini ifade etmiştir.

Medikal Yöntemler

Psikoterapi

Primer dismenoreli genç kadınlarda ilk başta psikolojik olarak, niçin adet gördükleri açıklanmalı, kendi kendilerini tanımaları öğretilmelidir (Çepni 2005). Özellikle anneden kızına geçen davranış özelliklerinin irdelenmesi, kızların menarş öncesinde yeterli bilgiye sahip olması, akademik ve sosyal sorunlara bağlı emosyonel anksiyetenin çözümlenmesi göz önünde bulundurulması gereken temel hareket noktalarıdır (Atasü ve Şahmay 2001).

İlaçlar

Analjezikler, antikolinergikler, düz kas gevşeticileri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), beta adrenerjikler dismenorede kullanılan ilaçlardır (Atasü ve Şahmay 2001). Primer dismenoreden rahatsız kadına, günlük aktivitelerinin düzeltilmesi ve ağrıyı azaltmak için birinci basamak tedavide NSAİİ önerilmelidir (Lefebvre ve Pinsonneault 2005). Alkol tüketimi de dismenoreyi azaltmaktadır (Parrazzini ve ark 1994, Harlow ve ark 1996).

Kombine oral kontraseptifler dismenore üzerinde etkilidir. Oral kontraseptifler ovulasyonu inhibe eder ve bu sayede prostaglandin sentezini azaltır ve ağrıyı geçirir. (Çepni 2005). Oral kontraseptifler primer dismenorenin tedavisi için önerilebilir. Kontraseptifin avantajı, bazı kadınlar için birinci basamak bir tedavi sağlayabilir. Dismenoreye ilişkin ve kanamanın azalması için oral kontraseptif haplar sürekli verilmesi düşünülmelidir (Lefebvre ve Pinsonneault 2005). Kalsiyum kanal blokerleri, uterus kontraktilesini azaltarak etkili olurlar. Nifedipin, Verapamil ve Diltiazem bu amaçla denenmiştir. Fakat bu konuda yeterli çalışma yoktur (Atasü ve Şahmay 2001).

Cerrahi Tedavi Yöntemleri

Cerrahi, dismenorenin yönetiminde son tanı ve tıbbi yardım seçeneğidir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen inatçı vakalarda başvuru olan bir yoldur. Laparoskopi, oral kontraseptif ve NSAİİ ilaçlara karşın hala dismenoresi devam eden kadınlarda düşünülmelidir. Tıbbi alternatifler için arzu istek yoksa, çocuk sahibi olma düşünülmüyorsa, histerektomi dismenorenin giderilmesi için düşünülmelidir (Lefebvre ve Pinsonneault 2005). Servikal obstrüksiyonu önlemek için pesser tatbiki, presakral nevrektomi, pelvik pleksusa vajinal yolla alkol enjeksiyonu, uterosakral ligamentin kesilmesi gibi çeşitli cerrahi yöntemler denenmiştir (Atasü ve Şahmay 2001). Primer dismenorenin yönetiminde presakral nevrektomi kullanımı kanıtı sınırlıdır. Beklenen yararlar rağmen risklerine karşı dikkatli olunmalıdır. Laparoskopik uterosakral ligament rezeksiyonunda dismenorede azalma göstermemektedir. Ayrıca dismenorenin tedavisinde ana tedavi seçeneklerinden biri olarak savunulamaz (Lefebvre ve Pinsonneault 2005). Dismenorede kullanılan tedavi yöntemleri Çizelge 1.2.2.1.2'de verilmiştir.

Çizelge 1.2.2.1.2. Dismenorede kullanılan tedaviler (French 2005).

Müdahale	Öneri Derecesi
Etkili	
NSAİİs	A
Muhtemelen Etkili	
Danazol (Danocrine)*	B
Extended-cycle oral kontraseptif*	B
Histerektomi*	B
Leuprolid asetat(Lupron)*	B
Depo-medroksiprogesteron asetat (Depo-Provera)*	B
Akupunktur/acupressure	B
Vitamin B1	B
Balık yağı takviyeleri	B
Levonorgestrel intrauterin sistem (Mirena)	B
Düşük yağlı vejetaryan diet	B
Oral kontraseptifler (intravajinal yöntem)	B
Oral kontraseptifler (oral yöntem)**	B
Tiamin takviyesi	B
Toki-shakuyaku-san (Japon bitkisi)	B
Lokal ısı	B
Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS)	B
Vitamin E takviyesi	B
Etkinliği Belirsiz	
Magnezyum	C
Egzersiz gibi davranışsal müdahaleler	C
Vitamin B6	C
Gliseril trinitrat	C
Nifedipine (Procardia)	C
Pelvik sinir yolları cerrahi olarak kesilmesi	C
Terbutaline (Bricanyl)	C
Neptune kril yağı	C
Etkisiz	
Spinal manüplasyon	B

A = sürekli, iyi kaliteli, hasta odaklı kanıtlanmış;

B = tutarsız veya kısıtlı etkili hasta odaklı kanıtlanmış;

C = etkinliği tam olarak belirlenmemiş fakat genel kanıda faydası olduğu düşünülen yöntemler.

*Mekanizma: menstruasyonun baskılanması,

** Tutarlı gözlemsel verilere dayalı.

1.2.2.2. Sekonder dismenore

Sekonder dismenore pelvik patoloji ile ilgilidir. Künt, derin pelviste hissedilen ve genellikle bir miktar sırta yayılan ağrı vardır (Can 2008). Ağrı genellikle hayatın ileri dönemlerinde, menarştan yıllar sonra ortaya çıkar, menstruasyon boyunca sürer ve organik bir nedene bağlıdır (Atasü ve Şahmay 2001, Uğur 2001, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008). Sekonder dismenorenin organik nedenleri arasında;

- Endometriozis ve adenomiyozis
- Myoma uteri
- Endometrial polip
- Geçirilmiş pelvik infeksiyonlar
- Rahim içi araç kullanımı
- İç genital organlarda konjesyon
- Uterus pozisyon anomalileri
- Servikal stenoz
- Sağ vena ovarika sendromu
- Travmalar, jinekolojik operasyonlar sonucu oluşan yumuşak doku yırtıkları
- Konjenital uterus anomalileri yer alır (Atasü ve Şahmay 2001).

Sekonder dismenore tedavisi etiyolojiye yöneliktir (Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Schorge ve ark 2010).

1.2.3. Beslenme

Beslenme; büyüme ve gelişme, yaşamın sürdürülmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gıdaların tüketilmesidir (Baysal 2004). Toplum ve onu oluşturan bireylerin sağlıklı ve güçlü olarak yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde, refah düzeyinin artmasında, huzurlu ve güvence altında varlığını sürdürebilmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşullardan birisi, belki de en önemlisidir (Pekcan 2000). Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan enerji ve besin öğelerinin her birinin yeterli miktarlarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu "yeterli ve dengeli beslenme" deyimini ile açıklanır. Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde yeterli ve dengeli beslenme temel koşuldur (Sağlık Bakanlığı 2004).

Türkiye beslenme durumu yönünden hem gelişmekte olan, hem de gelişmiş ülkelerin sorunlarını birlikte içeren bir görünüme sahiptir. Türkiye'de halkın beslenme durumu bölgelere, mevsimlere, sosyo-ekonomik düzeye ve kentsel-kırsal yerleşim yerlerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'de, DSÖ tarafından kronik yetersiz beslenmeyi tarif etmek için kabul edilen kriterlere göre, zayıf annelerin oranı kırdaki %2,6, kentte ise %1,3 olarak belirtilmiştir. Şişmanlık ve obezitede ise oran tam tersidir ve kentte şişmanlık ve obezite oranı %59,7, kırdaki ise bu oran %54,9'dur (Kurtuluş ve ark 2008). Bunun temel nedenlerinin başında gelir dağılımındaki dengesizlik gelmektedir. Bu durum beslenme sorunlarının niteliği ve görülme sıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca beslenme konusundaki bilgisizlik, hatalı gıda seçimi ile yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının büyümesine yol açmaktadır (Pekcan 2000). Yıllar içerisinde ekonomik koşullar ve diğer etkenler dışında, reklamlar, pazara sunulan yeni ürünler ve küresel ölçekte yayılan fast-food (ayaküstü beslenme) gıda toplumun beslenmesini etkilemektedir. Bu değişiklikler beslenme sorunlarına neden olmakta, halk sağlığını etkileyebilmektedir (Demirezen ve Coşansu 2005).

Ergenlik ve gençlik dönemi yeni alışkanlıkların edinildiği ve bazı alışkanlıkların da değiştiği bir dönemdir. Düzensiz öğün ve öğün aralarında atıştırma örüntüsü, ev dışında yemek yeme alışkanlığı ve ayaküstü beslenme biçimi, bu dönemdeki beslenme alışkanlıklarının tipik özelliklerindedir. Günümüzde beslenme kültürü, alışkanlıkları ve beden imajı algısı da değişmiştir. Bunun sonucunda gençler arasında hem obezite, hem de manken gibi olma düşüncesiyle diyet yapma ve anoreksiya nevrosa oranları artmıştır (Sağlık Bakanlığı 2004, Demirezen ve Coşansu 2005).

Beslenme alışkanlıkları vücudun zayıf, normal ve obez olarak şekillenmesine neden olmaktadır. Vücudun zayıf, normal ve obez olarak belirlenmesi de bazı vücut ölçümleri ile değerlendirilir. Bu ölçümlerden biri VKİ'dir (Pekcan 2000). Vücut ölçüleriyle hastalıklar arasında bir ilişki bulunduğunu gösteren araştırmalar vardır. İslamoğlu ve ark (2008)'inin yaptığı bir araştırmaya göre obezitenin kardiyovasküler mortalite ve morbititeyi arttırdığı belirlenmiştir. Pekcan (2000) derlemesinde, bel ve boyun çevresi ile kalp hastalıkları arasında ilişki olduğunu belirtmiştir. Çatalyürek ve ark (1999)'ı koroner arter hastalığı olanların olmayanlara göre vücut kitle indeksinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

1.2.4. Vücut Kitle İndeksi = Beden Kitle İndeksi

Beslenmenin değerlendirildiği ve tıbbın pek çok alanında kullanılan ölçümlerden biri VKİ'dir. (Lohman 1999). VKİ, iki yaşından büyük çocuklarda ve gençlerde klinik olarak obesitenin ve zayıflığın tanımlanmasındaki en önemli belirleyicidir.

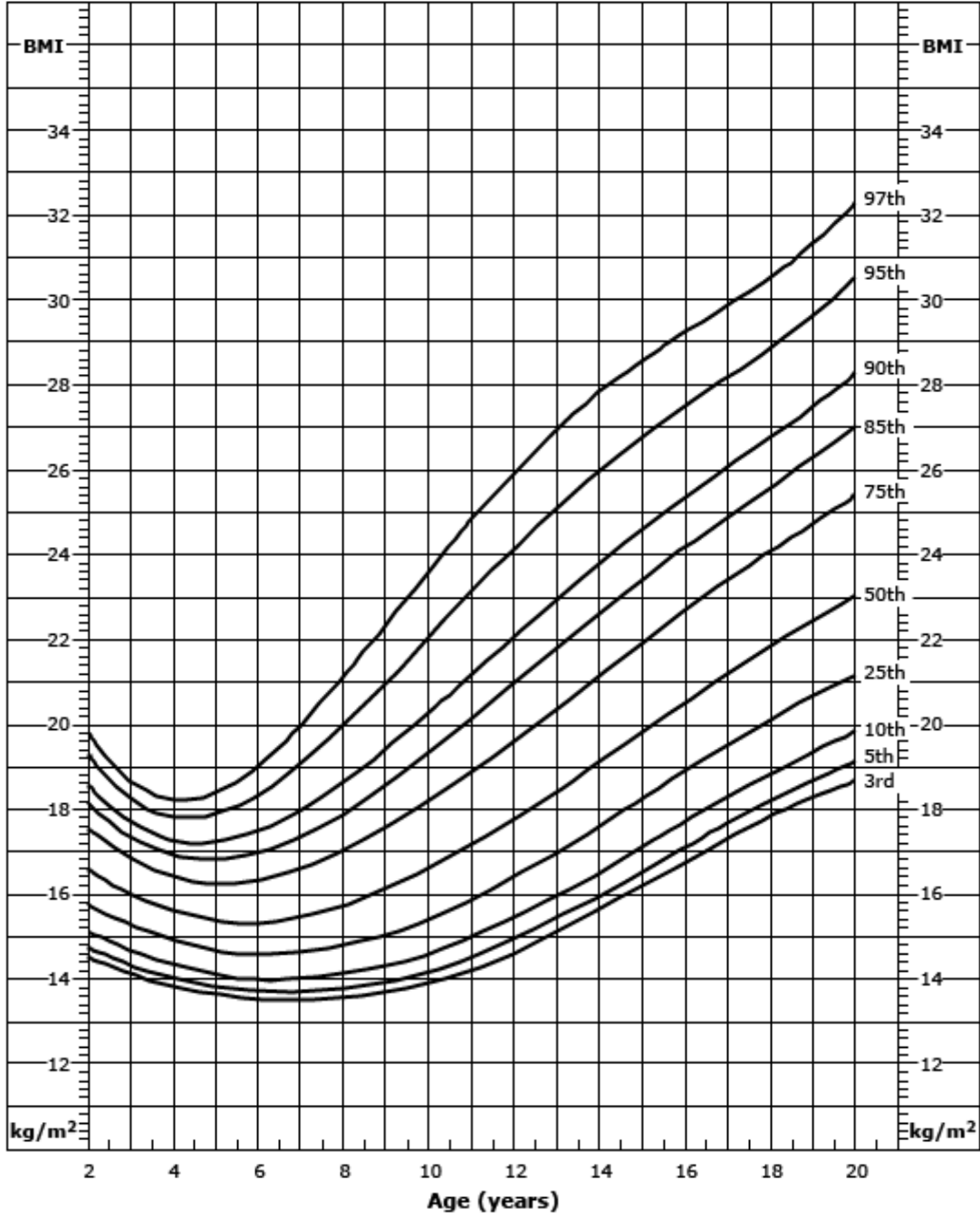
$$\text{VKİ} = \text{kilo (kilogram)} / \text{boy (metre)}^2$$

VKİ yaş, cinsiyet ve pubertal evreye göre değişir. Yetişkinlerde VKİ'nin sınıflama ve değerlendirmesi Çizelge 1.2.4.1.'de gösterilmiştir. Amerika'da 2–20 yaş arasındaki kız ve erkek çocuklar için büyüme eğrileri ve VKİ persantilleri Çizelge 1.2.4.2. ve 1.2.4.3 'te gösterilmiştir. Türk çocuklarında VKİ'leri ve persantil değerleri ise Çizelge 1.2.4.4'te gösterilmiştir.

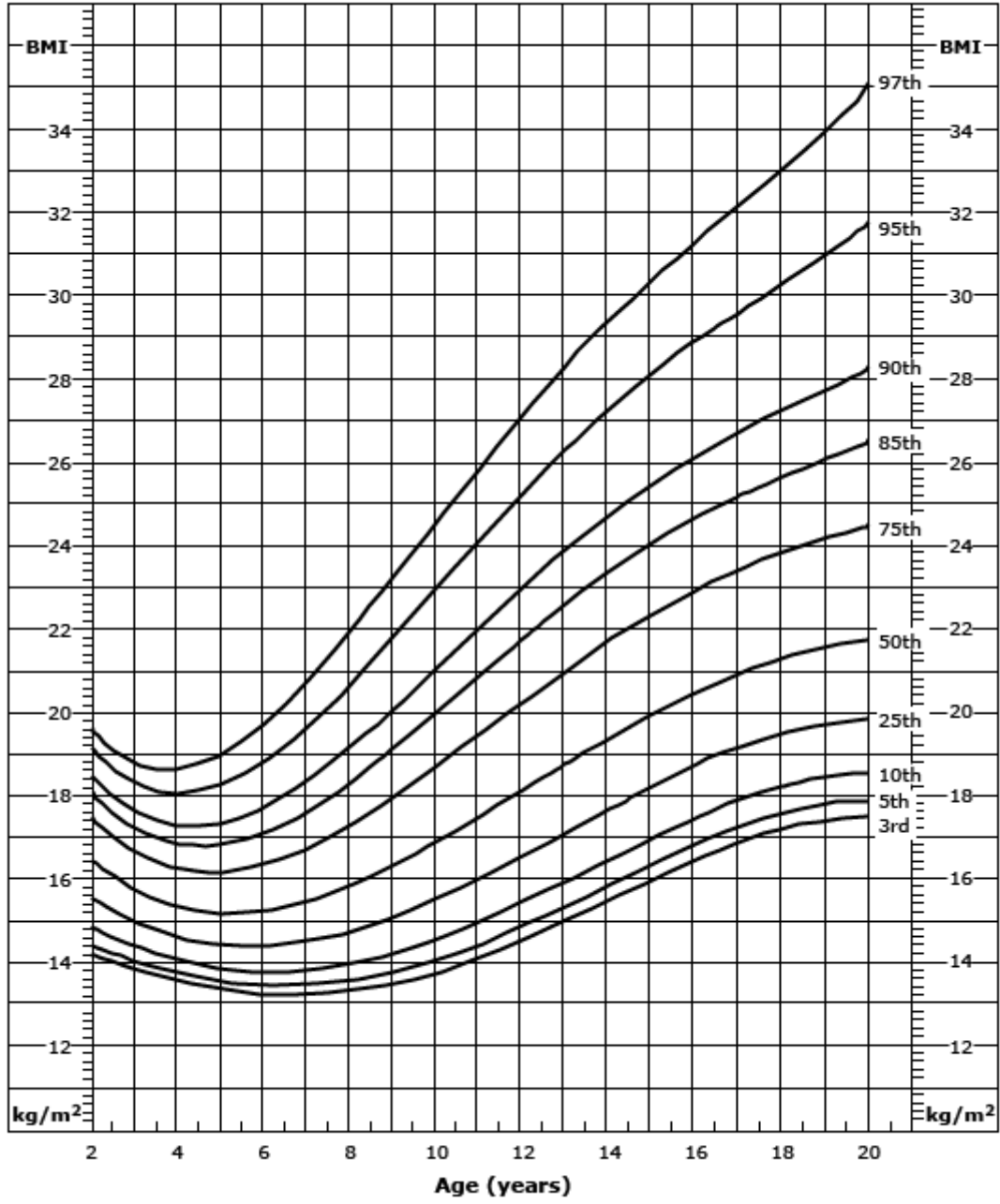
Çizelge 1.2.4.1 Vücut kitle indeksinin sınıflama ve değerlendirmesi (WHO 2006).

VKİ Sınıflaması	Değerlendirme
VKİ < 18.5	Zayıf
VKİ ≥ 18.5 ve < 25	Normal
VKİ ≥ 25 ve <30	Şişman
VKİ ≥ 30	Obez

Çizelge 1.2.4.2. Amerika'da 2–20 yaş arasındaki erkek çocuklar için büyüme eğrileri ve VKİ persantilleri (Philips ve Shulman 2010).



Çizelge 1.2.4.3. Amerika’da 2–20 yaş arasındaki kız çocuklar için büyüme eğrileri ve VKİ persantilleri (Philps ve Shulman 2010).



Çizelge 1.2.4.4. Türk çocuklarında VKİ (kg/m²) ve persantil değerleri (Neyzi ve ark 2008)

Erkek							Yaş	Kız						
5	15	25	50	75	85	95		5	15	25	50	75	85	95
11.4	12.2	12.7	13.7	14.6	15.2	16.1	Doğum	11.4	12.2	12.6	13.5	14.4	14.9	15.8
14.4	15.3	15.8	16.9	18.0	18.6	19.7	3 ay	13.9	14.8	15.3	16.3	17.3	17.9	18.9
15.0	15.9	16.5	17.5	18.6	19.2	20.3	6 ay	14.7	15.4	15.9	16.9	18.0	18.6	19.7
15.1	16.0	16.5	17.5	18.6	19.3	20.4	9 ay	14.8	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.8
14.9	15.7	16.2	17.2	18.3	18.9	20.0	12 ay	14.6	15.3	15.7	16.6	17.7	18.2	19.4
14.7	15.5	16.0	17.0	18.0	18.6	19.7	15 ay	14.5	15.1	15.6	16.4	17.4	18.0	19.1
14.5	15.3	15.7	16.7	17.7	18.3	19.3	18 ay	14.2	14.9	15.3	16.2	17.1	17.7	18.8
14.3	15.0	15.4	16.3	17.3	17.9	19.0	2 yaş	14.0	14.6	15.1	15.9	16.9	17.4	18.5
14.2	14.8	15.3	16.2	17.2	17.7	18.8	2.5 yaş	13.9	14.6	15.0	15.8	16.7	17.3	18.3
13.9	14.6	15.0	15.9	17.0	17.6	18.7	3 yaş	13.8	14.4	14.8	15.5	16.4	17.0	17.9
13.8	14.5	14.9	15.8	16.8	17.4	18.5	3.5 yaş	13.7	14.3	14.7	15.5	16.4	17.0	18.0
13.7	14.4	14.8	15.7	16.7	17.3	18.4	4 yaş	13.6	14.2	14.6	15.4	16.4	17.0	18.1
13.6	14.2	14.7	15.6	16.6	17.2	18.4	4.5 yaş	13.5	14.2	14.6	15.4	16.5	17.1	18.2
13.5	14.2	14.6	15.5	16.5	17.1	18.3	5 yaş	13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.1	18.4	5.5 yaş	13.4	14.0	14.5	15.5	16.6	17.3	18.8
13.4	14.1	14.5	15.4	16.5	17.2	18.5	6 yaş	13.3	14.0	14.5	15.5	16.7	17.5	19.1
13.6	14.3	14.7	15.7	16.9	17.6	19.1	7 yaş	13.3	14.0	14.5	15.6	16.9	17.8	19.7
13.8	14.5	15.0	16.1	17.4	18.2	19.9	8 yaş	13.4	14.2	14.7	15.9	17.4	18.4	20.4
14.0	14.8	15.3	16.5	18.0	19.0	21.0	9 yaş	13.6	14.5	15.1	16.4	18.1	19.2	21.5
14.1	15.1	15.7	17.1	18.9	20.1	22.5	10 yaş	13.9	14.9	15.6	17.1	19.0	20.2	22.6
14.6	15.8	16.5	18.2	20.4	21.7	24.5	11 yaş	14.5	15.6	16.4	18.0	20.0	21.3	23.8
15.2	16.5	17.4	19.3	21.7	23.1	26.0	12 yaş	15.3	16.5	17.3	19.0	21.1	22.3	24.8
15.6	17.0	18.0	19.9	22.3	23.7	26.5	13 yaş	16.3	17.5	18.3	19.9	21.9	23.1	25.4
16.4	17.7	18.6	20.5	22.8	24.2	27.0	14 yaş	17.1	18.3	19.0	20.6	22.5	23.6	25.8
17.2	18.5	19.4	21.2	23.4	24.8	27.6	15 yaş	17.7	18.8	19.5	21.0	22.8	23.9	26.0
18.0	19.3	20.1	21.9	24.1	25.4	28.2	16 yaş	18.1	19.1	19.8	21.2	23.0	24.0	26.1
18.7	19.9	20.7	22.5	24.7	26.1	28.8	17 yaş	18.5	19.5	20.1	21.5	23.1	24.2	26.2
19.2	20.5	21.3	23.1	25.2	26.6	29.4	18 yaş	19.0	19.9	20.5	21.8	23.3	24.3	26.1

1.2.5. Dismenorede Hemşirenin Rolü ve Önemi

Kadınların ortalama %28-87'sini etkileyen dismenore; kadınların yaşamını, yaşam kalitesini, günlük aktivitesini ve performansını olumsuz olarak etkileyerek, çalışan ve okuyan kadınlarda iş günü kaybı ve devamsızlığa neden olabilmektedir (Katharyn ve ark 1994, Elizabeth 2001, Çepni 2005). Dismenore nedeni prostaglandinlere bağlı olsa da, kısmen psikolojik faktörlere, genetiğe, beslenme düzenine, obezite ve VKİ'nin 20'den küçük olması gibi nedenlere bağlanmaktadır (Latthe 2006, Taşkın 2007). Bu nedenle tedavide diğer risk faktörlerine yönelik eğitim, danışmanlık ve bakım uygulanmalıdır.

Aileler ve genç kızlar dismenorenin geleneksel görüşle normal bir durum olmadığı konusunda bilinçlendirilmeli ve bu konudaki uzman sağlık personelinin gerekli eğitimi almaları sağlanmalıdır. Bu durumda kadın sağlığı ve hastalıkları, halk sağlığı, okul sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Bu alanlarda çalışan hemşirelerin özellikle genç kızların menstruasyonla ilgili sorunları konusunda ve bunların çözümüne yönelik yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca bu konudaki bilgi ve donanımlarını ailelere ve genç kızlara aktarabilmek için gerekli eğitim programlarını oluşturup bunları uygulamaları gerekmektedir. Dismenore ile baş etmek için adölesanlara, doktor önerisi doğrultusunda, analjezik kullanımı konusunda da bilinç kazandırılmalıdır.

Dismenoredeki Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımında öncelikli olarak tanılama yapılmalıdır. Genç kızlar pelvik ağrısı olduğunu söylediğinde, ağrının nedenini belirlemek önemlidir. Eğer menstrual ağrının nedeni pelvik hastalıksa, fiziksel muayene bunu belirlemeye yardımcı olur. Tanı testlerinde kültür, tam kan sayımı, idrar tahlili, sedimantasyon hızı, pelvik ultrason, laparoskopi, histereskopi ve histerosalpingografiden yararlanılır (Reeder ve ark 1997, Lefebve ve Pinsonneault 2005). Bu ağrı menstruasyon sırasında ise nedenleri primer dismenore, sekonder dismenore, adenomyozis, uterus anomalileri, endometriazis veya pelvik enflamatuar hastalıkları vb. olabilir (Atasü ve Şahmay 2001, Taşkın 2007, Can 2008, Schorge 2010). Dismenore olarak değerlendirmede şikayetlerin menstrual siklus döneminde ve menstrual semptomlarla birlikte olup olmadığına bakılır. Dismenore tanımlandıktan sonra: günlük aktivitelere etkisine, dismenore nedeniyle oluşan anksiyete ve strese bakılır. Ayrıca diyet ve egzersiz gibi yaşam biçimi ve alışkanlıklar dismenore üzerinde etkili olur (Bernard ve ark 2000, Hoseini ve Sheikh 2010). Değerlendirme

bilgileri toplandıktan sonra hemşirelik tanıları belirlenir (Reeder ve ark 1997). Dismenore ile ilgili hemşirelik tanıları:

- Uterin kasılmalarına bağlı koordinasyonsuz ağrı,
- Tedavi, bakım ve durumla ilgili açıklayıcı bilgi,
- Oluşan emosyonel durum ve girişimsel aktivite ile ilgili bireysel başa çıkmada yetersizlik,
- Bulantı, kusma, ishal ve yorgunluğa bağlı olarak beden gereksiniminden daha az beslenme,
- Şiddetli ağrı ve yorgunluğa bağlı kişisel bakımda yetersizlik,
- Kişisel bakım aktiviteleri ve kontrol kaybı hissine bağlı beden imgesinde bozukluk,
- Benlik saygısında bozulmadır (Reeder ve ark 1997, Karanisoğlu ve Dinç 2008).

Dismenorede hemşirelik bakımı non-farmakolojik kişisel bakım yöntemlerini, reçeteli ve reçetesiz ilaçları içerebilir (Çepni 2005, Taşkın 2007). Kadına ilaçların dozajı, sıklığı ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca üreme organları anatomi ve fizyolojisi ile ilgili eğitim ve dismenore hakkında danışmanlık sağlanabilir. Depresyon, gerginlik ve yorgunluğun azaltılmasında proteini desteği faydalıdır. Bu nedenle B vitamini desteği yardımcı olabilir (Balbi ve ark 2000). Kompleks karbonhidrat ve proteinin az ve sık alınması premenstrual dönemde ortaya çıkan hafif hipoglisemiye yardımcı olur (Reeder ve ark 1997). Bu nedenle dismenoresi olan genç kızlara beslenme eğitiminde verilmelidir.

Kadınların önemli derecede halsizlik hissettiği bu günlerde benlik saygısı ve rol performansları düşebilir (Taşkın 2007). Bu kadınların, normal sağlıklı kadınlar gibi menstruasyona karşı doğru tutum geliştirmeleri yararlı olabilir. Menstrual psikoloji ve fizyoloji açıklamaları, sahip oldukları yanlış kanıları düzeltmeye yardımcı olabilir. Genç kızların, menstruasyon sırasındaki yakınmalar ve ağrı nedeniyle oluşan duygu değişikliklerini kontrol altına almayı yani baş etmeyi öğrenmeleri, günlük aktivitelerini daha rahat sürdürmelerini sağlayabilir. Kadına ağrıyı kesmede etkili yöntemleri bulmasına yardım etmek, aynı zamanda benlik saygısındaki bozulmayı düzeltmede de yardımcı olabilir (Reeder ve ark 1997).

Dismenore birçok stresörlerden biridir. Etkisiz başa çıkma kadının yaşamındaki diğer faktörlere bağlı olabilir. Hemşire stres nedenlerini hafifletme, azaltma veya giderme

yollarını bulması konusunda kadına yardımcı olur. Menstrual ağrıyı azaltacak her girişim kadına yardımcı olur. Dismenoreli kadınlar için beklenen sonuçlar ve dismenoreli kadın için uygun hemşirelik bakım planı (Çizelge 1.2.5.1) aşağıda sunulmuştur.

Değerlendirme:

- Kadının ağrının kesildiğini ifade etmesi,
- Kadının durumu, bakımı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmesi,
- Kadının olumlu başa çıkma becerilerini göstermesi,
- Kadının besin ve sıvı alımının arttığını ifade etmesi,
- Kadının normal yaşantılarına geri döndüğünü göstermesi gerekir (Reeder ve ark 1997, Karanisoğlu ve Dinç 2008).

Çizelge 1.2.5.1. Dismenorede hemşirelik bakımı planı.

Hemşirelik tanıları	Planlama/Girişimler	Değerlendirme
Uterusun kasılmasına bağlı koordinasyonsuz ağrı,	Ağrıya karşı masaj, egzersiz, bazı besinlerden zengin beslenme, sigarayı azaltma önerilir.	Hastanın ağrının kesildiğini ifade etmesi,
Oluşan emosyonel durum ve girişimsel aktivite ile ilgili bireysel başa çıkmada yetersizlik,	Hastanın menstruasyona karşı doğru tutum ve davranışlar geliştirebilmeleri için destek olunur. Tedavi, bakım ve durumla ilgili açıklayıcı bilgi verilmelidir.	Hastanın durumu, bakımı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmesi, Hastanın olumlu başa çıkma becerilerini göstermesi,
Bulantı, kusma, ishal ve yorgunluğa bağlı olarak beden gereksiniminden daha az beslenme,	Depresyon, gerginlik, yorgunluğun azaltılmasında proteini artırmak için B vitamini yardımcı olabilir.	Hastanın besin ve sıvı alımının arttığını ifade etmesi,
Şiddetli ağrı ve yorgunluğa bağlı kişisel bakımda yetersizlik,	Ağrı çok şiddetli ve nonfarmakolojik yöntemlerle geçmezse reçeteli ve reçetesiz ilaçlar önerilir. İlaçların miktarı, zamanı ve yan etkileri konusunda bilgilendirilmelidir.	Hasta kullandığı ilaçların miktarı zamanı, yan etkilerini bildiğini ifade etmesi ve günlük aktivitelerini yerine getirmesi,
Kişisel bakım aktiviteleri ve kontrol kaybı hissine bağlı beden imgesinde bozukluk, benlik saygısında bozulma,	Menstrual psikoloji ve fizyoloji açıklamaları sahip oldukları yanlış kanıları düzeltmeye yardımcı olabilir. Stres nedenlerini hafifletme, azaltma veya giderme yollarını bulması konusunda bireye yardımcı olunur.	Hastanın normal yaşantılarına geri döndüğünü göstermesi.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma genç kızlarda primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinde İstanbul Üniversitesine bağlı Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ile Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan kız öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma için bu okulların seçiminde, araştırmanın amacına uygun olarak, öğrenim gören öğrencilerin büyük çoğunluğunu, 18–24 yaş arasındaki kız öğrencilerin oluşturması etkili olmuştur. Araştırmanın verileri 04 Mayıs 2011–10 Haziran 2011 tarihleri arasında bu okullarda ders saatlerinde ve/veya öğrencilerin uygulamaya çıktıkları kliniklerde toplanmıştır. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Çizelge 2.2.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.2.1 Araştırmanın zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Kasım 2010-Ocak 2011
Tez önerisinin hazırlanması	Şubat-Mart 2011
Soru formunun oluşturulması	Mart-Nisan 2011
Bakırköy Dr. Sadi Konuk ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kuruluna Etik Kurul Başvurunda Bulunulması	Nisan 2011
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Fakültesi'nden resmi izin alınması	Mayıs 2011
Araştırma verilerinin toplanması	Mayıs-Haziran 2011
Verilerin bilgisayar ortamında kaydedilmesi	Haziran-Ağustos 2011
Araştırma verilerinin analizi	Eylül 2011
Araştırma raporunun yazılması	Ekim 2011-Ocak 2013

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2010–2011 eğitim-öğretim dönemi bahar yarıyılına kayıt yaptıran İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda Okuyan 269, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde okuyan 505 toplam 774 kız öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçme yoluna gidilmemiş, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir.

Veri toplama sürecinde Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'ndan 157, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nden 219 toplam 376 öğrenciye ulaşılmıştır. 6 öğrenci araştırmaya dahil olma kriterlerine uymadığı, soru formunu dolduran 4 öğrenci ise vücut ölçülerini aldırarak istemediği için araştırmaya alınmamıştır. Araştırmaya katılım kriterlerine uymayan 10 öğrenci dışında okula devam eden tüm öğrenciler örneklemde yer almıştır. Buna göre evrendeki öğrencilerin %47,2'si (366 öğrenci) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ulaşılan öğrenci sayısının %47,2 ile sınırlı kalmasının nedenleri araştırmanın sınırlılıkları bölümünde açıklanmıştır. Araştırmanın evreni ve örneklemini Çizelge 2.3.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.3.1: Evren ve örnekleme de yer alan öğrencilerin okullara göre dağılımı.

Araştırmada yer alan okullar	2010–2011 bahar döneminde kayıtlı kız öğrencilerin sayısı	Çalışmaya katılan öğrenci sayısı	%
İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu	269	154	57,2
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	505	212	42,0
Toplam	774	366	47,2

2.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Yapılan araştırmalar ve literatür bilgisi doğrultusunda aşağıdaki kriterlere uyan öğrenciler araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

- İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ya da Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda öğrenim gören,
- Daha önce hiç gebe kalmayan,

- Dismenoreye neden olan ya da etki eden bir ilaç kullanmayan,
- Dismenoreye neden olan bir hastalığı olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Verilerin toplandığı günlerde okulda ya da klinik uygulama alanında bulunan tüm kız öğrenciler araştırmaya alınmıştır.

Bu kriterlere uyduğu halde soru formunu tam olarak doldurmayan genç kızlar araştırmadan dışlanmıştır.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında iki yöntem kullanılmıştır.

1. Soru Formu (EK 1): Literatürden (Montero ve ark 1996, Kamacı ve ark 1997, Jolin ve Rapkin 2004, Fujiwara ve ark 2007, Erener ve ark 2007, Potur 2009) yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu, 3 bölüm ve 24 sorudan oluşmaktadır. Bu formda A bölümü öğrencilere ait tanıtıcı bilgileri, B bölümü menstruasyon ve dismenore ile ilgili bilgileri, C bölümü vücut ölçüleri ile ilgili verileri içermektedir.

Literatüre uygun olarak (Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Taşkın 2007, Can 2008, Schorge ve ark 2010) aşağıdaki kriterlere sahip olan genç kızların ağrısı primer dismenore olarak kabul edilmiştir. Literatür doğrultusunda bu kriterler;

- Ağrının her adet döneminde olması ,
- Ağrının bel, kasık yada karın bölgesinde olması,
- Ağrının adetten önceki gün ya da adet ilk günü başlaması,
- Ağrının adetin başlamasından sonraki 48-72 saat içinde geçmesi.

Bu kriterlerin dışında tanımlanan, ağrının başlama zamanı, süresi ve yeri ifadeleri primer dismenore olarak kabul edilmemiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin ağrı şiddetlerini belirleyebilmek için Visual Analogue Scale (VAS) kullanılmıştır. Bu skalaya göre 0-10 cm bir çizgi kullanılmış ve öğrencilerden ağrılarının şiddetini bu çizelge üzerinde göstermeleri istenmiştir. Değerlendirmede 1-3 cm arası hafif, 4-7 cm arası orta ve 8-10 cm arası ise şiddetli ağrı olarak kabul edilmiştir (Larroy 2002).

2. Vücut Ölçülerinin Alınması: Dijital tartı ve boy ölçer kullanılarak öğrencilerin boyu ve vücut ağırlıkları ölçüldü, elde edilen sonuçlara göre VKİ'leri hesaplandı.

2.6. Verilerin Toplanması Süreci

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı (EK 2) ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden (EK 3) yazılı izin alınmıştır. Verilerin toplanmasından önce okulların dekan, müdür, bölüm başkanları ve daha fazla öğrenciye ulaşılabilmesi için her sınıfın o dönem aldığı ana dersin, ana bilim dalı başkanları ziyaret edilerek araştırmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgi verilmiştir. Ayrıca öğrenci işlerinden haftalık ders programı, sınıfların öğrenci sayısı ve listesi temin edilmiştir. Buna göre her sınıfın ana derslerinin olduğu günler saptanarak kura ile belirlenen sıraya göre önce Bakırköy Sağlık Yüksekokulu sonra Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ziyaret edilmiştir.

Veriler dersin son 15-20 dakikası ve takip eden teneffüslerin 5-10 dakikasında sınıflarda toplanmıştır. Öğrencilere önce araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ardından Gönüllü Olur Formu (EK 4) dağıtılarak, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyanlar belirlenmiştir. Bu öğrenciler onamları alındıktan sonra dağıtılan soru formlarını (EK 1) özbildirim yöntemi ile doldurmuşlardır. Soru formunu cevaplayan öğrencilerin uygun şekilde boy ve kilo ölçümleri sınıfta alınarak soru formunun C bölümüne kaydedilmiştir. Sınıflarda veri toplama süreci 20-30 dakika sürmüştür.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences Version 15 (SPSS Inc., IL, USA) programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, sıklık dağılımı, yüzde), VKİ ile ağrının şiddeti arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini belirlemek için korelasyon, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını belirlemek için ki-kare ve t-testi ve primer dismenore oranını belirlemek için odds ratio kullanılmıştır. Sonuçlar, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.8. Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Primer dismenore

Bağımsız Değişken: Boy, kilo, VKİ

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Verilerin toplanması öğrencilerin final sınavlarının yaklaşması nedeniyle yaygın olarak devamsızlık yaptığı dönem sonuna denk gelmiştir.
- Son sınıf öğrencilerinin KPSS'ye hazırlanmaları devamsızlık yapmalarının bir diğer nedenidir. Tüm bu nedenlerle okula devam eden öğrenci sayısı az olduğu için evrenin tümüne ulaşmak mümkün olmamış, genç kızların ancak %47,2'sine ulaşılmıştır.
- Her okulda verilerin toplandığı 2-3 haftalık süre içinde okulda bulunan tüm öğrencilere ulaşılmıştır. Ancak yukarıda açıklanan nedenlerle okula devam oranının düşük olması araştırmada yer alan öğrencilerin oranını etkilemiştir.
- Daha fazla öğrenciye ulaşabilmek için bir sınıfın birden fazla dersine girilmiştir.
- Bu araştırma sadece Bakırköy Sağlık Yüksekokulu ve Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde uygulanmıştır. Bu nedenle sonuçlar tüm kızlar için genellenemez.

2.10. Araştırmanın Güçlükleri

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde tez önerisi bahar döneminin başında, şubat ayında onaylandıktan sonra etik kurul onayı ve araştırmanın yapılacağı okulların dekan ve müdürlüklerinden izin alma süreci uzun sürmüştür. Bu nedenle veriler bahar döneminin son 5 haftasında toplanmıştır.
- Verilerin tek bir araştırmacı tarafından toplanması soru formunu dolduran öğrencilerin vücut ölçümleri için beklemesine neden olmuştur.
- Önceden planlanmamasına rağmen daha fazla öğrenciye ulaşabilmek için öğrencilerin klinik uygulama yaptıkları İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ile Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin ilgili klinikleri ziyaret edilerek daha önce okulda ulaşılamayan öğrencilerin de araştırmaya katılımı sağlanmıştır. Bu

durum önceden planlanan 4 haftalık veri toplama sürecinin iki hafta uzamasına neden olmuştur.

- Okullara ziyaret sırasında veri toplama araçlarının (soru formları, boy ölçer ve tartı aleti) ağırlığı ve hacmi araştırmacının taşımada güçlük yaratmıştır.

2.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma konu, içerik ve yöntem bakımından Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Kurulu ve Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca uygun bulunarak onaylanmıştır.

Araştırma için Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kurulu'ndan etik onam alınmıştır (EK 5). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Öğrencilere Gönüllü Olur Formu (EK 4) ile yazılı, araştırmacı tarafından sözlü bilgi verilmiş ve araştırmaya katılan öğrencilerden yazılı izin alınmıştır.

3. BULGULAR

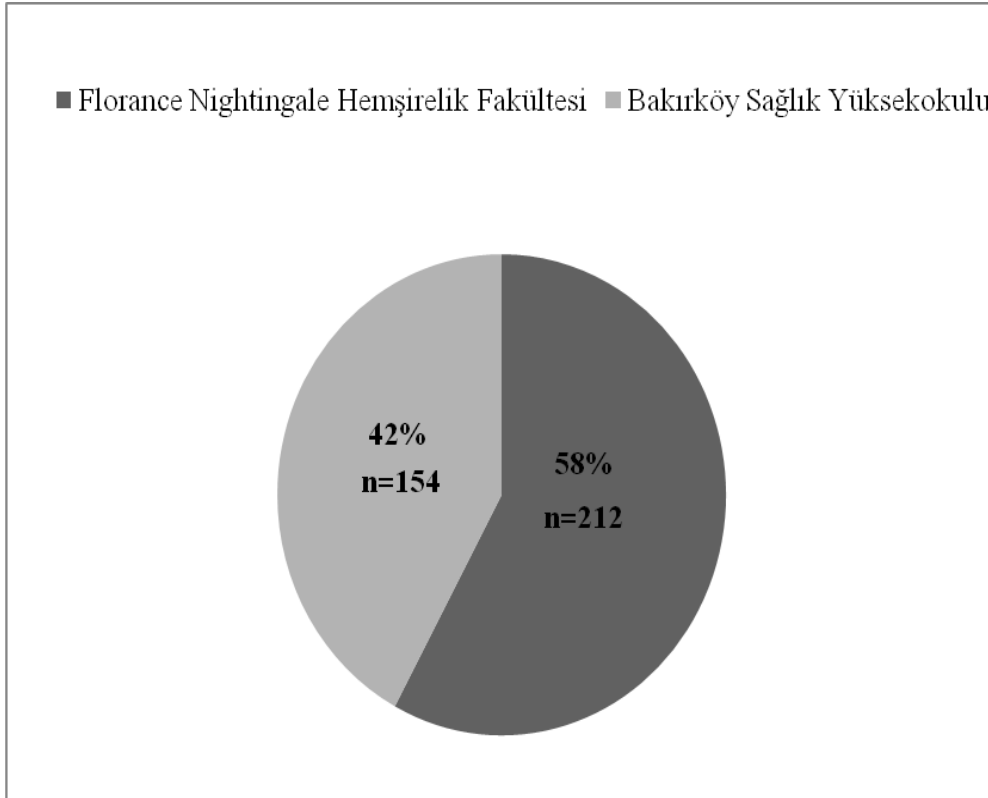
Genç kızların primer dismenore yaşama durumları ve primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları, 3 bölümde sunulmuştur.

- Birinci bölümde genç kızların; bireysel özellikleri
- İkinci bölümde menstruasyon ve dismenoreye ilişkin özellikleri
- Üçüncü bölümde vücut ölçümleri ve VKİ ile dismenore ilişkisi yer almaktadır.

3.1. Genç Kızların Bireysel Özellikleri

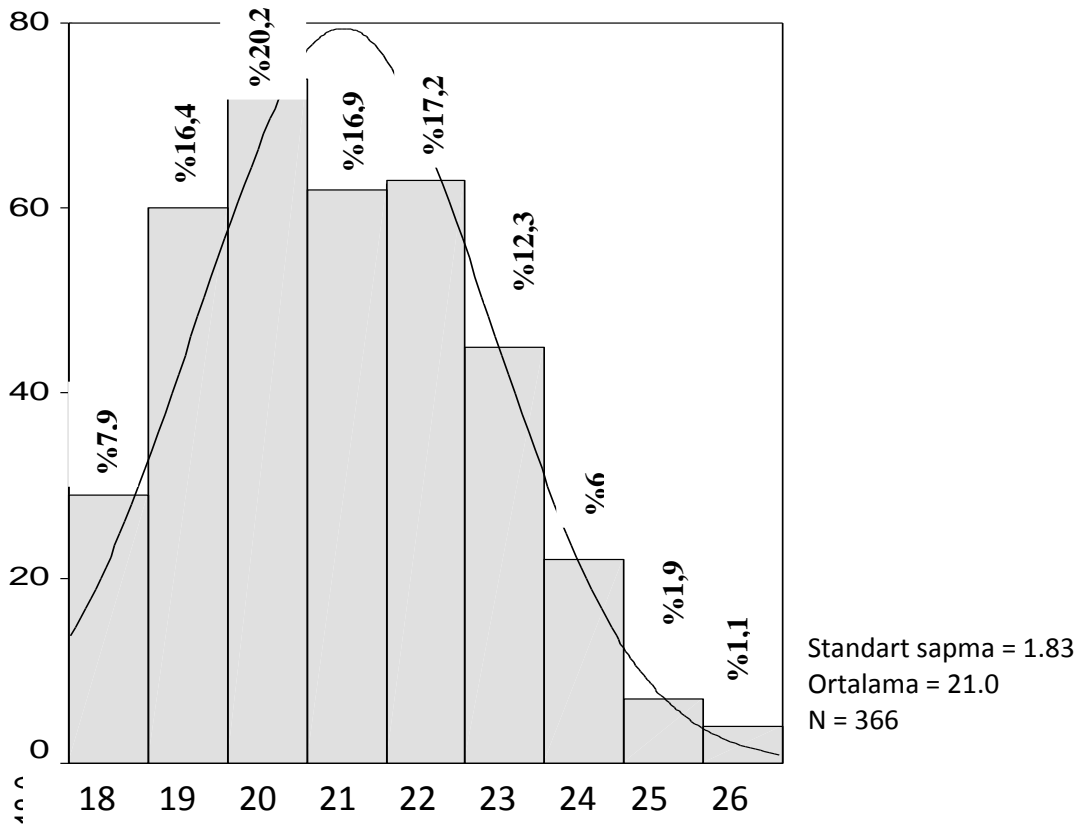
Araştırmaya katılan genç kızların %57,9'u Hemşirelik Fakültesi, %42,1'i Bakırköy Sağlık Yüksekokulu öğrencisidir. Genç kızların okudukları okullara göre dağılımı Şekil 3.1.1.'de gösterilmiştir.

Şekil 3.1.1. Genç kızların okudukları okullara göre dağılımı (N = 366).



Araştırmada yer alan genç kızların yaş ortalaması 21.0 ± 1.83 'dür. Öğrencilerin büyük çoğunluğu 18–24 yaşları arasında (%97) olup sadece 11 kişi (%3) 24 yaşın üzerindedir. Öğrencilerin yaşlara göre dağılımı Şekil 3.1.2.'de sunulmuştur.

Şekil 3.1.2. Genç kızların yaş dağılımı (N = 366)



Araştırmaya katılan genç kızların bazı sosyo-demografik özellikleri Çizelge 3.1.1.'de verilmiştir. Genç kızların yaklaşık yarısı (%47,8) Marmara Bölgesinde, beşte biri kadarı (%19,7) Karadeniz Bölgesinde, %1'den azı da yurtdışında yaşadığını belirtmiştir. Bugüne kadar en uzun süre yaşadıkları yerleşim merkezi sorulduğunda genç kızların yarısından fazlası (%53,6) şehirde, yaklaşık üçte biride (%31,4) ilçe de yaşadığını ifade etmiştir. Genç kızların barınma durumu incelendiğinde ilk sırada ailesi/akrabası ile birlikte yaşayanlar(%42,9), ikinci sırada yurttan kalanların (%38,5) yer aldığı saptanmıştır.

Genç kızların yarısından fazlası (%54,1) annelerinin ilköğretim mezunu olduğunu ve büyük çoğunluğu (%78,7) annelerinin çalışmadığını belirtmiştir. Babalarının eğitim durumu irdelendiğinde ise çoğunluğunun (%41,5) ilköğretim ancak annelerine göre daha fazla oranda lise ve üniversite mezunu oldukları belirlenmiştir. Babaların neredeyse tamamı (%65,3) çalışıyor veya (%29,7) emekli idi. Genç kızlardan ailelerinin ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde büyük çoğunluğu (%72,7) gelirin gidere denk olduğunu, beşte birinden fazlası da (%21,3) gelirin giderden az olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 3.1.1. Sosyo-demografik özellikler (N = 366).

En uzun süre yaşanan bölge	n	%
Marmara Bölgesi	175	47.8
Karadeniz Bölgesi	72	19.7
Akdeniz Bölgesi	36	9.8
İç Anadolu Bölgesi	31	8.5
Ege Bölgesi	21	5.7
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	16	4.4
Doğu Anadolu Bölgesi	12	3.3
Yurt dışı	3	0.8
En uzun süre yaşanan yer		
Şehir	196	53.6
İlçe	115	31.4
Kasaba	12	3.3
Köy	43	11.7
Şu an barınma durumu		
Evde ailemle/eşimle/akrabalarım	157	42.9
Evde arkadaşım ile birlikte	63	17.2
Yurtta/pansiyonda	141	38.5
Evde yalnız	5	1.4
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	26	7.1
Okuryazar	31	8.5
İlkokul mezunu	198	54.1
Ortaokul mezunu	51	13.9
Lise mezunu	45	12.3
Üniversite mezunu	15	4.1

Çizelge 3.1.1'in devamı

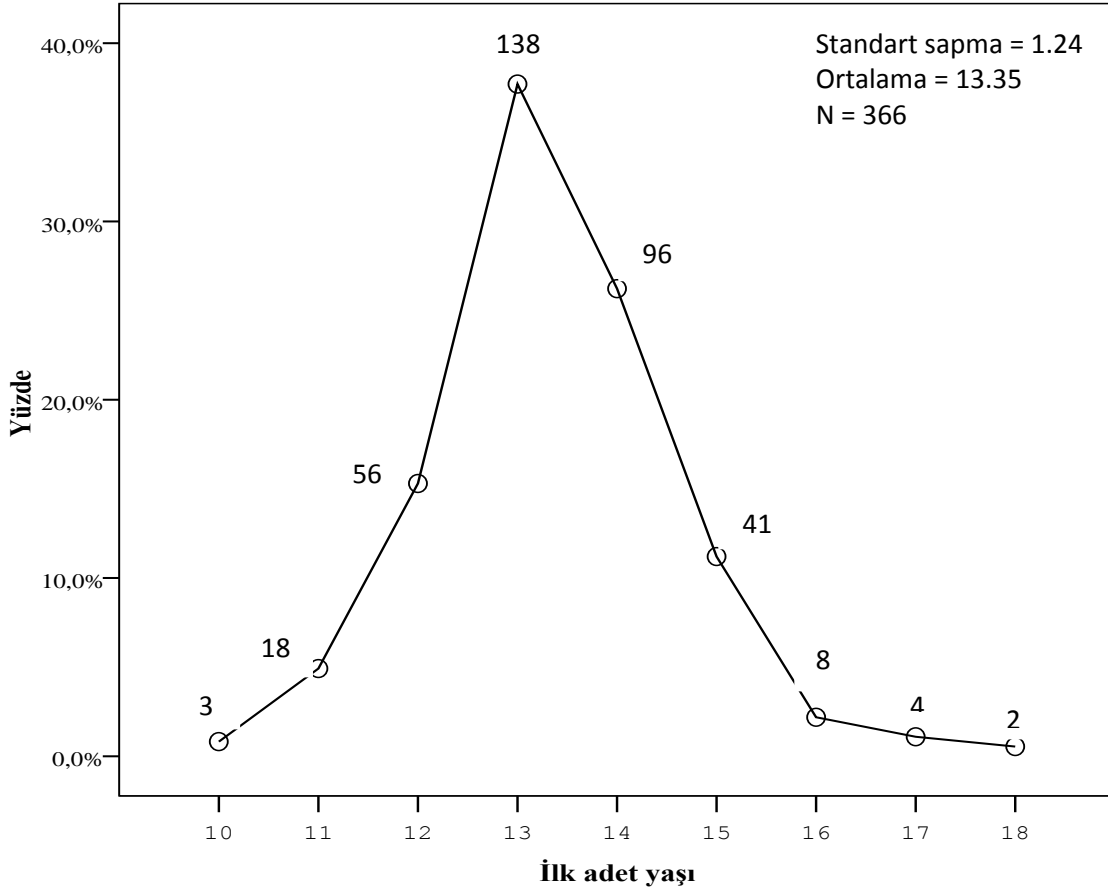
Babanın eğitim durumu	n	%
Okuryazar değil	4	1.1
Okuryazar	9	2.5
İlkokul mezunu	152	41.5
Ortaokul mezunu	65	17.8
Lise mezunu	93	25.4
Üniversite mezunu	43	11.7
Annenin çalışma durumu (n= 362)*		
Çalışmıyor	285	78.7
Çalışıyor	57	15.8
Emekli	20	5.5
Babanın çalışma durumu (n= 354)*		
Çalışmıyor	18	5.0
Çalışıyor	231	65.3
Emekli	105	29.7
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	78	21.3
Gelir gidere denk	266	72.7
Gelir giderden fazla	22	6.0

* Annesi veya babası vefat edenler bu soruyu cevaplamamıştır.

3.2. Genç Kızların Menstruasyon ve Dismenoreye İlişkin Özellikleri

Şekil 3.2.1'de genç kızların ilk adet başlama yaşı dağılımı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan genç kızlar ilk adetlerinin 10 ile 18 yaşları arasında başladığını belirtmiştir. Ortalama menarş yaşı 13.35 ± 1.24 olup, üçte birinden fazlasının (%37,7) 13, dörtte birinden fazlasının (%26,2) 14, %15,3'ü de 12 yaşında ilk adetlerinin başladığı belirlenmiştir.

Şekil 3.2.1. İlk adet başlama yaşı (N = 366).



Genç kızların menstrual sikluslarıyla ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Çizelge 3.2.1’de verilmiştir. Genç kızların %77’sinin sikluslarının düzenli, tamamına yakınının (%98,6) menstrual siklus süresinin 21–35 gün arasında ve ortalama 27 gün olduğu saptanmıştır. Genç kızların yaklaşık üçte ikisinin menstrasyon kanamasının 3–6 gün, üçte birinin de 7–10 gün arasında, ortalama 5.84 ± 1.33 gün sürdüğü belirlenmiştir. Menstruasyon kanamasının en yoğun gününde ortalama 3.94 ± 1.47 hijyenik ped kullanıldığı ifade edilmiştir. Genç kızların menstruasyon sırasında yaşadıkları şikayetler sorgulandığında sırasıyla bel ağrısı, sinirlilik, halsizlik, karın ağrısı, bacak ağrısı, sık idrara çıkma, bulantı-kusma, baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, ishal ve karın-bacak krampı olduğu belirlenmiştir.

Genç kızların menstruasyon sırasında ağrı yaşama durumu sorgulandığında, öğrencilerden 42’si ağrı yaşamadığını (%11,5) ifade etmiş, 173’ü zaman zaman (%47,3) ve 151’i her zaman (%41,2) olmak üzere toplamda %88,5’nin menstruasyon sırasında ağrı yaşadığı saptanmıştır. Genç kızlara aile bireylerinde adet ağrısı yaşayan olup olmadığı sorulduğunda %68,2’si ailesinde adet ağrısı olan biri olduğunu belirtmiştir. Aile üyeleri

arasında abla/kardeş (%41,2) ve anne (%36,4) adet ağrısı olduğu en çok bildirilen kişi olmuştur.

Genç kızların adet sırasında yaşadıkları ağrıyı gereç ve yöntem bölümünde de açıklandığı gibi ağrı scalasına göre 1 ile 10 arasında değerlendirmeleri istenmiş ve 1–3 arası hafif, 4–7 arası orta, 8–10 arası ise şiddetli ağrı olarak tanımlanmıştır. Bu scalaya göre, dismenoreisi olan genç kızların yarısından fazlasının (%63,3) ağrısının orta şiddette, yaklaşık dörtte birinden fazlasının (%28,0) ise şiddetli olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.2.1. Genç kızların menstrual siklusları ile ilgili bazı özellikleri (N=366).

Menstrual Siklusa Ait Özellikler	n	%	$\bar{X} \pm SD$
Menarş yaşı			
10–12	77	21.0	
13	138	37.7	13.35 \pm 1.24
14–18	151	41.3	
Menstrual siklus düzeni			
Düzenli	282	77.0	
Düzenli değil	84	23.0	
Menstrual siklus süresi (n=285)*			
20 gün	3	1.1	
21–35 gün	281	98.6	27.46 \pm 3.06
36 gün	1	0.3	
Menstruasyon Süresi (n=354)*			
3 gün	9	2.5	
4–6 gün	223	63.0	5.84 \pm 1.33
7–10 gün	122	34.5	
Menstruasyonun en yoğun gününde kullanılan ped sayısı (n=357)*			
1–3 arası	160	44.8	
4–6 arası	178	49.9	3.94 \pm 1.47
7–10 arası	19	5.3	

Çizelge 3.2.1'nin devamı

Menstruasyon sırasında yaşanan yakınmalar***	$\bar{X} \pm SD$	
Bel ağrısı	245	66.9
Sinirlilik	228	62.3
Halsizlik	220	60.1
Karın ağrısı	186	50.8
Bacak ağrısı	125	34.2
Sık idrara çıkma	98	26.8
Bulantı-kusma	84	23.0
Baş ağrısı	70	19.1
Konsantrasyon bozukluğu	67	18.3
İshal	60	16.4
Bacakta kramp	54	14.8
Hiçbir şikayeti olmayan	8	2.2
Ağrılı adet yaşama durumu		
Yaşamıyor	42	11.5
Zaman zaman	173	47.3
Her zaman	151	41.2
Aile üyelerinde ağrılı adet sorunu (n=358)*		
Olan	244	68.2
Olmayan	114	31.8
Ailedeki adet ağrısı olan kişi (n=335)***		
Anne	122	36.4
Abla/kardeş	138	41.2
Diğer **	75	22.4
Adet ağrısının VAS'a göre değerlendirilmesi (n=207) *		
Hafif (1-3 arası)	18	8.7
Orta (4-7 arası)	131	63.3
Şiddetli (8-10 arası)	58	28.0

* Bu sorulara bazı öğrenciler cevap vermemiştir.

** Hala/teyze, kuzen/yeğen gibi diğer akrabalar bu grupta yer almıştır.

***Birden fazla rahatsızlık belirtilmiştir, yüzdeler toplam n üzerinden alınmıştır.

Menstruasyon sırasında yaşanan ağrıya primer dismenore denilebilmesi için bu ağrının gereç ve yöntem bölümünde de açıklandığı gibi belli özellikleri olması gerekir. Buna göre menstruasyon sırasında ağrı yaşadığını belirten 324 genç kız arasından, ağrısı primer dismenore kriterlerine uyanlar irdelendiğinde (Çizelge 3.2.2), örnekleme yer alan genç kızlardan 235'nin (%64,2) primer dismenoresi olduğu saptanmıştır. Bu sayı dismenoresi olduğunu belirten 324 genç kızın %72,5'ini oluşturmuştur.

Gereç ve yöntem bölümünde belirtildiği gibi primer dismenoredeki ağrının belirli özellikleri vardır. Genç kızlar arasında primer dismenore görülme oranı ve primer dismenore olanların bazı özellikleri Çizelge 3.2.2'de verilmiştir. Primer dismenoresi olan genç kızların çoğunluğu (%80,4), ağrının adet başlamadan önceki 24 saat içinde veya adetle birlikte başladığını belirtmiştir. Genç kızların yaklaşık dörtte üçü (%75,3) ağrılarının adet başladıktan sonraki ilk 1–2 saat veya 24 saat içinde sona erdiğini ifade etmiştir. Primer dismenoresi olan genç kızların hissettikleri ağrı, ağrı skalasına göre değerlendirildiğinde tamamına yakınının (%92,2) orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.2.2. Genç kızlar arasında primer dismenore görülme oranı ve primer dismenore olanların bazı özellikleri (N = 366)

Primer dismenore*	n	%	$\bar{X} \pm SD$
Yok	131	35.8	
Var	235	64,2	
Adet ağrısı başlama zamanı (n = 235)			
Adetten önceki 24 saat içinde	113	48.1	
Adetle birlikte	76	32.3	
Adetin ilk 24 saati içinde	46	19.6	
Adet ağrısı devam süresi (n = 235)			
Adet başladıktan sonra 1–2 saat	51	21.7	
Adet başladıktan 24 saat sonra	126	53.6	
Adet başladıktan sonra ilk 48–72 saat	58	24.7	
Adet ağrısının VAS'a göre değerlendirilmesi (n=167) **			
Hafif (1–3 arası)	13	7.8	
Orta (4–7 arası)	106	63.5	6.19 ± 2.01
Şiddetli (8–10 arası)	48	28.7	

*Primer dismenore kriterlerine uyma durumuna göre araştırmacı tarafından belirlenmiştir.

** Bu sorulara bazı öğrenciler cevap vermemiştir.

3.3. Genç Kızların Vücut Ölçümleri ve Vücut Kitle İndeksinin Dismenore İle İlişkisi

Genç kızların kilo ve boylarının dağılımı çizelge 3.3.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan genç kızların vücut ağırlığı 39 ile 100 kg arasında değişmekte olup ortalama vücut ağırlığı 58.31 ± 9.25 kg olarak saptanmıştır. Boyları ise 135 cm ile 180 cm arasında yer almakta ve boy ortalamaları yaklaşık 162.09 ± 5.73 cm bulunmuştur

Çizelge 3.3.1. Genç kızların kilo ve boylarının dağılımı (N=366).

Kilo	n	%	$\bar{X} \pm SD$
39–50 kg arası	74	20.2	
51–60 kg arası	162	44.3	58.31 ± 9.25
61–70 kg arası	103	28.1	
71–100 kg arası	27	7.4	
Boy			
135–150 cm arası	8	2.2	
151–160 cm arası	147	40.2	162.09 ± 5.73
161–170 cm arası	189	51.6	
171–180 cm arası	22	6.0	

Genç kızların kilo ve boylarıyla primer dismenore arasındaki ilişki Çizelge 3.3.2’de gösterilmiştir. Primer dismenoresi olan veya olmayan genç kızların ortalama kiloları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak primer dismenoresi olan ve olmayan genç kızların boy ortalamaları arasında 1 cm’den fazla fark olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre primer dismenoresi olan genç kızlar olmayanlara göre daha uzun boyludur.

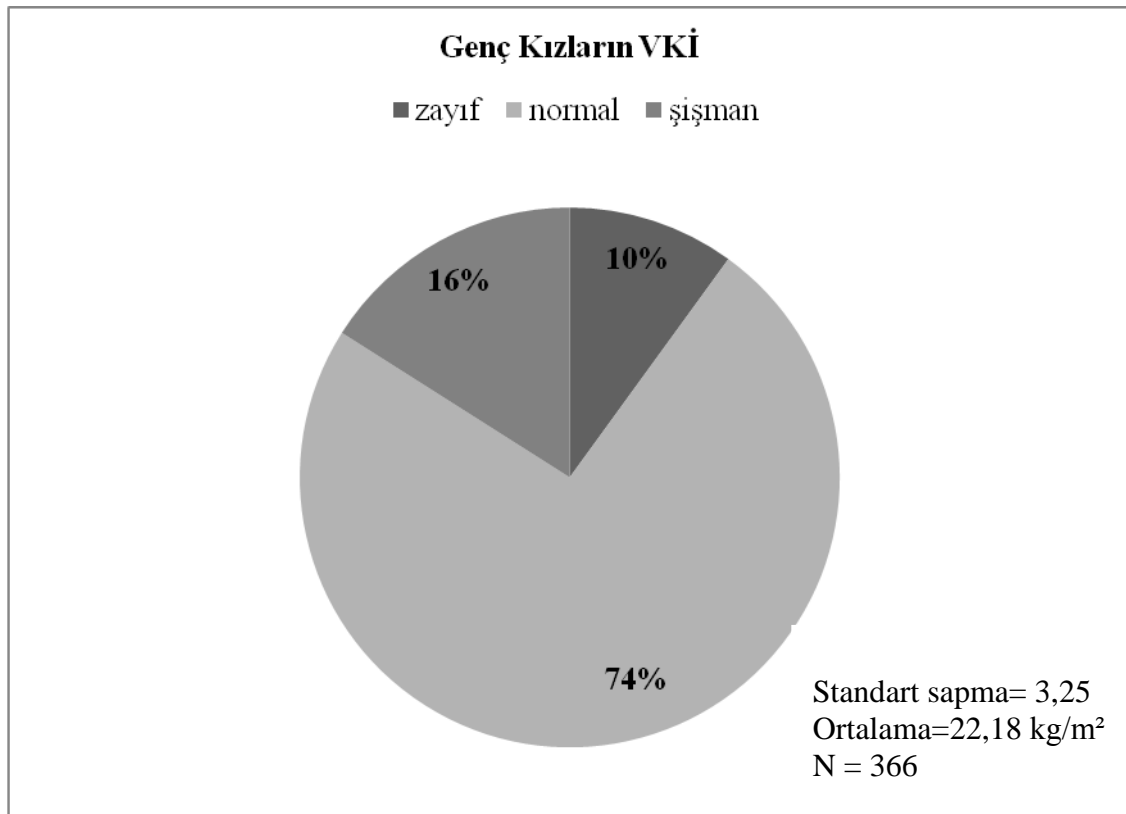
Çizelge 3.3.2. Genç kızlarda kilo ve boyun primer dismenore ile ilişkisi.

	Primer Dismenore	N	Mean (Ortalama)	Standart Sapma	t	P
Kilo	Yok	131	58.43	9.95	0.175	0.861
	Var	235	58.25	8.87		
Boy	Yok	131	161.30	5.56	-1.982	0.048*
	Var	235	162.53	5.80		

* p<0.05

Genç kızların boy ve kilolarına göre hesaplanan VKİ değerleri yaklaşık 17 ile 37 kg/m² arasında yer almakta olup ortalama 22.18±3.25 kg/m²'dir. WHO'ya göre 18.5 altında olanlar zayıf, 18.5–24.99 arası olanlar normal, 25–29.99 arası olanlar şişman ve 30 üzeri olanlar obez olarak kabul edilmektedir (WHO 2006). Genç kızların vücut kitle indeksleri buna göre gruplandırıldığında %74,0'ının normal VKİ'ne sahip olduğu saptanmıştır (Şekil 3.3.1).

Şekil 3.3.1. Genç kızların VKİ dağılımı (N = 366).



VKİ zayıf, normal, şişman ve obez olarak dört grup da sınıflandırılmaktadır. Bu araştırmada obez sayısı az olduğu için, yapılan bazı araştırmalarda olduğu gibi VKİ 25 ve üzerinde olanlar tek grupta toplanmış ve VKİ zayıf, normal ve şişman olarak üç gruba ayrılmıştır. VKİ'ne göre zayıf, normal ve şişman olma ile primer dismenore arasındaki ilişkiye bakıldığında (Çizelge 3.3.3.); zayıf olanların %80'inde primer dismenore görülmesine karşın, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.3. Primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişki (N=366).

VKİ	Primer Dismenore				Toplam		x ²	P
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
Zayıf	7	20.0	28	80.0	35	100.0		
Normal	102	37.6	169	62.4	271	100.0	4.220	0.121
Şişman	22	36.7	38	63.3	60	100.0		

$p>0.05$

Primer dismenoresi olan genç kızlardan adet sırasında hissettikleri ağrıyı 0 ile 10 arasında değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre VKİ ile menstruasyon sırasında hissedilen ağrı arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuştur (Çizelge 3.3.4.). Dismenoresi olduğunu belirten genç kızlarda VKİ azaldıkça adet sırasında hissedilen ağrının şiddeti artmaktadır.

Çizelge 3.3.4 Primer dismenoresi olan genç kızlarda VKİ ile menstruasyon sırasında hissedilen ağrı arasındaki ilişki.

	Hissedilen ağrının şiddeti	
	r	p
Vücut Kitle İndeksi	-0.086	0.191
	n	235

Genç kızlar, VKİ'ne göre zayıf olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.5); zayıf olanların %80'inde primer dismenore görülürken, zayıf olmayanlarda bu oran %62,5'dur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). VKİ normal olanlar / olmayanlar (Çizelge 3.3.7) ve şişman olanlar / olmayanlar (Çizelge 3.3.8) olarak gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3.3.5. VKİ'ne göre zayıf olma ve olmama durumu ile primer dismenorenin ilişkisi (N=366).

VKİ	Primer Dismenore				Toplam		x ²	P
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
Zayıf olanlar	7	20.0	28	80.0	35	100.0	4.200	0.028*
Zayıf olmayanlar	124	37.5	207	62.5	331	100.0		

* $p<0.05$

VKİ zayıf olanların zayıf olmayanlara göre dismenore yaşama riski incelendiğinde (Çizelge 3.3.6.), zayıf olanların zayıf olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla primer dismenore yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.3.6. VKİ zayıf olanların olmayanlara göre primer dismenore yaşama riski (N=366).

VKİ	Primer Dismenore		Odds Ratio
	Yok	Var	
Zayıf olanlar	7	28	2.4
Zayıf olmayanlar	124	207	
Toplam	131	235	

Çizelge 3.3.7. VKİ'ne göre normal olma ve olmama durumu ile primer dismenorenin ilişkisi (N=366).

VKİ	Primer Dismenore				Toplam		x ²	P
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
Normal olanlar	102	37.6	169	62.4	271	100.0	1.548	0.131
Normal olmayanlar	29	30.5	66	69.5	95	100.0		

p>0.05

Çizelge 3.3.8. VKİ'ne göre şişman olma ve olmama durumu ile primer dismenore ilişkisi (N=366).

VKİ	Primer Dismenore				Toplam		x ²	P
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
Şişman olanlar	22	36.7	38	63.3	60	100.0	0.024	0.493
Şişman olmayanlar	109	35.6	197	64.4	306	100.0		

p>0.05

Primer dismenorenin risk faktörleri arasında VKİ'nin 20'den küçük olması da yer almaktadır. Buna göre genç kızların VKİ 20'den küçük olanlar ve 20 ve üzeri olanlar olarak iki gruba ayrılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.9); VKİ 20 ve daha büyük olanlar arasında dismenoresi olmayanların oranı %39,0 iken, VKİ 20'den küçük olanlar arasında dismenoresi olanların oranı %74,2'dir. Aradaki bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Çizelge 3.3.9. Genç kızlar arasında VKİ 20'nin altında olan ve olmayanların primer dismenore yaşama durumu arasındaki ilişki (N=366).

VKİ	Primer Dismenore				Toplam		x ²	p
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
VKİ < 20 kg/m ²	23	25.8	66	74.2	89	100.0	5.066	0.016*
VKİ ≥ 20 kg/m ²	108	39.0	169	61.0	277	100.0		

*p<0.05

VKİ'nin 20'nin altında olması primer dismenore için bir risk faktörüdür. Örneklem grubumuz içinde dismenoresi olduğunu belirten ancak, özellikleri primer dismenoreye uymayan 89 ve menstruasyon sırasında hiç ağrı yaşamayan 42 genç kız bulunmaktadır. Primer dismenore ayırımı yapmaksızın, 366 genç kız içinde VKİ 20'nin altında olanlar ile VKİ 20 ve üzerinde olanların menstruasyon sırasında ağrı yaşama durumlarına bakıldığında (Çizelge 3.3.10) aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (p = 0.01). Buna göre VKİ 20'den küçük olanların %95,5'i "adetlerim sırasında ağrım oluyor" derken, bu oran VKİ 20 ve üzerinde olanlarda %86,3'dü.

Çizelge 3.3.10. Genç kızlar arasında VKİ 20'nin altında olan ve olmayanların, dismenore yaşama durumu arasındaki ilişki (N=366).

VKİ	Menstruasyon sırasında ağrı yaşama durumu				Toplam		x ²	P
	Yok		Var		n	%		
	n	%	n	%				
VKİ < 20 kg/m ²	4	4.5	85	95.5	89	100.0	5.642	0.010*
VKİ ≥ 20 kg/m ²	38	13.7	239	86.3	277	100.0		

*p=0.01

4. TARTIŞMA

Bu araştırma genç kızlarda primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4.1. Genç Kızların Menstruasyon ve Dismenoreye Ait Özellikleri

Araştırmada yer alan genç kızların menarş yaşı 13.35 ± 1.24 olarak saptanmıştır. (Şekil 3.2.1, Çizelge 3.2.1.). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda menarş yaşı 13.1 ile 13.4 arasında değişmektedir (Vicdan ve ark 1996, Kamacı ve ark 1997, Oskay ve ark 2004, Potur 2007, Unsal ve ark 2010a). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda ise Meksika'da 12,2 (2009), Hindistan'da 12.5 (2008) ve Tayvan'da ise (2004) 13 ila 13.3 olarak bulunmuştur. Buna göre araştırmada yer alan genç kızların menarş yaşı literatür ve araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Genç kızların menstrual siklus düzenini sorguladığımızda %23'ü düzensiz olduğu ifade etmiştir (Çizelge 3.2.1.). Aykut ve ark (2007) Kayseri'de 1193 kişiyle yaptığı çalışmada %22,1'inin adetlerinin düzensiz olduğu bildirilmiştir. Meksika'da 1152 yükseköğrencisi ile yapılan çalışmada %45,4'ünün menstrual siklusunun düzensiz olduğu belirtilmiştir (Ortiz ve ark 2009). Ayrıca Japonya'da yapılan çalışmada bu oran %33,3 olarak bildirilmiştir. Aykut ve ark (2007) yaptığı çalışma ile bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Meksika ve Japonya'daki çalışmalarda ise menstruasyon düzensizliği bu çalışma ile Aykut (2007)'un sonuçlarından oldukça yüksektir.

Araştırmada siklusunun düzenli olduğunu belirten (282) genç kızların menstrual siklus süresinin ortalama 27.46 ± 3.06 gün olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2.1). Potur (2007)'un 252 kadınla yaptığı bir araştırmada 28,6 gün, Unsal ve ark (2010a) 623 üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada 28,7 gün, Aykut ve ark (2007) Kayseri'de 10–50 yaş arasındaki 1193 kadının yer aldığı çalışmasında 27,7 gün olarak belirtilmiştir. Araştırmada belirtilen ortalama siklus süresi, ülkemizde yapılan çalışma sonuçları ile benzerdir.

Normal menstruasyon süresi 4 ± 2 gün sürmektedir (Atasü ve Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Taşkın 2007, Schorge ve ark 2010). Bu araştırmada genç kızların menstruasyonunun ortalama 5,8 gün sürdüğü saptanmıştır (Çizelge 3.2.1.). Ülkemizde 2006 ve 2010 yılları arasında üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalarda

menstruasyon süresinin 5 ila 5,7 gün arasında olduğu saptanmıştır (Taşçı ve ark 2006, Aykut ve ark 2007, Oskay ve ark 2008, Ünsal ve ark 2010a). Bu sonuçlar ülkemizdeki genç kızların normal menstruasyon süresinin üst sınırlarında, yani yaklaşık 6 güne yakın menstruasyon süresine sahip olduğunu göstermektedir.

Tayland'ta (2004) benzer grup da yapılan bir çalışmada genç kızların %96,8'inin menstruasyonunun 1–6 gün arasında sürdüğü (Kamonsak 2004), Hindistan'da (2008) yapılan çalışmada ise genç kızların %89,7'sinin menstruasyon süresinin 3–7 gün arasında olduğu belirtilmiştir (Singh ve ark 2008). Bu çalışmada 6 günün altında menstruasyon süresine sahip genç kızların oranı %65,5'tir (Çizelge 3.2.1). Diğer genç kızlar ise 7 gün ve üzerinde menstruasyon süresine sahiptir. Buna göre ülkemizdeki genç kızların Tayland ve Hindistan'daki genç kızlardan daha uzun menstruasyon süresine sahip olduğu söylenebilir.

Genç kızların menstruasyon sırasında yaşadıkları şikayetler irdelendiğinde (Çizelge 3.2.1.) %2,2'si hiçbir şikayeti olmadığını, diğerleri ise sırasıyla bel ağrısı ilk sırada olmak üzere sinirlilik, halsizlik, karın ağrısı, bacak ağrısı, sık idrara çıkma, bulantı kusma, baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, ishal ve bacakta kramp yaşadığını belirtmiştir. Erenel ve Şentürk'ün (2007) Ankara'da yaptığı çalışmada da karın ağrısından sonra ikinci sırayı bel ağrısı almaktadır. Üçüncü ve dördüncü sırada ise halsizlik ve sinirlilik bildirilmiştir ve bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Taşçı'nın (2006) Denizli'de yaptığı çalışmada ilk üçte halsizlik, bel ağrısı ve sinirlilik bulunmaktadır. Buna göre genç kızların menstruasyon sırasında yaşadıkları şikayetler, değişik oranlarda olmakla birlikte araştırmalarda ilk dörtte karın ağrısı, bel ağrısı, halsizlik ve sinirlilik yer almaktadır.

Ohde ve ark (2008) Japonya'da yaptığı çalışmada menstruasyon sırasında yaşanan şikayetlerde ilk üç sırada baş ağrısı, bel-sırt ağrısı ve halsizlik-yorgunluk bildirilmiştir. Kamonsak ve ark (2004) Tayland'da yaptığı çalışmada sırasıyla bel ağrısı, ruh değişimi, halsizlik-yorgunluk, baş ağrısı, bulantı ve ödem menstruasyon sırasında yaşanan sorunlar olarak saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmalara bakıldığında genç kızların menstruasyon sırasında yaşadıkları sorunlar hemen hemen aynıdır, fakat yaşanma sıklıkları her yerde farklılık göstermektedir.

Araştırmada genç kızların ağrılı adet yaşama durumu sorgulandığında, zaman zaman ve her zaman ağrılı adet yaşadığını belirten genç kızların oranı %88,5 olarak saptanmıştır (Çizelge 3.2.1.). Bu oran literatürlerde de bahsedildiği gibi dismenorenin kadınlar arasında en yaygın jinekolojik sorunlardan biri olduğunu göstermektedir (Atasü ve

Şahmay 2001, Jolin ve Rapkin 2004, Çepni 2005, Taşkın 2007, Can 2008, Schorge ve ark (2010). Ülkemizde çeşitli yıllarda yapılan ve örneklem grubunun yaş ortalaması 18–22 arasında değişen araştırmalarda ki dismenore oranlarına bakıldığında; Oskay ve Şahin (2004) %83,1, Taşçı (2006) %81,9, Erenel ve Şentürk (2007) %86,9, Oskay ve ark (2008) %81,8 olarak bildirmiştir. Araştırmaların sonuçları bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Aykut ve ark (2007) 10–50 yaş aralığındaki kadınlarla yaptıkları ve yaş ortalaması 30,4 olan çalışmalarında dismenore oranını %70,3 olarak bildirmiştir. Yine yaş ortalaması 29,47 olan Unsal ve ark (2010b) yaptığı çalışmada ise kadınların %63,6 oranında dismenore yaşadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında yaş ortalaması yüksek olan çalışmalarda dismenore oranında belirgin bir azalma vardır. Fakat kadınlar arasında dismenore yaygın jinekolojik sorunlardan biri olmaya devam etmektedir.

Yurt dışında genç kızlarda yapılan bazı çalışmalarda dismenore oranı Tayland'ta %84,2 (Kamonsak 2004) ve Hindistan'da %73,8 (Singh ve ark 2008) olarak bildirilmiştir. Ülkemizdeki genç kızlarda olduğu gibi Tayland ve Hindistan'daki genç kızlarda da dismenore, en yaygın jinekolojik sorunlardan biridir.

Araştırmada genç kızların %68,2'si ailesindeki kadınlar arasında ağırlı adet yaşayanların olduğunu, bunların %41,2'si bu kişinin kardeşi/ablası ve %36,4'ü annesi olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.2.1). Erenel ve Şentürk'ün (2007) çalışmasında genç kızların %52,9'unun ailesinde dismenore olduğunu ve ailesinde dismenoresi olanların %60,5'inin bu kişinin annesi olduğunu bildirmiştir. Potur'un (2009) yaptığı çalışmada genç kızların %66,3'ünün ailesinde dismenoresi olduğu bildirilmiştir. Potur'un sonuçları bu çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

Genç kızların menstrüasyon sırasındaki yaşadıkları ağrı primer dismenore kriterlerine göre irdelendiğinde, genç kızların %64,2'sinin primer dismenore yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.2.2.). Kamacı ve ark (1997) yaptığı benzer bir çalışmada genç kızların %69'nun primer dismenore yaşadığı bildirilmiştir. Bu araştırmadan yaklaşık 15 yıl önce yapılmış olan bu çalışma sonuçları ile bulgularımızın paralellik göstermesi dismenorenin geçen zaman içinde genç kızların en yaygın jinekolojik sorunlarından biri olarak önemini sürdürdüğünü göstermektedir.

İtalya'da bir grup genç kızda yapılan çalışmada primer dismenore oranı %85 (Balbi ve ark 2000), Meksika'da bazı yüksekokullarda ki genç kızlarda yapılan çalışmada ise

%48,4 (Ortiz ve ark 2009) olarak saptanmıştır. Bu çalışmalarla araştırma sonuçları arasında büyük farklar vardır. Bu araştırma primer dismenore oranı, İtalya’da yapılan çalışmadaki orandan az iken, Meksika’da yapılan çalışmadaki orandan daha yüksektir. Bunun nedeni farklı coğrafya, genetik özellik, beslenme ve risk faktörlerine farklı şekilde maruziyet olabilir.

Primer dismenorenin belirli özellikleri vardır. Bu çalışmada primer dismenoreni olan genç kızların yaklaşık yarısı (%48,1), ağrısının menstruasyondan önceki 24 saat içinde başladığı belirtmiştir (Çizelge 3.2.2.). Meksika’da yapılan bir çalışmada genç kızların %54,2’sinin ağrısının menstruasyonun ilk 24 saati içinde başladığı bildirilmiştir (Ortiz ve ark 2009).

Primer dismenoreni olan genç kızların %75,3’ü, ağrısının ilk 24 saat içinde sonlandığını ifade etmiştir (Çizelge 3.2.2.). Potur’un (2009) çalışmasında genç kızların %34,2’si ağrısının ilk 24 saatte sonlandığını, büyük çoğunluğu ise (65,8) 2–3 gün devam ettiğini bildirmiştir.

Primer dismenoreni olan genç kızlardan ağrılarını gereç ve yöntem bölümünde açıklandığı gibi VAS ile değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre genç kızların adet sırasında yaşadıkları ağrı hafif, orta ve şiddetli olarak, verdikleri puana göre değerlendirilerek gruplandırılmıştır. Sonuçta %63,5’inin orta, %28,7’sinin şiddetli ve %7,8 gibi az oranda genç kızın hafif ağrı yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.2.2.). Genç kızların toplamda %92,2’sinin orta ve şiddetli ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Bu oranlara bakıldığında genç kızların büyük çoğunluğunun, Andersch and Milsom (1982)’un dismenore sınıflamasına göre dismenoreden derece 2 ve derece 3 düzeyinde etkilendiği ve normal günlük yaşamının kesintiye uğradığı söylenebilir. Ülkemizde Kamacı ve ark (1997) yaptığı çalışmada genç kızların %33’nün hafif , %49’unun orta şiddette ve %18’nin şiddetli ağrı yaşadığı bildirilmiştir. Kamacı ve arkadaşlarının çalışması bu çalışmaya göre genç kızların daha az orta ve şiddetli ağrı yaşadığını göstermektedir. Yaklaşık 15 yıl önce Ankara’da ve benzer bir grupta yapılan çalışma ile bu araştırma bulgularının farklı olmasına birçok faktör etki etmiş olabilir. Ancak bunun nedeni geçen zaman içinde dismenorenin risk faktörlerinden beslenme alışkanlıklarının gençlerde değişmesi ve Kamacı ve ark (1997)’inin çalışmasında yaş ortalamasının 18,9 olması olabilir.

Tayland'ta adolesanlarla yapılan bir çalışmada, %47,7'sinin hafif, %47,6'sının orta ve %4,7'sinin şiddetli ağrı yaşadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında ülkemizdeki genç kızların dismenoreden daha fazla etkilendiği söylenebilir (Kamonsak ve ark 2004).

4.2. Genç Kızların Vücut Ölçümleri ve Primer Dismenoreyle İlişkisi

Araştırmada genç kızların kilo ve boy ölçümleri yapılmıştır. Araştırmaya katılan genç kızların kiloları ortalama $58,31 \pm 9,25$ kg ve boyları ortalama $162,09 \pm 5,73$ cm olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.3.1.). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre ülkemizdeki kadınların ortalama kilosu 66,9 kg ve boyu 161,4 cm'dir. Türkiye ortalama boy uzunluğu ile bu çalışmada yer alan genç kızların boy uzunluğu benzerlik göstermektedir. Fakat kilo farklıdır. Bunun nedeni bu araştırma verilerinin genç kızlardan elde edilmesidir, TÜİK'in çalışmasında ise 15 yaş ve üstü tüm kadınlar değerlendirilmiştir. Yaş ilerledikçe ve kadınlar çocuk sahibi oldukça kilolarında önemli bir artış olmaktadır.

Ülkemizde Kamacı ve ark (1997) adolesanlarda yaptığı çalışmada ortalama kilo 55,9 kg, ortalama boy ise 164,2 cm, Potur'un (2009) genç kızlarla yaptığı çalışmada ise ortalama ağırlık 56,7 kg ve ortalama boy 164,7 cm olarak belirtilmiştir. Bu iki çalışma sonuçları birbirine benzerken bu çalışmada boy daha kısa, kilo ise daha fazladır. Bunun nedeni çalışmaların değişik gruplarda yapılması ve geçen zaman içinde değişen beslenme alışkanlıkları olabilir.

Araştırmada genç kızlarda primer dismenore ile boy arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0,05$) ve uzun boylu genç kızlarda dismenorenin daha sık görüldüğü saptanmıştır. Ancak primer dismenore ile kilo arasında ise bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sundell ve ark (1990)'nın yaptığı çalışmaya göre dismenore ile kilo ve boy arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışma sonuçlarında dismenore ile boy ve kilo arasındaki ilişki belirtilmemiştir. Dismenore ile boy ve kilo arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim vardır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre uzun boylu genç kızlarda dismenorenin daha yaygın bir sorun olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada genç kızların ortalama VKİ $22,18 \pm 3,25$ kg/m² olduğu, buna göre %74'ünün normal, %9,6'sının zayıf ve %16,4'ünün kilolu/şişman olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.3.1). TÜİK (2010)'in 15 ve yaş üzeri kadınlarda yaptığı araştırmada, kadınların %5,9'unun zayıf, %44,7'sinin normal, %28,4'inin şişman ve %21'inin obez olduğunu belirlenmiştir. Bu araştırma ile TÜİK sonuçları arasında büyük farklar vardır. Bunun en

önemli nedenlerinden biri araştırmada yer alan kadınların yaş dağılımının farklı olmasıdır. Ayrıca yaş ilerledikçe vücut kilosunun artması ve kadınların gebelik sırasında aldıkları kiloları daha sonra verememeleri de olabilir.

Genç kızlar VKİ'ne göre zayıf, normal ve şişman olarak gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.3.), gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kamacı ve ark (1997) adolesanlarla yaptığı çalışmada da primer dismenore ile VKİ arasında bir ilişki saptanmamıştır. Unsal ve ark (2010a) Eskişehir'de yaptıkları araştırmada genç kızlarda primer dismenore ile obezite arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Harlow ve ark (1996)'ı ise yaptığı çalışmada dismenore ile obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır. Hindistan da (2008) yapılan çalışmada dismenore ile VKİ arasında bir ilişki bulunamamıştır (Singh ve ark 2008).

Genç kızlar VKİ'ne göre zayıf olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.5.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca zayıf olanların olmayanlara göre 2,4 kat daha fazla primer dismenore yaşama riski olduğu da belirlenmiştir (Çizelge 3.3.6.). Buna göre zayıf olanlar olmayanlara göre daha fazla oranda primer dismenore yaşamaktadır. Primer dismenore ile VKİ'ne göre normal olanlar ve normal olmayanlarla (Çizelge 3.3.7.), şişman olanlar ve olmayanlar (Çizelge 3.3.8.) arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Unsal ve ark (2010a) Eskişehir'de yaptıkları araştırmada genç kızlarda primer dismenore ile obezite arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Literatürde obez olmak dismenore için bir risk faktörüdür. Ancak bu araştırmada, obez olmanın dismenore için bir risk faktörü olduğu tespit edilmemiştir. Çünkü çalışma grubunda obez sayısı yeterli olmadığından, primer dismenore ile ilişkisine bakılamamıştır.

Literatür bilgisine göre VKİ'nin 20'nin altında olması primer dismenore için bir risk faktörüdür. Buna göre genç kızlar, VKİ 20'den küçük olanlar ve 20 ve üzeri olanlar olarak iki gruba ayrılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.9.), VKİ 20'den küçük olanların daha fazla oranda primer dismenore yaşadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Aynı şekilde dismenore ile ilişkisine bakıldığında da (Çizelge 3.3.10.) ileri düzeyde anlamlılık bulunmuştur ($p=0,01$). Bu sonuçlar literatür bilgisi ile uyumludur. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere VKİ'nin azalmasıyla primer dismenore görülme oranı artmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

İstanbul Üniversitesi'ne bağlı Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan genç kızların primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları, aşağıda sunulmuştur:

Örnekleme yer alan öğrencilerin yaklaşık %58'i Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve yaklaşık %42'si Bakırköy Sağlık Yüksekokulu öğrencisidir (Şekil 3.1.1).

Genç kızlar 18–26 yaş arasında olup, yaş ortalamaları yaklaşık 21 (mod:21, medyan:20)'dir ve büyük çoğunluğu 18–24 yaş (%97) aralığındadır (Şekil 3.1.2).

Genç kızların yaklaşık %48'inin en uzun süre yaşadıkları bölge Marmara Bölgesi'dir (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %54'ü en uzun süre şehirde yaşamışlardır (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %43'ü evde ailesi, eşi veya akrabasıyla yaşamakta, %38,5'i ise yurtt/pansiyonda kalmaktadır (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %54'ünün annesi ve %42'sinin babası ilkokul mezunudur (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %78'inin annesi çalışmamaktadır (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %63'ünün babası herhangi bir işte çalışmaktadır (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların %73'ünün ekonomik durumu gelir gidere denktir (Çizelge 3.1.1.).

Genç kızların ilk adet yaşı 10 ila 18 yaş arasında değişmekte olup, ilk adet yaş ortalaması yaklaşık 13 (mod:13, medyan13)'dür (Şekil 3.2.1.) ve %38'inin ilk adetleri 13 yaşında başlamıştır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların %77'sinin adetleri düzenlidir (Çizelge 3.2.1.).

Düzenli menstrual sıklusa sahip genç kızların yaklaşık %99'unun menstrual siklus süresi 21–35 gün arasındadır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların menstruasyon süresi yaklaşık 6 gün olup, %63'nün menstruasyon süresi 4–6 gün sürmektedir (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların menstruasyonun en yoğun gününde kullandıkları ped sayısı yaklaşık 4 olup, genç kızların %50'si 4–6 arası günlük ped kullanmaktadır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların %67'si menstruasyon sırasında bel ağrısı yaşamaktadır. Ayrıca genç kızların %62'si sinirlilik ve %60'ı menstruasyon sırasında halsizlik yaşamaktadır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların yaklaşık %47'si zaman zaman ve %41'i her zaman olmak üzere toplamda %89'u ağırlı adet yaşamaktadır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların %68'inin ailesindeki kadınlarda ağırlı adet sorunu vardır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların %41'inin abla/kardeşinde ve %36'sının annesinde ağırlı adet sorunu vardır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların ağırlı adet sorunu VAS'a göre değerlendirildiğinde cevap verenlerin %63'ü orta şiddette (4–7 arası) ağrı yaşamaktadır (Çizelge 3.2.1.).

Genç kızların yaklaşık %64'ü primer dismenore yaşamaktadır (Çizelge 3.2.2.).

Primer dismenoresi olan genç kızların %48'inin adet ağrısı, adetten önceki ilk 24 saat içinde başlamaktadır (Çizelge 3.2.2.).

Primer dismenoresi olan genç kızların %54'ünün adet ağrısı, adet başladıktan sonraki ilk 24 saat içinde sona ermektedir (Çizelge 3.2.2.).

Primer dismenoresi olan genç kızların adet ağrısı VAS'a göre değerlendirildiğinde, yaklaşık %64'ü orta şiddete (4–7 arası) ağrı yaşamaktadır (Çizelge 3.2.2.).

Genç kızların kiloları 39 ila 100 kg arasında değişmekte olup, ortalama yaklaşık 58 kg (mod:55, medyan:57)'dir (Çizelge 3.3.1.).

Genç kızların boyları 135 ila 180 cm arasında değişmekte olup, ortalama yaklaşık 162 cm (mod:160, medyan162)'dir (Çizelge 3.2.1.).

Primer dismenoresi olan veya olmayan genç kızların ortalama kiloları hemen hemen aynı olup istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark ($p>0.05$) bulunmamıştır (Çizelge 3.3.2.).

Primer dismenoresi olan veya olmayan genç kızların ortalama boyları arasında 1cm'den fazla fark olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p = 0.048$) bulunmuştur (Çizelge 3.3.2.). Primer dismenoresi olan genç kızların boyları daha uzundur.

Genç kızların VKİ 17 ila 37 kg/m² arasında olup, ortalama yaklaşık 22 kg/m² (mod:18,70, medyan 21,80)'dir (Şekil 3.3.1.).

Genç kızların primer dismenore ile VKİ arasındaki ilişkiye bakıldığında (Çizelge 3.3.3.) primer dismenore ile VKİ arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Primer dismenoresi olan genç kızların VKİ ile menstruasyon ağrısı arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. VKİ arttıkça menstruasyon ağrı şiddeti azalmaktadır.

Genç kızlar VKİ'ne göre zayıf olanlar (18,5 kg/m² altı) ve olmayanlar olarak gruplandırılıp, primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.5.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p = 0.028). Ayrıca zayıf olanlar zayıf olmayanlara göre daha fazla oranda (OR=2.4) primer dismenore yaşamaktadır (Çizelge 3.3.6.).

Genç kızlar VKİ'ne göre normal olanlar (18,5–24.99 kg/m² arası) ve olmayanlar olarak gruplandırılıp, primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.7.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Genç kızlar VKİ'ne göre şişman olanlar (25.00 kg/m² ve üzeri) ve olmayanlar olarak gruplandırılıp, primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.8.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Genç kızların VKİ 20 kg/m² altında olanlar veya olmayanlar olarak gruplandırılıp, primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında (Çizelge 3.3.9.) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p = 0.016). VKİ 20 kg/m² altında olanlar olmayanlara göre daha fazla oranda primer dismenore yaşamaktadır.

Genç kızların VKİ 20 kg/m² altında olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırılıp, dismenore ile ilişkisine bakıldığında ise (Çizelge 3.3.10.) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlılık bulunmuştur (p=0.010). VKİ 20 kg/m² altında olanlar olmayanlara göre daha fazla oranda dismenore yaşamaktadır.

Genç kızların büyük çoğunluğu dismenore (%88,5), yaklaşık üçte ikisi de primer dismenore (%64,2) yaşamaktadır. Genç kızların vücut ölçüleri, VKİ göre gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında bir ilişki bulunmamasına rağmen, VKİ 20 kg/m² altında olanlar ve olmayanlar olarak gruplandırıldığında, VKİ'nin 20 kg/m²'nin altında olmasının hem dismenore hem de primer dismenore yaşanma durumunu artırdığı

saptanmıştır. VKİ'ne göre zayıf olanlar (18,5 kg/m² altı) ve olmayanların primer dismenore yaşama oranına bakıldığında ise zayıf olanların olmayanlara göre 2.4 kat daha fazla dismenore yaşadığı saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Çalışma grubundaki genç kızların menstruasyon süresi yaklaşık altı gündür ve bu süre normal sınırlarda olmasına karşın üst sınırdadır. Bu toplumdaki kadınların anemik olmasının bir nedeni olabilir. Bu nedenle genç kızlara menstruasyon hijyeninin yanı sıra demirden zengin gıdalarla beslenme konusunda eğitim verilmelidir.

Çalışmada yer alan genç kızların neredeyse tamamı (%97,8) menstruasyon sırasında bir sıkıntı yaşamaktadır. Bu nedenle hem sağlık çalışanları gençlerin üreme sağlığı sorunları açısından bilinçlendirilmeli hem de sağlık hizmetleri sistemimizde gençlerin üreme sağlığı sorunlarına hizmet veren, özel birimler kurulmalıdır.

Genç kızlar adet ağrısının normal bir durum olmadığı ve dismenoreyle baş etme için bu konuda uzman sağlık personelinden yardım alması konusunda bilgilendirilmelidir. Bu nedenle gençlere yönelik üreme sağlığını geliştirici eğitim programları düzenlenmelidir. Ayrıca üreme sağlığı ile üreme sağlığını koruyucu, iyileştirici öneriler, non farmakolojik yöntemler ders kitaplarında, basın, internet ve medyada daha fazla yer almalıdır.

Dismenore çalışma grubumuzdaki genç kızların yüksek oranda yaşadığı bir sorundur. Bu nedenle hemşireler dismenorenin azaltılması ve iyileştirilmesinde rol oynayacak alternatif tedavi yöntemleri konusunda daha fazla araştırma yapmalıdır.

Dismenorenin bir çok risk faktöründen biri de ailesinde dismenore hikayesi olmasıdır. Bu nedenle öncelikle kadınların ağrılı adet görmesi azaltılmalı ve tedavileri sağlanmalıdır. Ayrıca ebeveynlere eğitim verilerek, çocuklarının annelerinden etkilenmemesi için, adet olmanın kötü bir durum ve hastalık olmadığını anlatmaları sağlanmalıdır.

Primer dismenore tanısının konulması için de bir ultrason görüntüsü veya laboratuvar tetkiki yoktur. En önemli veri anamnezdır. Bu nedenle adet sırasında ağrı yaşayan genç kızlarda sağlık personeli anamneze önem vermelidir. Primer dismenorenin tanı kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterlere göre, tanı koymayı kolaylaştıran bir çizelge ya da dismenore tanı rehberi oluşturulabilir.

Çalışma grubunda hem dismenoresi hemde primer dismenoresi olan genç kızların hemen tamamı orta ve şiddetli ağrı yaşadığını belirtmiştir. Bu nedenle dismenore ve primer dismenorenin etkili ve muhtemelen etkili farmakolojik veya non farmakolojik tedavilerinden yararlanmaları sağlanmalıdır.

Araştırmada uzun boylu genç kızlarda primer dismenorenin daha yaygın bir sorun olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle uzun boylu genç kızlara hizmet, danışmanlık, eğitim veren hemşireler ve diğer sağlık personeli, genç kızlar kendileri dile getirmeseler bile herhangi bir nedenle öykü alırken dismenoreyi mutlaka sorgulamalı ve sorun yaşayanlara baş etme yöntemleri konusunda eğitim ve danışmanlık vermelidir. Ayrıca boy ve kilo ile dismenore arasında bir ilişki olup olmadığını inceleyen daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Dismenoresi ve primer dismenoresi olan genç kızların büyük çoğunluğunun VKİ 20 kg/m²'nin altındadır. Bu nedenle genç kızlarda dismenore görülme riskini azaltmak için, öncelikle çocukluktan itibaren yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması için ebeveynlerine beslenme eğitimi verilmelidir.

Sağlık çalışanları da dismenorenin farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavisi konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalıdır, bunun için gerekli eğitim programları düzenlenmelidir.

Toplumun önemli bir bölümünü oluşturan gençler için özel hizmet veren sağlık kuruluşları ülkemizde sınırlıdır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan kurumlarda gençlere yönelik özel hizmet veren birimler yaygınlaştırılmalıdır. Bu gençlerin dismenorenin yanı sıra diğer üreme sağlığı sorunları için başvurularını kolaylaştırabilir.

ÖZET

Erdoğan, M. Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi.

Bu çalışma genç kızlarda primer dismenore ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesine bağlı Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan 366 genç kız oluşturmuştur. Veriler, soru formu ve genç kızların boy ve kilolarının araştırmacı tarafından ölçülmesiyle toplanmış, WHO'nun belirlediği kriterlere vücut kitle indeksileri zayıf, normal ve şişman olarak gruplandırılarak primer dismenore ile ilişkisi incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, ki kare, t testi, korelasyon ve odds ratio kullanılmıştır.

Genç kızların büyük çoğunluğu 18–24 yaşları (%97) arasında olup menarş yaşı yaklaşık 13'dür. %77'sinin menstrual siklusları düzenli olan genç kızlar yaklaşık 27 günde bir 6 gün süren menstrual kanama yaşamaktadır. Genç kızların %88,5'i zaman zaman ya da her zaman dismenore yaşadığını belirtmiştir. Aile üyelerinin %68,2'sinde dismenore sorunu vardır. Primer dismenore kriterlerine göre irdelendiğinde, genç kızların %64,2'sinin primer dismenore yaşadığı saptanmıştır. Primer dismenoreye sahip genç kızların %48,1'inin ağrısı, adetten önceki 24 saat içinde başlamakta ve %53,6'sının adet başladıktan sonra 24 saat içinde sona ermektedir. Primer dismenoresi olan genç kızların ağrılarının VAS'a göre değerlendirildiğinde %63,5'nin adet sırasında hissettikleri ağrı orta şiddetlidir. Genç kızların kiloları yaklaşık 58 kg, boyları 162 cm olup vücut kitle indeksi ise yaklaşık 22 kg/m²'dir.

Genç kızlarda primer dismenore ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı olmadığı saptanmıştır (p=0.121 ve $\chi^2=4.220$). Genç kızların kilo ve boyları ile primer dismenore görülme sıklığı karşılaştırıldığında, primer dismenoresi olanların olmayanlara göre 1 cm'den daha uzun oldukları ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0.048). Genç kızlar vücut kitle indeksine göre, zayıf olanlar/olmayanlar, normal olanlar/olmayanlar ve şişman olanlar/olmayanlar olarak gruplandırılıp primer dismenore ile ilişkisine bakıldığında; zayıf olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak daha fazla primer dismenore yaşadığı (p=0.028) saptanmıştır. Vücut kitle indeksinin 20'nin altında olması primer dismenore için bir risk faktörüdür. Buna göre irdelendiğinde vücut kitle

indeksi 20 kg/m² altında olanların olmayanlara göre daha fazla oranda dismenore (p=0.010) ve primer dismenore (p=0.016) yaşadığı saptanmıştır.

Hemşireler ve gençlere hizmet veren sağlık personeli dismenore/primer dismenorenin giderilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemlerini bilmelidir. Ayrıca genç kızlar yeterli, dengeli beslenmenin ve uygun vücut kitle indeksine sahip olmanın, dismenore ile baş etmede önemi konusunda bilinçlendirilmelidir. Dismenore ve primer dismenore genç kızlarda yaygın bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, ders kitaplarında ve medyada bu konu daha fazla yer almalıdır.

Anahtar kelimeler; genç kızlar, primer dismenore, kilo, boy, vücut kitle indeksi.

SUMMARY

Erdoğan, M. Primary Dysmenorrhea and Body Mass Index in Young Women

The purpose of this study was to determine the relationship between primary dysmenorrhea and body mass index (BMI) in young women.

The sample of the current cross-sectional descriptive study consisted of a total of 366 young women who were students at Istanbul University Florence Nightingale Faculty of Nursing and Bakirkoy College of Health. Data were collected using a questionnaire and by measuring the young women's heights and weights. In order to investigate the relationship between BMI and primary dysmenorrhea, BMI values were categorized into three groups according to the criteria defined by the World Health Organization (WHO): underweight, normal, and overweight. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, t-test, correlation and odds ratio.

The majority of the young women in the current study (97%) were between the ages of 18 and 24 years with a menarche age of approximately 13 years. Seventy-seven percent of the young women had regular menstrual cycles every 27 days with each period lasting 6 days. Eighty-eight and a half percent of the young women mentioned experiencing dysmenorrhea either occasionally or with every period, while this ratio was 68.2% for family members. The ratio of young women in the current study experiencing primary dysmenorrhea according to the primary dysmenorrhea criteria was 64.2%. Among those who have been experiencing primary dysmenorrhea, 48.1% mentioned that they start having pain 24 hours prior to their period, and 53.6% stated that the pain subsides within 24 hours from the start of their period. The level of pain was determined to be moderate for 63.5% of the young women with primary dysmenorrhea when evaluated using a visual analogue scale (VAS). The participants' average weight was approximately 58 kg, average height was approximately 162 cm, and BMI was approximately 22 kg/m².

There was no significant relationship between primary dysmenorrhea and BMI among the participants ($p = 0.121$; $\chi^2 = 4.220$). However, comparison of weights and heights of the participants with the frequency of experiencing primary dysmenorrhea revealed that the young women with primary dysmenorrhea were 1 cm taller than those without, which was statistically significant ($p = 0.048$). Evaluation of the relationship between primary dysmenorrhea and the BMI groups, categorized as underweight/non-underweight, normal/abnormal, and overweight/non-overweight, revealed that there was

statistically significant difference between the underweight and non-underweight groups, the former experiencing primary dysmenorrhea more frequently ($p = 0.028$). Bearing in mind that a BMI value below 20 is regarded as a risk factor for primary dysmenorrhea, participants with a BMI value below 20 kg/m^2 experienced dysmenorrhea ($p = 0.010$) and primary dysmenorrhea ($p = 0.016$) more frequently than those with a BMI value above 20 kg/m^2 .

In conclusion, nurses and healthcare personnel providing care to young individuals should be aware of both pharmacological and non-pharmacological treatment methods for treating dysmenorrhea and primary dysmenorrhea. In addition, young women should be informed of the importance of a balanced diet and normal BMI when coping with dysmenorrhea. Dysmenorrhea and primary dysmenorrhea are very common in young women, and should be included more in textbooks and the media.

Keywords: young women, primary dysmenorrhea, body weight, body height, body mass index.

KAYNAKLAR

- Alkış E, Dereli FO, Bostancı M, Zencir M, Özşahin A, Denizli'de bir tekstil fabrikası çalışanlarında hipertnsiyon ve obesite sıklığı, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 2005;3: 34–37.
- Andersch B, Milsom I, An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea, *Am J Obstet Gynecol* 1982;144: 655–60.
- Arısan K, Dismenore, *Kadın Hastalıkları*, İstanbul, Çeltüt Matbaacılık, 1991.p. 287–293.
- Atasü T, Şahmay S, Dismenore ve premenstruall sendrom, *Jinekoloji*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2001.
- Aykut M, Günay O, Gün İ, Tuna R, Balcı E, Özdemir M, Öztürk Y, Biyolojik, sosyo-demografik ve nutrisyonel faktörlerin dismenore prevelansına etkisi, *Erciyes Tıp Dergisi* 2007; 29(5): 393–402.
- Balbi C, Musone R, Menditto A, Prisco LD, Cassese P, D'Ajello M, Ambrosio D, Cardone A, Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2000;2: 143–148.
- Baysal A, Beslenme, İstanbul, Hatiboğlu Yayınları, 2004.p. 4–6.
- Banikarim C, Primary dysmenorrhea in adolescents, <http://www.uptodate.com/contents/primary-dysmenorrhea-in-adolescents?> Erişim Tarihi: 15.09.2011.
- Bernard ND, Scialli AR, Hurlock D, Bertron P, Diet and sex-hormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms, *Obstet Gynecol* 2000;95: 245.
- Can HÖ, Menstrual siklus bozuklukları, Ed. Şirin A, Kavlak O, *Kadın Sağlığı*, İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008.p. 148–172.
- Karanisoğlu H, Dinç H, Üreme organı yapı ve fonksiyon bozuklukları, Ed. Çoşkun A, Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008.p. 417–441.
- Çatalyürek H, Oto Ö, Örer A, Hazan E, Açikel Ü, Farklı hasta gruplarında vücut kitle indekslerinin karşılaştırılması, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 1999;7: 71–74.

Çepni İ, Dismenore, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Mart 2005.p.151–157.

Claudia M, Thomas Reinhold MS, Benno Brinkhaus MD, Stephanie Roll MSc, Susanne Jena MSc, Stefan N. Willich MD, Acupuncture in patients with dysmenorrhea a randomized study on clinical effectiveness and cost-effectiveness in usual care, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;198:166–168.

Davis A, Westhoff CL, Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives, J Pediatr Adolesc Gynecol 2001; 14(1): 3–8.

Demirezen E, Coşansu G, Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, TED Eğitim ve Bilim Dergisi 2005;14(8): 174–178.

Doty E, Attaran M, Managing primary dysmenorrhea, Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology 2006;19(5):341–4.

Durain D, Primary dysmenorrhea: Assesment and managment update, American College of Nurse-Midwives 2004; 49(6):520–8.

Elizabeth G, Menstrual disorders, Ed. Elizabeth G, Gynaecological Nursing, London, Churchill Livingstone, 2001.p. 94–96.

Erçalık C, Fibromiyalji sendromunda bilişsel davranış tedavisi ve tens tedavilerinin etkinliği. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye. 2005.

Erenel A, Şentürk İ, Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamalar, Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 2: 48–60.

Fenning NR, Dysmenorrhea. Current Obstetrics & Gynaecology 2005;15(6): 394–401.

French L, Dysmenorrhea, American Family Physician 2005;71(2): 285–291.

Fujiwara T, Nakata R, Young Japanese college students with dysmenorrhea have high frequency of irregular menstruation and premenstrual symptoms, The Open Medical Informatics Journal 2007;1: 8–11.

Güler S, Genç kızlarda menstruasyon özellikleri ve antropometrik ölçümleri. Uzmanlık Tezi, Selcuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye. 1996.

Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with omega-3 polyunsaturated fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents, *Am J Obstet Gynecol* 1996;174: 1335-8.

Harlow SD, Park M, A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women, *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103(11): 1134-42.

Hoseini, Sheikh R, The effect of 8 weeks stretching exercise on primary dysmenorrhea in 15-17 aged high school student girls in Arak, *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2010; 11 (4): 84-91.

İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, Açikel M, Obezite ve metabolik sendrom, *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2008;6(3): 168-174.

Jolin JA, Rapkin A, Pelvik ağrı ve dismenore, Ed. Berek JS, MD, Novak Jinekoloji, İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 2004.p. 421-448.

Kaba H, Enterferansiyel akım ve mobilizasyonun primer dismenore üzerine etkilerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2007.

Kamacı M, Önder Y, Akman N, Adölesanlarda primer dismenorenin vücut kitle indeksiyle ilişkisi, *Van Tıp Dergisi* 1997; 4(3): 154-7.

Kamonsak T, Vitaya T, Dittakarn B MD, Dysmenorrhea in thai adolescents: prevalence, impact and knowledge of treatment, *J Med Assoc Thai* 2004; 87(3): 69-73.

Kaplan B, Peled Y, Pardo J, Rabinerson D, Hirsh M, Ovadia J, Neri A, Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as a relief for dysmenorrhea, *Clin Exp Obstet Gynecol* 1994;21(2): 87-89.

Katharyn A, Laura R, Dysmenorrhea, *Maternal and Neonatal Nursing*, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1994.p. 108-110.

Kurtuluş Yiğit E, Tezcan S, Tunçkanat H, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara, Ankara Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008;12: 182-186, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/>, Erişim tarihi: 10.01.2012.

Larroy C, Comparing visual-analog and numeric scales for assessing menstrual pain. *Behav Med* 2002;27: 179–81.

Latthe P, Mignini L, Gray R, Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review, *BMJ Journals* 2006;332: 749.

Lefebvre G, Pinsonneault O, Primary dysmenorrhea consensus guideline, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2005;169: 1117–1130.

Lohman TG, Caballero B, Himes JH, Hunsberger S, Reid R, Stevard D, Skipper P, Composition assesment in American İndian children, *Am J Clin Nutr* 1999;64: 764–766.

Montero P, Bernis C, Fernandez V, Castro S, İnfluence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irregularity, *Journal of Biosocial Science* 1996;28: 315–323.

Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F, Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51: 1–14.

Oskay Ü, Şahin NH, Genç kızların premenstrual sorunları, *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004;12(4): 54–61.

Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanai H, Hinohara S, Fukui T, Dysmenorrhea among Japanese woman, *İnternational Journal of Gyn Obs* 2008;100(1): 13–17.

Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarcon LC, Veras-Godoy HA, Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students, *İnternational Journal Gynecology and Obstetrics* 2009;107: 240–243.

Oskay Ü, Can G, Taş D, Sezgin Ö, Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde görülen premenstrual sorunlar, *İ Ü. F. N Hemşirelik Dergisi* 2008;16(63): 157–164.

Palter SF, Olive DL, Üreme Fizyolojisi, Ed. Berek JS, MD, Novak Jinekoloji, İzmir, Nobel Tıp Kitabevi, 2004.p. 149–169.

Parazzini F, Tozzi L, Mezzopane R, Luchini L, Marchini M, Fedele L, Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhea, *Epidemiology* 1994;5(4):469–72.

Pekcan G, Şişmanlığın tanımı ve saptanması, III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongre Kitabı, 12–15 Nisan 2000, Ankara; 2000.p. 93.

Potur DC. Lokal düşük doz ısı uygulamasının dismenore üzerine etkileri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye. 2009.

Proctor ML, Murphy PA, Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea, Cochrane Database Syst Review 2001;1: 21–24.

Philips SM, Shulman RJ (2010), Measurement of growth in children, <http://www.uptodate.com/contents/measurement-of-growth-in-children?> Erişim Tarihi: 01.02. 2012.

Reeder SJ, Martin LL, Griffin DK, Common problems in woman's health, Maternity Nursing, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1997.p. 235–238.

Sağlık Bakanlığı. Yeterli ve dengeli beslenme, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara, 2004, p. 9.

Schorge JO, Schaffer JI, Halvorsan LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG, Üreme endokrinolojisi, Williams Jinekoloji, Hadımköy-İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2010.p. 330–361.

Singh A, Kiran D, Singh H, Nel B, Singh P, Tiwari P, Prevalence and severity of dysmenorrhea: a problem related to menstruation, among first and second year female medical students, Indian J Physiol Pharmacol 2008;52(4): 389–397.

Smith RP, Kaunitz AM, Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of primary dysmenorrhea in adult women, <http://www.uptodate/pathogenesis/clinical/manifestations-and-diagnosis-of-primary-dysmenorrhea-in-adult-women?> Erişim tarihi: 15.09.2011.

Sundell G, Milsom I, Andersch B, Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women, Br J Obstet Gynaecol 1990;97(7):588–94.

Sevil Ü, Adölesan dönemi, Ed. Şirin A, Kavlak O, Kadın Sağlığı, İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008.p. 57–90.

Taşçı KD, Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi, TAF Preventive Medicine Bullutin 2006;5(6): 434–443.

Taşkın L, Üreme siklusu anomalileri, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 8. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbacılık, 2007.

Tokgözoğlu L, Obezite, koroner risk ve risk faktörleri, Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2002;3: 211–212.

Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Araştırması 2010, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2012.p. 50–51.

Unsal A, Ayrancı U, Tozun M, Arslan G, Çalık E, Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students, *Upsala Journal of Medical Sciences* 2010a; 115: 138–145.

Unsal A, Tozun M, Aslan G, Ayrancı U, Alkan G, Evaluation of dysmenorrhea among women and its impact on quality of life in a region of western Turkey, *Pak J Med Sci* 2010b; 26(1): 142–147.

Uğur S, Işık Ç, Pelvik ağrı ve kronik pelvik ağrı, *Obstetrik ve Jinekoloji*, 1. Baskı, İzmir, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001.p. 365–371.

Vicdan K, Kukner S, Tabakoğlu S, Ergin T, Keles G, Gökmen O, Demographic and epidemiologic features of female adolescents in Turkey, *J Adolesc Health* 1996;18(1): 54–8.

Waller D, McPherson A, Menstrual problems, *Woman's Health* 2005;1: 26–29.

World Health Organization (2006), Body mass index http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. Erişim Tarihi: 23.03.2012.

World Health Organization (2010), Adolescent girls (10–19 years), http://www.who.int/gender/women_health_report/charts/en/index2.html. Erişim tarihi: 05.01.2012

World Health Organization 2011, Obesity and overweight, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>. Erişim Tarihi: 23.03.2012.

Yavuz M, Ağrıda kullanılan non-farmakolojik yöntemler, *Ağrı Doğası ve Kontrolü* 2005.p. 136.

Yıldırım M, Dismenore, *Klinik Jinekoloji*, 2. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1992.p. 299–303.

Zhu x, Proctor M, Bensoussan A, Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhea, *Cochrane Database Syst Rev* 2007;52–88.

Ziaei S, Faghihzadeh S, Sohrabvand F, A randomised placebo-controlled trial to determine the effect of vitamin E in treatment of primary dysmenorrhoea, *BJOG* 2001;108:1181.

Ziaei S, Zakeri M, Kazemnejad A, A randomised controlled trial of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhoea, BJOG 2005;112(4):466-469.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgileri

Adı	Meryem	Soyadı	Erdoğan
Doğum Yeri	Uşak	Doğum Tarihi	04.01.1984
e-mail	Ultra_aslan_me@hotmail		

Eğitim Bilgileri

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	
İlkokul	Saraycık İlköğretim Okulu	1990–1995
Ortaokul ve Lise	Eşme Şehit Cemalettin Anadolu Lisesi	1995–2002
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2002–2006
Yükseklisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009–2013

İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre
Dokuz Eylül Tıp Fakültesi	Yoğun Bakım Hemşiresi	Aralık 2006- Haziran 2007
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	Servis Hemşiresi	Temmuz 2007- Ağustos 2010
Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Yoğun Bakım Hemşiresi	Ağustos 2010- Haziran 2012
Kula Devlet Hastanesi	Acil Servis Hemşiresi	Haziran 2012- ...

TEŞEKKÜRLER

Hemşirelik mesleğinin öğrenilmesi ve geliştirilmesinde ara kademelerden biri olan yüksek lisansın sonuna gelmiş bulunuyorum. Mesleğimde ilerlemek ve kendimi geliştirmek için önümde uzun bir yol olduğuna inanarak;

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda bana destek olan, bu süreçte ilminden faydalandığım, tecrübelerinden faydalanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı değerli hocam, danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Sevgi Özsoy'a,

Çalışma hayatı ve eğitimi bir arada götürmeme yardımcı olan tüm servis sorumluları ve hemşire arkadaşlarıma,

Araştırmamın verilerini toplama sürecinde bana yardımcı olan İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi ve Bakırköy Sağlık Yüksekokulu çalışanları, öğretim elemanları ve öğrencilerine,

Araştırmamın verilerini toplama sürecinde benimle birlikte olan sevgili arkadaşlarım Emine Yamaç ve Dilek Özyıldırım'a, verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Filiz Adana ve Yrd. Doç. Dr. Mesut Çakır'a,

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan annem ve babama teşekkürlerimi sunarım.

Meryem Erdoğan

EKLER

EK 1. Soru Formu

GENÇ KIZLARDA PRİMER DİSMENORENİN VÜCUT KİTLE İNDEKSİYLE İLİŞKİSİNİ DEĞERLENDİRMEYE YÖNELİK ANKET FORMU

Sevgili arkadaşlar,

Bu çalışma, “Genç Kızlarda Primer Dismenorenin Vücut Kitle İndeksiyle İlişkisi”ni belirlemek amacıyla planlanmıştır. Sizden isminizi belirtmeniz istenmemektedir, verdiğiniz cevaplar araştırma dışında kullanılmayacak, çalışma sonuçları yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları atlamadan cevaplayınız. Sorulara tüm samimiyetinizle yanıt vermeniz sayesinde; elde ettiğimiz bilgiler bu konuda sıkıntısı olan genç kızların eğitim, danışmanlık ve tedavisi için yararlanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

Meryem Erdoğan

Adnan Menderes Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket no:

Uygulama tarihi:

A.TANITICI BİLGİLER

1. Bölümünüz?

1. Hemşirelik
2. Ebelik

2. Sınıfınız?

- 1) 1. Sınıf
- 2) 2. Sınıf
- 3) 3. Sınıf
- 4) 4. Sınıf

3.Yaşınız...

4. Bu güne dek en uzun yaşadığınız bölge?

1. Marmara Bölgesi
2. Ege Bölgesi
3. Karadeniz Bölgesi
4. İç Anadolu Bölgesi
5. Akdeniz Bölgesi
6. Doğu Anadolu Bölgesi
7. İç Anadolu Bölgesi
8. Diğer...

5. En uzun süre yaşadığınız yer?

1. Köy
2. Kasaba
3. İlçe
4. Şehir
5. Diğer...

6. Şu anda kaldığınız yer?

1. Evde, ailemle/eşimle birlikte
2. Evde, akrabalarımınla birlikte
3. Evde, arkadaşlarla birlikte
4. Yurtta/pansiyonda
5. Evde yalnız
6. Diğer...

7. Annenizin eğitim durumu?

1. Okur-yazar Değil
2. Okur-yazar

3. İlkokul Mezunu
4. Ortaokul Mezunu
5. Lise Mezunu
6. Üniversite Mezunu
7. Yüksek Lisans/Doktora
8. Diğer

8. Babanızın eğitim durumu?

1. Okur-yazar Değil
2. Okur-yazar
3. İlkokul Mezunu
4. Ortaokul Mezunu
5. Lise Mezunu
6. Üniversite Mezunu
7. Yüksek Lisans/Doktora
8. Diğer

9. Annenizin çalışma durumu?

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor
3. Emekli
4. Diğer

10. Babanızın çalışma durumu?

1. Çalışıyor
2. Çalışmıyor
3. Emekli
4. Diğer

11. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

B. MENSTRUASYON (ADET) VE DİSMENORE (ADET AĞRISI) İLE İLGİLİ BİLGİLER

12. İlk adet yaşıınız

13. Adetleriniz düzenli midir?

1. Hayır
2. Evet

Cevabınız evet ise 14. sorudan devam edin

Cevabınız hayır ise 15. soruya geçin

14. Düzenli ise, ortalama kaç günde bir adet olursunuz?

15. Âdetleriniz kaç gün sürüyor?

16. Âdetinizin en yoğun gününde kaç ped değiştirirsiniz?

17. Adetleriniz ağrılı mıdır?

1. Hayır
2. Zaman zaman adetler de ağrı oluyor
3. Her adette ağrı oluyor

Cevabınız zaman zaman veya her adette ise 18. sorudan devam edin

Cevabınız hayır ise 21. sorudan devam edin

18. Ağrınız ne zaman başlıyor?

1. Adetten önceki ilk 2-3 gün içinde
2. Adetten önceki ilk 24 saat içinde

3. Adetten önceki ilk 1–2 saat içinde
4. Adetle birlikte
5. Adetten sonraki ilk 1–2 saat içinde
6. Adetten sonraki ilk 24 saat içinde
7. Diğer

19. Ağrınız ne kadar devam ediyor?

1. Adetten başladıktan sonra 1–2 saat sürüyor
2. Adet başladıktan sonra 24 saat sürüyor
3. Adet başladıktan sonra 48 saat sürüyor
4. Adet süresince devam ediyor

20. Adet ağrınızı en az (1), en çok (10) arasında değerlendirirseniz, siz bu ağrıya 1 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz? İşaretleyiniz.

1 ... 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Adet sırasında ağrı dışında yaşadığınız sorunlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Bel ağrısı
2. Halsizlik
3. Sinirlilik
4. Bacak ağrısı
5. Karın ve bacaklarda kramp
6. Baş ağrısı
7. Bulantı-kusma
8. Sık idrara çıkma
9. İshal
10. Konsantrasyon bozukluğu
11. Diğer
12. Hiçbiri

22.Ailenizde adet ağrısı olan başka birileri var mı? Cevabınız evet ise kim olduğunu yazınız.

1. Hayır

2. Evet (a. Anne b.Abla c. Teyze d. Hala e. Diğer.....)

C. FİZİK ÖLÇÜMLERLE İLGİLİ BİLGİLER

23. Boyunuz...

24. Kilonuz...

EK 2. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığı

Sayı :B.30.2.İST.0.Y4.71.00/ 869
Konu :


04.05.2011

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

İlgi : 28.04.2011 tarih ve 3054 sayılı araştırma izin yazınız hk.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi **Meryem Erdoğan**'ın "Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi" konulu araştırmasının öğrencilerin bilgilendirilmiş izin hakları saklı kalmak koşulu ile okulumuzda öğrenim gören tüm kız öğrencilere uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Araştırma sonuçlarının Fakültemize iletilmesi konusunda gereğini arz eder, saygılarımı sunarım.


Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ
Vekil Dekan

EK 3. İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bakırköy Sağlık Yüksekokulu
Müdürlüğü



Sayı :B.30.2.İST.0.Y2.71.00/460
Konu : Araştırma İzni Hk.

Tarih:03.05.2011

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 28.04.2011 tarih ve 605.01/3053 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum – Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Meryem ERDOĞAN'ın “Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi” konulu tez çalışması kapsamındaki araştırmanın 01 – 31 Mayıs 2011 tarihleri arasında Yüksekokulumuzda öğrenim gören tüm kız öğrencilere uygulanması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Hacer KARANİSOĞLU
Müdür

EK 4. Gönüllü Olur Formu

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı:

Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Sizi bu araştırmaya katılmanız için davet ediyoruz. Araştırmanın amacını anlamanız ve katılım için özgürce karar verebilmenizi sağlamak üzere hazırladığımız bu bilgilendirmeyi, lütfen dikkatlice okuyunuz

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmada genç kızların dismenore yaşama durumları ile beden kitle endeksleri arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Sonuçlar dismenoreye etki eden faktörlerin ortaya konmasını sağlayarak, genç kızların konu ile ilgili eğitim, danışmanlık ve tedavilerinde kullanılabilir. Sorulara vereceğiniz samimi yanıtlar çalışmanın güvenilirliği için önemlidir.

Araştırmaya katılma koşulları: Bu araştırmaya;

- İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu ya da Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde öğrenim görüyorsanız,
- Daha önce hiç gebe kalmadıysanız,
- Dismenoreye neden olan ya da etki eden bir ilaç kullanmıyorsanız,
- Dismenoreye neden olan bir hastalığınız yoksa,
- Verilerin toplandığı günlerde okulda bulunuyorsanız bu araştırmaya katılabilirsiniz.

Araştırmada kullanılacak yöntem: Eğer araştırmaya katılma koşullarına uygunsanız, sizden anket formunu doldurmanız istenecek ayrıca boy ve kilonuz ölçülecektir.

Anket formunda yer alan sorular arasında sizi ve ailenizi tanıtıcı sorular, sizin menstruasyon ile ilgili bilgi durumunuz ve menstruasyon özellikleriniz, dismenore yaşama durumunuz ve beslenme alışkanlıklarınızla ilgili sorular yer almaktadır.

DİKKAT!

- İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu ya da Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde okumayan,
- Veri toplama formunu eksik cevaplayan ya da hiç cevaplamayan,
- Vücut ölçümlerinin alınmasına izin vermeyen,
- Kronik bir hastalığı olan (diyabet, epilepsi, endometriozis, vb.),
- Menstrual siklusu ya da dismenoresini etkileyen ilaç kullanan (oral kontraseptifler vb.)
- Daha önce doğumla sonuçlanmış ya da sonuçlanmamış gebeliği olan,
- Verilerin toplandığı günlerde okulda bulunmayan kızlar **Çalışmaya Dahil Edilmeyecektir.**

NOT: Araştırmaya yukarıdaki kriterlerden biri nedeniyle katılamayacaksanız, lütfen katılmama nedeninizi işaretleyiniz.

Araştırmaya katılan gönüllü sayısı: Bu araştırmada yer alacak tahmini gönüllü sayısı 750 kız öğrencidir.

Gönüllünün adı soyadı:

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

İmzası

EK 5. Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Danışma Kurulu Onam Formu



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY
DR. SADI KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ETİK DANIŞMA KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Genç Kızlarda Primer Dismenore ve Vücut Kitle İndeksi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	2011/13				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sevgi GÖKDEMİREL/ Hemş. Meryem ERDOĞAN				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği				
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI					
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI					
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu				
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği				
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ					
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input checked="" type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR	Belirtiniz: Veri Kaynakları Taraması, Sistem Model Geliştirme Çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	11.03.2011	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	11.03.2011	1	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.03.2011	1	Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU	11.03.2011	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2011/3.05	Tarih: 11.03.2011				
	Yrd. Doç. Dr. Sevgi GÖKDEMİREL/ Hemş. Meryem ERDOĞAN sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Uz. Dr. Oya HERGÜNSEL	Anesteziyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Ayşe KAVAK	Dermatoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Ahmet AKGÜL	Kalp - Damar Cerrahi	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Özlem KAPTANOĞULLARI	İç Hastalıkları	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Osman KARAKAYA	Kardiyoloji	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uz. Dr. Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uz. Dr. Özlem AÇIKGÖZ	Mikrobiyoloji	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uz. Dr. Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Eczacı Zeynep Dilek GÜRSES	Eczane	BEAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>