



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİSMENORE ETKİLENMİŞLİK ÖLÇEĞİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

ÇİĞDEM GÜN
DOKTORA TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. NURDAN DEMİRCİ

2014-İSTANBUL



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**DEVELOPMENT OF THE EFFECTS OF
DYSMENORRHEA SCALE**

ÇİĞDEM GÜN
DOCTORATE THESIS

DEPARTMENT OF OBSTETRIC AND GYNCOLOGIC NURSING

SUPERVISOR
Doç. Dr. NURDAN DEMIRCI

2014-ISTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Doktora
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi : Çiğdem Gün
Tez Başlığı :Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Geliştirilmesi
Sınav Yeri : MÜ. SBF. Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 17.07.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Nurdan Demirci

Kurumu

MÜ. SBF.Hemşirelik Bölümü

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nuran Kömürcü

MÜ. SBF.Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

İstanbul Üniversitesi F.N. H.F

Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar


MÜ. SBF.Hemşirelik Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Otrar

MÜ. AEF. Eğitim Bilimleri Bölümü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 23.07.2014 tarih ve 15 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

ÇİĞDEM GÜN



I. TEŞEKKÜR

Eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerini aktaran değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ'ye,

Araştırmanın başından sonuna kadar beni her zaman destekleyen görüşlerine başvurduğum ve özellikle istatistik konularındaki katkılarından dolayı tez izleme jüri üyem Sayın Yrd. Doç. Dr. Mustafa OTRAR'a ve gösterdikleri çalışma kolaylığı, destekleri ve değerli katkıları için tez izleme jüri üyem Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ne,

Doktora eğitimim boyunca bilgilerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye, Doç. Dr. Hatice YILDIZ'a ve Prof. Dr. şule ECEVİT ALPAR'a

Her zaman beni olumlu yönde güdüleyen ve desteğiyle yanımda olan sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Ayşegül DURMAZ'a ve Arş. Gör. Dr. Dilek POTUR'a ve isimlerini sayamadığım diğer araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Desteklerini ve sabırlarını hiçbir zaman esirgemeyen annem Hanife GÜN'e ve babam Mehmet GÜN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem GÜN

Temmuz 2014

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Dismenore Tanımı ve Sınıflandırılması	7
4.1.1. Primer dismenore	7
4.1.1.1. Konjestif primer dismenore	8
4.1.1.2. Spazmotik primer dismenore	8
4.1.2. Sekonder Dismenore	8
4.2. Primer Dismenore Mekanizması	8
4.3. Primer Dismenore Etiyolojisinde Rol Oynayan Faktörler	10
4.3.1. Prostaglandinlerin etkisi	10
4.3.2. Vazopressin etkisi	11
4.3.3. 5-Lipooksijenaz etkisi	11
4.3.4. Estrojen-progesteron düzeyinin etkisi	11
4.3.5. Diğer nedenler	11
4.4. Primer Dismenorede Risk Faktörleri	12
4.4.1. Yaş	12
4.4.2. Menarş yaşı	13
4.4.3. Siklus uzunluğu ve kanama süresi	13
4.4.4. Gebelik ve doğum	13
4.4.5. Gelir durumu	14
4.4.6. Stres ve menarşa tepki	14
4.4.7. Eğitim düzeyi	15
4.4.8. Aile öyküsü	15
4.4.9. Sigara	15
4.4.10. Alkol	15
4.4.11. Beden kitle indeksi	16
4.4.12. Egzersiz	16

4.5. Primer Dismenore Prevelansı	17
4.6.Primer Dismenoreyi Önlemeye ve Tedaviye Yönelik Uygulamalar	20
4.6.1.Farmakolojik yöntemler	20
4.6.1.1.Prostoglandin sentez inhibitörleri	20
4.6.1.2. Kalsiyum kanal blokerleri	21
4.6.1.3. Oral kontraseptifler	21
4.6.1.4. Transdermal nitrogliserin	21
4.6.1.5. Sildenafil sitrat	21
4.6.2. Non-farmakolojik yöntemler	22
4.6.2.1. Duygusal özgürlük teknikleri	22
4.6.2.2. Eğitim	22
4.6.2.3. Masaj ve aromaterapi	22
4.6.2.5. Akupunktur	23
4.6.2.6. Akupresör	23
4.6.2.7. Spinal manüplasyon terapisi	23
4.6.2.8. Fiziksel egzersiz	24
4.6.2.9. Yoga	24
4.6.2.10. Isı uygulaması	24
4.6.2.11. Diyet	24
4.6.2.12. B vitamini	25
4.6.2.13. E vitamini	25
4.6.2.14. K vitamini	25
4.6.2.15. Magnezyum	25
4.6.2.16. Kalsiyum	26
4.6.2.17. Omega-3 yağ asitleri (balık yağı)	26
4.6.2.18. Rezene	26
4.6.2.19. Gül Çayı	26
4.6.2.20. Zencefil	26
4.6.2.21. Kara yılan otu	27
4.6.2.22. Japon bitki tedavileri	27
4.6.2.23. Çin bitki tedavileri	27
4.6.2.24. Transcutaneous elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)	27

4.7. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi	27
4.8. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli	28
4.9. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Dismenorenin Değerlendirilmesi	30
4.9.1. Sağlığı algılama, sağlığın yönetimi örüntüsü	30
4.9.2. Beslenme ve metabolik örüntü	31
4.9.3. Boşaltım örüntüsü	32
4.9.4. Aktivite-egzersiz örüntüsü	32
4.9.5. Bilişsel- algısal örüntü	33
4.9.6. Uyku dinlenme örüntüsü	34
4.9.7. Kendini algılama ve benlik kavramı örüntüsü	35
4.9.8. Rol ilişki örüntüsü	36
4.9.9. Cinsellik üreme örüntüsü	36
4.9.10. Başetme, stres toleransı örüntüsü	37
4.9.11. Değer inanç örüntüsü	37
5. GEREÇ VE YÖNTEM	39
5.1. Araştırmanın Amacı	39
5.2. Araştırmanın Türü	39
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
5.4. Araştırmanın Zamanı	39
5.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	40
5.6. Araştırmaya Alınma Kriterleri	40
5.7. Araştırma Soruları	43
5.8. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	43
5.8.1. Dismenore tanılama formu	43
5.8.2. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği	43
5.8.3. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği Taslağı	44
5.8.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği	44
5.9. Verilerin Analizi	47
5.9.1. Dismenore tanılama formundaki verilerde kullanılan analizler	47
5.9.2. DEÖ geliştirilme süreci ve kullanılan analizler	48
5.9.3. FEDÖ Türkçe adaptasyonu için kullanılan analizler	50

5.10. Araştırmanın Etik Yönü	51
5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	52
6. BULGULAR	53
6.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	53
6.2. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular	57
6.2.1. İçerik ve kapsam geçerliliği ile ilgili bulgular	57
6.2.2. DEÖ'nin KMO ve Barlett analizi	58
6.2.3. Yapı geçerliliği ile ilgili bulgular	58
6.2.4. Birleşen geçerlilik ile ilgili bulgular	65
6.2.5. İç tutarlılık analizi ile ilgili bulgular	65
6.2.6. Zamana göre değişmezlik ile ilgili bulgular	67
6.2.7. Katılımcıların bazı özelliklerine göre DEÖ'nden aldıkları puanlar	74
6.3. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular	77
6.3.1. İçerik ve kapsam geçerliliği ile ilgili bulgular	78
6.3.2. FEDÖ'nin KMO ve Barlett analizi	79
6.3.3. Yapı geçerliliği ile ilgili bulgular	80
6.3.4. Birleşen geçerlilik ile ilgili bulgular	81
6.3.5. İç Tutarlılık analizi ile ilgili bulgular	81
6.3.6. Zamana göre değişmezlik ile ilgili bulgular	83
6.3.7. Katılımcıların bazı özelliklerine göre FEDÖ'nden aldıkları puanlar	87
6.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dismenore İle Karşılaştırılması	88
7. TARTIŞMA	96
7.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özellikleri	96
7.2. DEÖ Geçerlilik ve Güvenirliliği	101
7.3. FEDÖ Geçerlilik ve Güvenirliliği	111
7.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Dismenore ile Karşılaştırılması	116

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	121
8.1. Sonuçlar	121
8.2. Öneriler	125
9. KAYNAKLAR	127
10. EKLER	151
EK 1.Dismenore Tanılama Formu	151
EK 2. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği	153
EK 3.FEDÖ Kullanımı İçin Yazar İzni	154
EK 4. Kurum İzinleri	155
EK 5. Etik Kurul İzni	159
EK 6. Görüşleri Alınan Uzmanlar	160
EK7. Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu	161
EK 8. DEÖ	162
EK 9. DEÖ Uygulama Rehberi	164
EK 10. DEÖ Uygulanan Taslak Ölçeği	165
11. ÖZGEÇMİŞ	167

III. KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
DEÖ	Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği
FEDÖ	Fonksiyonel ve emosyonel Dismenore Ölçeği
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
KMO	Kaiser Meyer Olkin
İGO	İçerik Geçerlilik Oranı
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SRMR	Standardized Root-mean-Square Residual
CFI	Comparative Fit Index
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Dismenore Prevelansına İlişkin Yapılmış Çalışmalar	17-19
Tablo 5.1.	Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	48
Tablo 6.1.	Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Ortalamaları	54
Tablo 6.2.	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 6.3.	Katılımcıların Dismenore Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 6.4.	Katılımcıların Dismenore Tedavisinde Analjezik Kullanımı	56
Tablo 6.5.	Katılımcıların Kullandıkları TAT Yöntemleri	56
Tablo 6.6.	Katılımcıların Kullandıkları Bitkisel Yöntemler	57
Tablo 6.7.	Katılımcıların Kullandıkları Diğer Yöntemler	57
Tablo 6.8.	Katılımcıların Alışkanlıklarına Göre Dağılımları	58
Tablo 6.9.	DEÖ'nin KMO ve Barlett Değerleri	59
Tablo 6.10.	Tüm Maddeler İle Oluşturulan DFA Model Uyum İndisleri	59
Tablo 6.11.	Nihai Ölçekle Oluşturulan DFA Model Uyum İndisleri	61
Tablo 6.12.	Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Standartlaştırılmış Kovaryans Değerleri	62
Tablo 6.13.	DEÖ Maddelerine Ait Standartlaştırılmış Yük Katsayıları	62-64
Tablo 6.14.	Ölçeğin Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler	64
Tablo 6.15.	Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İle Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutları Birleşen Geçerlilik Bulguları	65
Tablo 6.16.	DEÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlara Ait Cronbach Alfa Değerleri	66
Tablo 6.17.	Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları	68

Tablo 6.18.	DEÖ Alt boyut ve Toplam Ölçek Puanlarına Ait Betimleyici Değerler	69
Tablo 6.19.	Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre DEÖ Puanları	70-73
Tablo 6.20.	Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin KMO ve Barlett değerleri	78
Tablo 6.21.	Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İçin Faktör Analizi Sonuçları	79
Tablo 6.22.	Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İçin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi	80
Tablo 6.23.	FEDÖ Alt boyutları Arasındaki İlişkiler	81
Tablo 6.24.	FEDÖ Alt Boyut ve Toplama Ait Güvenirlilik Değerleri	81
Tablo 6.25.	FEDÖ Maddelerine Ait Madde Analizi	82
Tablo 6.26.	Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları	83
Tablo 6.27.	FEDÖ Alt boyut ve Toplam Ölçek Puanlarına Ait Betimleyici Değerler	84
Tablo 6.28.	Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre FEDÖ Puanları	85-86
Tablo 6.29.	Dismenore Başlama Zamanı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	88
Tablo 6.30.	Dismenore Süresi ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	88
Tablo 6.31.	İlk Dismenore Yaşama Zamanı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	89
Tablo 6.32.	Dismenore Nedeniyle Doktora Başvurma ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	89
Tablo 6.33.	Sigara Kullanımı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	90
Tablo 6.34.	Alkol Kullanımı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	90
Tablo 6.35.	BKI ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	90
Tablo 6.36.	Kaldığı Yer ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	91
Tablo 6.37.	Kahvaltı Alışkanlığı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	91
Tablo 6.38.	Defekasyon Sıklığı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	92
Tablo 6.39.	Düzenli Kafein Tüketimi ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	92
Tablo 6.40.	Beslenme Alışkanlıkları ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	93
Tablo 6.41.	Annede Dismenore Öyküsü ile Ağrı Karşılaştırılması	93

Tablo 6.42.	Kardeşte Dismenore Öyküsü ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması	94
Tablo 6.43.	Oluşturulan Modelin İstatistiksel Açılımı	94
Tablo 6.44.	Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Dismenore Üzerine Etkisi	95

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1.	Dismenore Patofizyolojisi	10
Şekil 4.2.	Primer Dismenorenin Oluşum Mekanizması	12
Şekil 5.1.	Araştırma Süreci Aşamaları	43
Şekil 5.2	DEÖ Geliştirme Aşamaları	46
Şekil 5.3	FEDÖ Geçerlik ve Güvenirlilik Aşamaları	47

DİSMENORE ETKİLENMİŞLİK ÖLÇEĞİ'NİN GELİŞTİRİLMESİ

Çiğdem GÜN, Danışman: Doç Dr. Nurdan DEMİRCİ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Genç kızlarda çocukluktan erişkinliğe geçişte en önemli değişimlerden biri menarş ve menstrual siklus bir çok sorunuda beraberinde getirmektedir. Bu soruların içerisinde en yaygınlarından birisi ise dismenoredir. Kadın yaşamını olumsuz etkileyen dismenorenin holistik değerlendirilmesini sağlayacak Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre temellendirilmiş bir ölçüm aracına ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır. Araştırmanın amacı dismenorenin holistik değerlendirilmesini sağlayan bir ölçüm aracı geliştirerek literatüre kazandırmak, Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin Türkçe adaptasyonunu yapmak ve dismenore ile ilişkili olabilecek faktörleri değerlendirmektir. Araştırma bir kamu üniversitesinde primer dismenore tanısına uyan 660 kız öğrenci üzerinde yapıldı. Veriler Dismenore Tanılama Formu, araştırmacılar tarafından geliştirilen Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği ile Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler MPLUS programı ile değerlendirildi. Ölçek geliştirme ve geçerlilik güvenilirlik aşamalarında kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, birleşen geçerliliği, Cronbach's Alpha, Spearman Brown ve Guttman katsayıları, Madde analizi, Test-tekrar test yöntemleri kullanıldı. Araştırma sonucunda geliştirilen 39 madde ve 11 alt boyuttan oluşan Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Cronbach's Alpha katsayısı 0,90; 14 madde ve 2 alt boyuttan oluşan Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,91 olarak bulunurken, birleşen geçerliliği $r=0,74$ olarak bulundu. Ayrıca Dismenore şiddeti ile ağrı süresi, doktora başvurma durumu, yaşadığı yer, kahvaltı alışkanlığı, düzenli kafein kullanma durumu, beslenme alışkanlığı ve aile öyküsü arasında anlamlı fark bulundu. Sonuç olarak Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği ile Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore ölçeğinin geçerli ve güvenilir oldukları bulundu.

Anahtar Kelimeler: Dismenore, Ölçek Geliştirme, Gordon Modeli

DEVELOPMENT OF THE EFFECTS OF DYSMENORRHEA SCALE

Çiğdem GÜN, Supervisor: Assos. Prof.Nurdan DEMİRÇİ

Department of Obstetric and Gynecologic Nursing

2.SUMMARY

Menarche and menstrual cycle, which are among the most important changes during from childhood to adulthood in young women, bring many problems. In this regard, one of the most prevalent these problems is dysmenorrhea. It was determined that in order to evaluate dysmenorrhea in a holistic way, a measurement tool that is based on Gordon's Functional Health Patterns is needed. The objective of this study is to develop a measurement tool for evaluating dysmenorrhea in a holistic way that contributes to the literature, localize the Functional and Emotional Dysmenorrhea Scale into Turkish and evaluate factors that may be linked to dysmenorrhea. The study was conducted with 660 female students attending an university who met the primary dysmenorrhea criteria. Data was collected using the localized Functional and Emotional Dysmenorrhea Scale, Dysmenorrhea Identification Form and the Effects of Dysmenorrhea Scale which were developed as part of this study. Data was analyzed using the MPLUS. During development of the Effects of Dysmenorrhea scale; content, construct, convergent validity; Cronbach's Alpha, Spearman Brown, and Guttman coefficients, item analysis, test-retest methods were used to ascertain validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient of the Effects of dysmenorrhea Scale, which was developed in this study and contained 39 items and 11 sub dimensions, was found to be 0,90; whereas the Cronbach's alpha coefficient of the Functional and Emotional Dysmenorrhea Scale, which included 14 items and 2 sub dimensions was 0,91. Convergent validity between the two scales was found to be $r=0,74$. In addition statistically significant correlation was found between intensity of dysmenorrhea and duration of pain, whether the person being treated for dysmenorrhea, location, regular caffeine use, nutritional habits, and family history. In conclusion, it was found that the Effects of Dysmenorrhea Scale and the Functional and emotional Dysmenorrhea Scale were valid and reliable.

Key words: Dysmenorrhea, scale development, Gordon's model

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için bütün organizmada özellikle üreme organlarında menarşdan menopoza kadar her ay düzenli şekilde devam eden bazı değişikliklerin olması beklenir. Bu değişikliklerin tümüne menstruel siklus adı verilir (Karanisoğlu ve Dinç, 2012; Potur ve Kömürcü, 2013). Kadının uzun bir yaşam diliminde etkili olan menstruasyon; Aynı zamanda kadının yaşamındaki biyolojik, psikolojik değişimlerden de belirgin olarak etkilenmektedir. Yapılan bir çok araştırmada adolesan kızların, en fazla menstruasyona ilişkin (%75) sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Çıtak, 2001; Shap et al., 2003; Slap, 2003). Adolesan dönemde yaşanan menstrual problemler içerisinde ise; dismenore (%66-95), premenstrual sendrom (%46,6), amenore ve disfonksiyonel uterus kanamaları (%26,7-43) en yüksek oranda yaşanan şikayetlerdir. Bu problemler içerisinde yer alan dismenorenin ise, adolesan kızlarda en fazla görülen menstrual problem olduğu belirlenmiştir (Çıtak, 2001; Çakır et al., 2007).

Menstruasyon fizyolojik bir olay olmasına karşılık bu süreçte yaşanan olumsuzluklar, rahatsızlıklar ve bilgi eksikliği cinsel sağlık ve üreme sağlığının bozulmasına neden olabilir (Carlo et al., 2002). Dismenore nedeni ile yaşanan ağrının kadının günlük yaşantısını ve ekonomiyi olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (İrono et al., 2008; Jonson, 2006; Potur ve Kömürcü, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde ülke ekonomisinin menstrual bozukluklar nedeni ile günde yaklaşık 94 -308 milyon dolar kaybettiği tahmin edilmektedir (Chung et al., 2005). Ayrıca okul dönemindekiler için dismenore özellikle okula devam etmeme, akademik performans da düşüş, spor aktivitelerine katılımın azalması ve akranları ile ilişkilerde azalma ile ilişkili bulunmuştur (Mazza, 2006). Dismenore yaşayan kadınların çoğu dismenore ile ilişkili orta derece ya da şiddetli semptomlar (bulantı kusma, diyare, yorgunluk, sinirlilik) yaşadıklarını ifade etmektedirler. Dismenore kadının okula, işe gitmesini ve sosyal aktivitelere katılmasını engellemektedir (Lefebvre et al., 2005; Tangchai et al., 2004; Gronot et al., 2001; Özerdoğan et al., 2009). Ayrıca dismenorenin uyku kalitesini

düşürdüğü, uyku etkinliğinde azalmaya neden olduğu da saptanmıştır (Baker et al., 1999; Lacovides et al., 2009). Dismenore yaşayan kadınlarda REM (Rapid eye movement) uykusuna geçmede gecikmeyle birlikte daha az REM uykusu aldıkları gözlenmiştir (Baker et al., 1999). Bununla birlikte dismenore yaşayan kadınlarda dismenore şiddeti ile fiziksel görünümünden memnun olmama ve depresyon semptomları yüksek bulunmuştur. Ayrıca şiddetli dismenore yaşayanların yeme bozuklukları için daha fazla risk altında olabileceğini saptanmıştır (Ambressin et al., 2012).

Literatürde görüldüğü gibi dismenore, kadınlarda psikolojik, fiziksel, bilişsel, sosyokültürel alanlar gibi yaşamın bir çok alanının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu durumdan yola çıkılarak literatür doğrultusunda dismenorenin holistik bir bakış açısıyla değerlendirilmesini sağlayabilecek bir ölçüm aracı aranmıştır. Çoğu çalışmada dismenorenin değerlendirilmesinde GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) kullanıldığı görülmüştür. Buna karşın kadınların yaşamlarının tüm alanlarını holistik bakış açısıyla ele alarak dismenorenin kadınları nasıl ve ne kadar etkilediğini ölçen bir araca rastlanmamıştır. Oysa çalışmalarda dismenorenin sadece şiddeti ve ağrı özellikleri değil sebep olduğu rahatsızlıkların da, kadınların psikolojik, sosyokültürel, fiziksel ve bilişsel algılama nitelikleriyle ciddi bir korelasyon sergilediği görülmektedir. Bu açıdan menstrual problemler içerisinde en sık görülen rahatsızlık olan dismenorenin holistik bir yaklaşımla değerlendirilebilmesi için bir ölçme aracına gereksinim olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelik mesleğinin merkezinde insan, hemşirelik uygulamalarının merkezinde bakım vardır. Hemşirelik bakımında süreç önce hastanın değerlendirilmesinden başlar. Hasta değerlendirilmesi yapılmadan hemşirelik tanısı konulamaz, amaç, uygulama ve sonuçların değerlendirilmesi mümkün olmaz. Bundan dolayı dismenoreli kadınların değerlendirilmesi için hemşirelikte holistik yaklaşımı benimseyen Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri temelli bir ölçüm aracı geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Metodolojik ve kesitsel tipte planlanan araştırmada aynı zamanda, geliştirilen ölçeğin geçerli olabilmesi için konu ile ilgili benzer bir ölçekle

korelasyonun yapılması gerektiğinden; Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeğinin (FEDÖ) Türk toplumuna uygunluğu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Aynı zamanda katılımcıların bazı özellikleri ile dismenorenin karşılaştırılması planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Dismenore Tanımı ve Sınıflandırılması

İnsan gelişimi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir. intrauterin dönemde olușan cinsiyete bağlı özellikler cinsiyete özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal davranışlar olarak doğumu izleyen büyüme gelişme dönemlerinde de devam etmektedir (Güler, 1996). Bu dönemde ergenlerde, yoğun fizyolojik, metabolik, psikolojik değişiklikler yaşanmaktadır. Kızlarda ergenlik döneminin başlangıcı genellikle menstruasyonun da başladığı 10-14 yaşlar arasında olmakta, 21 yaşına kadar uzayabileceği de belirtilmektedir (Taşkın, 2011). Menstruasyon fizyolojik bir olay olmasına rağmen bu süreçte yaşanan olumsuzluklar ve bilgi eksikliği bireyin cinsel ve üreme sağlığının bozulmasına yol açabilmektedir (Güler, 1996). Literatüre göre bu olumsuzluklar içerisinde en çok rastlanan jinekolojik şikayet dismenoredir (Mohamed, 2012; Laszlo et al., 2008; Wang et al., 2004; Zhu et al., 2008; Nathan, 2005).

Dismenore Yunanca'dan türemiş bir kelime olup; Dys (Dis) zor, ağrılı ya da anormal, meno ay ve rrhea (re) dökülme, akıntı anlamına gelip (Deb and Fenning, 2007; Fenning, 2005; Hudson, 2007; Lefebvre et al., 2005) tıp literatüründe ağrılı adet görmeyi ifade etmektedir (Atasü ve Şahmay, 2001). Aynı zamanda dismenore, uterustan kaynaklanan ağrılı menstrüel krampları içine alan bir terim olarak da karşımıza çıkmaktadır (Johnson, 2006). Bazı kaynaklarda ise 'Menstruasyonun bireyin normal aktivitesine engel olacak ve ilaç kullanımını gerektirecek düzeyde ağrılı olması' şeklinde de tanımlanmaktadır (Çıtak, 2001; Johnson, 2006; Karanisoğlu, 1998).

Dismenore; pelvik bası, kramp, şiddetli veya hep hissedilen (künt) bir ağrı şeklinde tanımlanabilir. Ağrı supra pubik bölge ya da alt abdomende olabileceği gibi bel, üst bacaklara da yayılabilir. Özellikle alt abdominal kadranda lokalize olan ve doğum ağrısına benzeyen şiddetli bir ağrıdır (Çepni, 2005; Durain, 2004; Taşkın, 2011; Fogel 2011; Tangchai et al., 2004). Ağrı genellikle menstruasyondan hemen önce veya kanamayla beraber ortaya çıkar ve genellikle bir gün içinde sona erer. Bazı kadınlarda günlerce sürebilir (Atasü ve Şahmay,

2001). Dismenore kategorize edilemeyen benzersiz bir ağrıdır. Çünkü çoğu kadın düzenli olarak ağrı yaşar bu yüzden akut olarak sınıflandırılmaz. Diğer taraftan çoğu kadın içinde her ayın birkaç günü yaşanan bir ağrı olduğundan kronik olarak da tanımlanamaz. Dismenore ve kronik ağrı benzer gibi görünse de dismenore yapısı, süresi ve yeri önceden bilindiği için kronik ağrı olarak genellenemez (Walsh et al., 2003). Literatürde dismenore iki şekilde sınıflandırılır: Primer dismenore ve Sekonder dismenore (Atasü ve Şahmay, 2001).

4.1.1. Primer dismenore

Dismenorenin en yaygın şeklidir (Çıtak, 2001). Primer dismenore, normal pelvik anatomiye sahip olan kadınlarda görülen ağrılı menstruasyon olarak tanımlanır (Bitner et al., 2004). Primer dismenorenin nedenleri araştırıldığında; ovulasyonlu sikluslarda üretilen prostaglandinlere bağlı olarak ortaya çıktığı ve pelvik patoloji ile ilgisi bulunmadığı saptanmıştır (Reeder et al., 1997; Gökhale, 1996; Neinstein, 1990). Genellikle menarş ile 20 – 25 yaş arasındaki dönemde ve menarştan ortalama 6 – 12 ay sonra, en geç 3 sene içinde görülür. Ağrı kasıklarda, karın alt kısmında, sürekli künt bir basınç hissi olarak tarif edilir. Zaman zaman kramp ve kolikler halinde şiddetlenir (Arısan, 1991; O'connel et al., 2006). Primer dismenore tanısı koymak için anamnez en önemli kriterdir. Adolesanlarda cinsel aktivite başlamadıysa pelvik muayene yapmaya gerek yoktur. Menstruasyona özgü dikkatli bir anamnazle tanı koymak mümkündür (Çakır et al., 2007; Durain, 2004; Lefvebre et al., 2005; Twigg, 2002; www.acog.org/~media/.../faq046.ash Erişim tarihi:06.06.2014).

Primer dismenordeki tanı kriterleri,

- Dismenore menarştan kısa bir süre sonra (İlk 2 yıl içinde) başlar.
- Pelvik patoloji yoktur.
- Ağrı genellikle suprapubik bölgede olup kramp ve spazm seklindedir.
- Ağrı genellikle menstrüel kanamadan birkaç saat önce veya menstrüel kanama ile birlikte başlar ve 48-72 saat içinde sonlanır (Rakhshae, 2011; Küçüksahin, 2009; Letzel et al., 2006; Can, 2008).

Primer dismenore iki grupta incelenir:

4.1.1.1. Konjestif primer dismenore: Menstrual ağrının menstruasyon başlamadan birkaç gün önce görülmesidir. Alt abdomen de dolgunluk bazen memelerde, bileklerde şişlik ve laterji, depresyon, irritabilite görülebilir (Fenning, 2008; Bullock, 1998).

4.1.1.2. Spazmotik primer dismenore: Menstrual ağrının, menstruasyonun birinci ya da ikinci günü görülmesidir. Ovarian ve uterin sinirler tarafından kontrol edildiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda; konjestif dismenore yaşayan kadınların, ağrı yaşama durumlarının menstrual fazda da devam ettiği, hatta spazmodik dismenoresi olan kadınlardan daha fazla ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Fenning, 2008; Bullock, 1998).

4.1.2. Sekonder dismenore

Sekonder dismenore, primer dismenoreden daha geç ortaya çıkmaktadır. Menarştan yıllar sonra başlayan dismenore, genellikle sekonderdir ve ağrı menstruasyondan birkaç gün önce başlamakla birlikte menstruasyon boyunca devam edebilmektedir (www.acog.org/~media/.../faq046.ashx Erişim tarihi:06.06.2014). Sekonder dismenorenin anovulatuvar sikluslarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Gürel ve Gürel 1999). Altta yatan organik nedenler arasında; endometriozis ve adenomyozis, uterin fibroidlerin yanı sıra (www.acog.org/~media/.../faq046.ashx Erişim tarihi:06.06.2014), endometrial polip, geçirilmiş pelvis infeksiyonları, intrauterin araç kullanımı, iç genital organlarda venöz konjesyon, uterus pozisyon anomalileri, servikal stenoz, sağ ovarian ven sendromu, travmatik jinekolojik operasyonlara bağlı yumuşak doku yırtıkları, konjenital uterus anomalileri gelmektedir (Kaba, 2007).

4.2. Primer Dismenore Mekanizması

Primer dismenorede ağrı uterus kontraksiyonlarının artışı sonucu ortaya çıkar. Bu aktivite artışının yanında, özellikle künt ağrı patogenezinde uterustaki iskemi de rol almaktadır. Bazal tonus yüksekliğinde bu iskemi daha da artmaktadır. Anormal uterus aktivitesinin primer dismenorenin nedenlerinden biri olduğu görüşü ilk defa 1930'lar ve 1940'larda intrauterin basınç değerlerine dayanılarak ileri sürülmüştür (Baysal, 1995). Dismenoresi olmayan sağlıklı kadınlarda

menstruasyon sırasında uterusun bazal tonusu 10 mmHg'nin altındadır, aktif basınç ise 120 mmHg'yi geçmez. İyi koordine olan kontraksiyonların frekansı da her 10 dakikada 3-4'dür. Çalışmalarda menstrüasyon sırasında uterus kontraksiyonlarının 2-4 dakika arayla geldiği, 30-60 saniye sürdüğü ve uterus içi basıncın 100 mmHg üzerinde olduğu gösterilmiştir. Dismenoreli olgularda uterus kontraksiyonlarının amplitüdündeki artışa nazaran bazal tonusun 50 mmHg üzerine çıktığı durumlarda ağrı şiddeti yüksektir. Uterusun bazal tonusunun yüksek olması primer dismenorede etkindir (Atasü ve Şahmay, 2001).

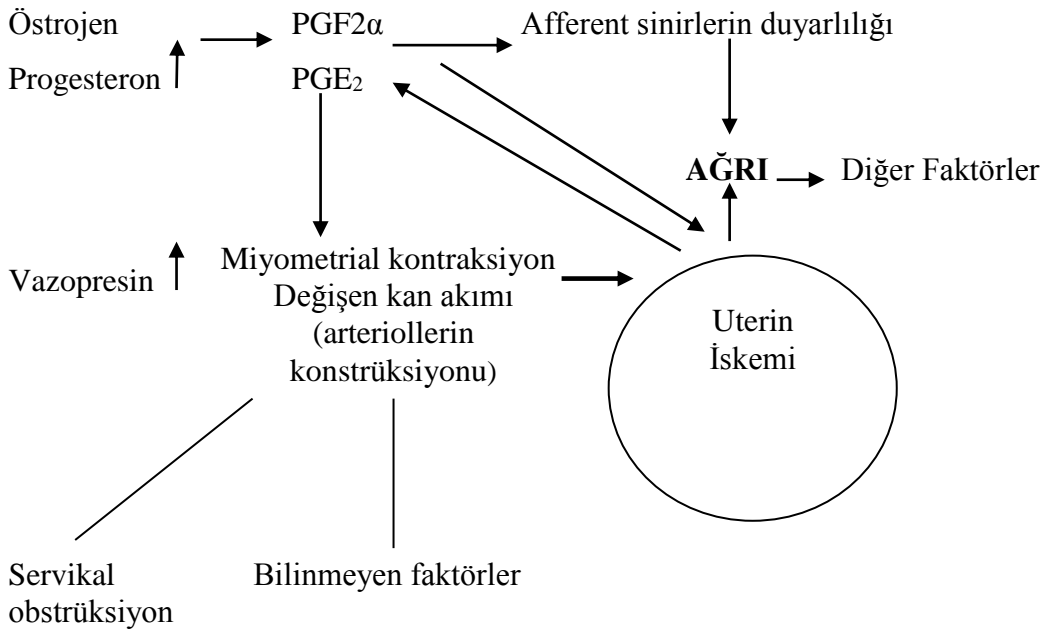
Menstruasyon öncesi luteal fazın sonunda, korpus luteum gerileyerek progesteron düzeyinde azalma görülür. Bunun sonucunda; lizozimlerin stabilitesi bozulur ve hücre membranındaki fosfolipitler etkilenir. Menstruasyonun hemen öncesinde ya da menstruasyonun başlangıcında fosfolipitler; lizozimal enzimler ve fosfolipaz A2 ile parçalanarak, prostaglandinlerin öncüsü araşidonik asit üretilir. Araşidonik asit daha sonra siklooksijenaz yoluyla prostaglandinlerin (PGF₂, PGE₂, PGF₂α, PGI₂) ve trombaksanların, lipooksijenaz yoluyla da lökotrienlerin üretimine sebep olur. Prostaglandinlerin, lökotrienlerin ve trombaksanların kapillerde vazokonstrüksiyon yapmaları sonucunda da dismenore görülmektedir (Braverman, 1997; Glomb, 1998). Primer prostaglandinler olan PGF₂α ve PGE sentezlendikten sonra, endometriumdaki ven duvarlarından difüzyonla miyometrium üzerine hareket ederler. Endometrial prostaglandin düzeyinin özellikle PGF₂α, siklusun luteal ve menstrual fazı boyunca artması, uterin kontraksiyonları uyararak, kan akımında azalmaya, uterin hipoksi ve iskemiye yol açarak menstrual ağrının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Baird et al., 1996).

Etyolojik faktörler araştırıldığında diğer semptomlar da göz önüne alındığında prostaglandinler ön plandadır. 1957 yılından beri başlatılan çalışmalarla günümüze kadar aşağıdaki sonuçları ortaya çıkmiştir :

- . Primer dismenoreli kadınların adet kanlarında ve endometriumlarında prostoglandin F₂α (PGF₂α) daha yüksektir. Semptomların şiddeti prostoglandin (PGF₂α) düzeyleri ile paralellik göstermektedir.
- . PGF₂α sekretuar fazda, proliferatif faza oranla 3 kat daha yüksektir.

- Normal kadınlara dışardan prostoglandin veya dismenoreli kadın plazması verilmesi ile oluşan belirtiler dismenore bulguları ile benzerlik göstermektedir.
- Prostoglandin sentez inhibitörü ilaçların kullanılması sonucu uterus aktivitesi azalırken eşlik eden semptomlar da gerilemektedir.
- PG'ler ayrıca uterustaki sensitif sinir uçlarını ya direkt olarak kimyasal yolla ya da indirekt olarak bradikininin türevi maddelerin etkilerini arttırmak yoluyla uyarırlar (Atasü ve Şahmay, 2001).
- PGF2 α 'daki artışla birlikte, prostosiklindeki azalma ile güçlü uterin kontraksiyonlar ve vazokonstrüksiyonlar olur. Bu da, uterin hipoksi ve ağrıya yol açar (Kılıç, 2005).

Şekil 4.1. Dismenore Patofizyolojisi



(Harel, 2006; Lefvebre et al., 2005).

4.3. Primer Dismenore Etyolojisinde Rol Oynayan Faktörler

4.3.1. Prostaglandinlerin etkisi

Picklen ilk olarak normal ve dismenorejik kadınların endometriumunda PGE₂ ve PGF2 α 'nın varlığını belirlemiştir (Creatsas et al., 1990). Prostaglandin düzeyindeki artış primer dismenore şikayetlerini ortaya çıkaran temel etkindir (Reeder et al., 1997). Yapılan çalışmalar dismenoreli kadınlarda prostaglandin

düzeşinin dismenore yaşayan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir (Creatas et al., 1990).

4.3.2. Vazopressinin (ADH) etkisi

Primer dismonereli kadınlarda, vazopressin düzeyinin menstruasýon esnasında dolaşımında yüksek düzeyde bulunduğu saptanmıştır. Vazopressin düzeyindeki artışın, oksitosin düzeyinde de artışa neden olduğu, bunun sonucunda ise, disritmik uterin kontraksiyonların oluşarak; hipoksi, iskemi ve ağrı şikayetlerinin yaşanmasına sebep olduğu belirlenmiştir (Reeder et al., 1997).

4.3.3. 5-Lipooksijenazın etkisi

Primer dismenoreli bazı kadınlarda prostaglandin düzeyinde herhangi bir değişim görülmeýip, 5-lipooksijenaz aktivitesinin arttığı görülmüştür. Bu durum 5-lipooksijenazın son ürünü olan ve vazokonstrüktör etkili lökotrienlerin üretiminde artışa neden olarak, uterin kas kontraksiyonlarına yol açmaktadır (Reeder et al., 1997).

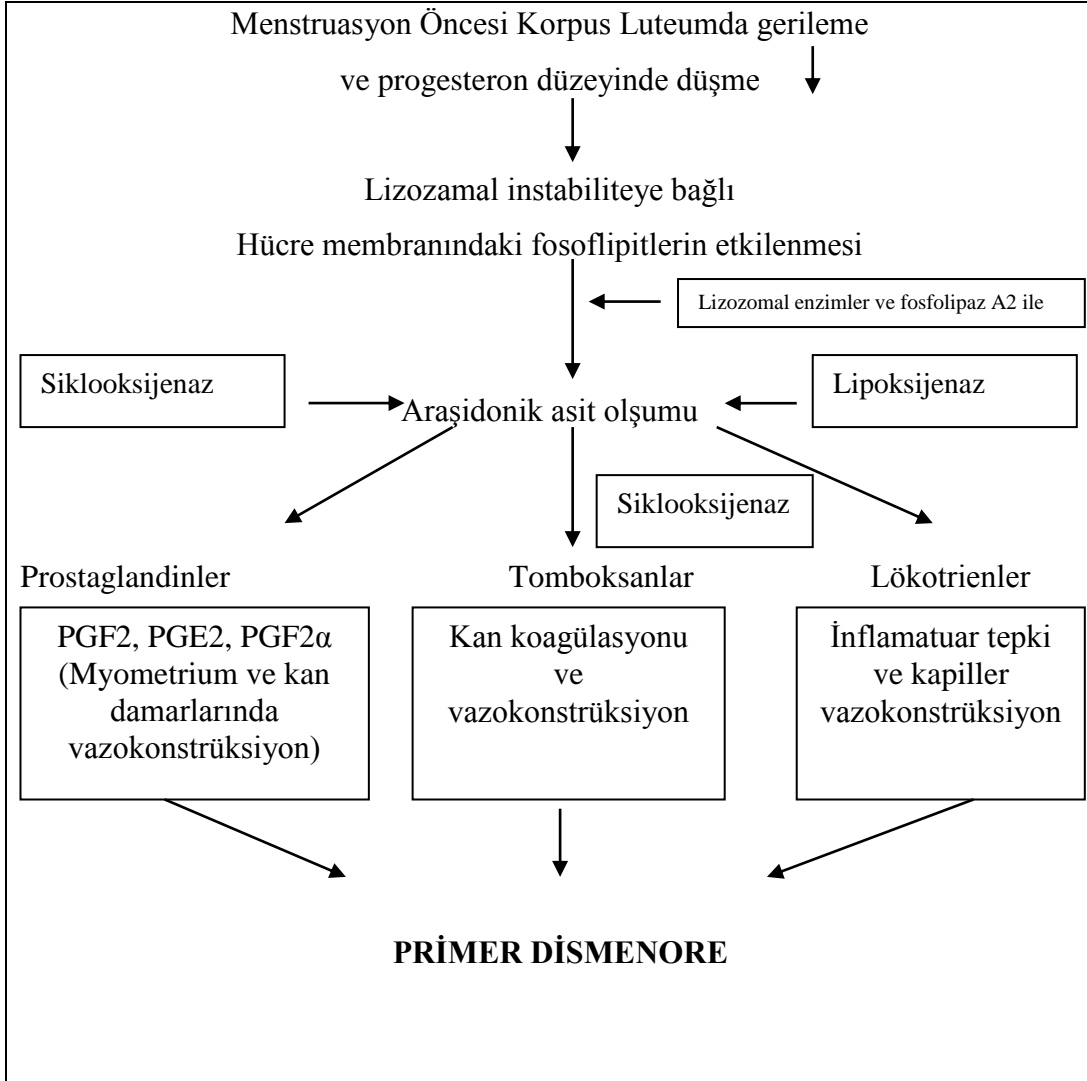
4.3.4. Östrojen-progesteron düzeyinin etkisi

Primer dismenorenin sadece ovulatuvar sikluslarda görülmesi, östrojen ve progesteron düzeylerinin, etiyolojide rol oynadığını düşündürmektedir (Mercan, 1994). Menstruasýon öncesi azalan östrojen ve progesteron düzeyinin, prostaglandin sekresyonunu arttırdığı bildirilmiştir (Fettes, 1997).

4.3.5. Diğer nedenler

Menstruasýon sırasında prostaglandinlerdeki artışın yanı sıra prostosiklin sentezinin düştüğü saptanmıştır. Prostosiklinlerin vazodilatasyon, antiagregasyon ve uterus düz kaslarında gevşetici etkiye sahip oldukları belirlenmiştir. Menstruasýonda prostosiklin düzeyindeki azalmanın da, uterin kontraksiyonlarda artışa, vazokonstrüksiyona ve uterusda hipoksi oluşumuna ve bunun sonucu olarak da ağrıya neden olduğu bildirilmiştir (Mercan, 1994).

Şekil 4.2. Primer Dismenorenin Oluşum Mekanizması



(French, 2005).

4.4. Primer Dismenorede Risk Faktörleri

4.4.1. Yaş

Aykut ve ark. (2007) 10–50 yaş arasındaki kadınlarda yaptıkları araştırmada dismenorenin %77,5 oranıyla en fazla 20–29 yaş grubunda görüldüğünü ve yaş arttıkça dismenore oranının azaldığını saptamışlardır. Literatürde primer dismenorenin orta ve geç adölesan dönemde sık rastlanan bir sorun olduğu belirtilmektedir (Ohde et al., 2008; Jolin and Rapkin, 2004; Latthe, 2006; Aykut ve ark., 2007; Schorge et al., 2010).

4.4.2. Menarş yaşı

Çalışmalarda erken menarş yaşının, dismenore şikayetlerinde artışa neden olduğu belirlenmiştir (Latthe, 2006; Sundel et al., 1990). 11 yaşından önce menarş olmuş ve uzun süren kanaması olan adölesanlarda, dismenore şikayetlerinin daha fazla oranda yaşandığı bildirilmiştir (Latthe, 2006; Ünsal et al., 2010). Potur ve ark. (2013) menarş yaşı ile dismenore arasında ilişki olmadığını belirtirken; Jank ve ark. (2013) ise geç menarş olanlarda dismenorenin daha az görüldüğünü bildirmiştir.

4.4.3. Siklus uzunluğu ve kanama süresi

Jang ve ark. (2013) çalışmasında kanama süresinin artmasıyla dismenore arasında ilişki olduğunu saptmıştır. Potur ve ark. (2013) düzenli siklusların dismenore için risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Düzenli siklus yaşayan kadınların sikluslarında ovulasyon gerçekleştiği düşünülmektedir. Menstrüel siklusu düzenli olan kadınların düzenli şekilde ovulasyon yaşama olasılığından yola çıkarak, ovulasyonla salgılanan prostaglandinin dismenoreye neden olduğu düşünülmektedir (Karanisoğlu ve Dinç, 2012). Tayvan'da yapılan bir çalışmada dismenore yaşayan üniversite öğrencilerinin çoğunluğunun (%56,4) menstrual sikluslarının düzenli olduğu belirlenmiştir (Chang and Chuang, 2012).

4.4.4. Gebelik ve doğum

Öztürk (2004) doğum yapmamış kadınlarda dismenore görülme düzeyinin doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulmuştur. Hindistan'da yapılan çalışma da, paritenin dismenore prevalansını azaltıcı etkisi olduğu belirlenmiştir (Patel et al., 2006). Buna karşılık, Burnett ve ark. (2005) paritenin dismenore görülme oranına önemli bir etkisi olmadığını belirtmiştir.

Dismenore şiddetinin, düşük-küretaj yapan kadınlarda ve nulliplarlarda, doğum yapan kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Reeder et al., 1997). Literatürde gebelikte korpus luteum tarafından progesteron salınımının, prostaglandin salınımını inhibe ederek, dismenore şiddetinin daha

düşük oranda yaşanmasına neden olduğu bildirilmiştir (Baird et al., 1996). Gebeliğin uterin nörotransmitterler üzerine etkili olduğu ve özellikle gebeliğin son trimestrinde uterin noradrenalinde azalma görüldüğü saptanmıştır. Aynı zamanda gebelik boyunca devam eden nöronal dejenerasyon; uterustaki nöromuskuler aktiviteyi değiştirerek dismenore şiddetini azaltmaktadır. Ancak gebelik, abortus ya da düşükle sonlandığında bu değişikliklerin görülmediği belirlenmiştir (Sundell et al., 1990).

4.4.5. Gelir durumu:

Gelir durumunun dismenore şikayetleri üzerine etkisi tam olarak açıklanamamaktadır. Gelir durumunun düşük olmasının, dismenore şikayetlerini arttırdığını belirten çalışmalar (Gagua et al., 2012; Jameison and Steege, 1996; Reeder et al., 1997). olmasına karşın aksi yönde görüş belirten çalışma sonuçları da vardır (Jang et al., 2013; Özerdoğan et al., 2009; Ohde et al., 2008).

4.4.6. Stres ve menarşa tepki:

Duygusal streslerin; sempatik aktiviteyi artırdığı böylece uterin aktiviteyi harekete geçirdiği ve menstrual ağrıda artışa neden olduğu saptanmıştır (Locke and Warren, 1999). Stres ve ağrının menstrual siklusun hangi fazında daha yoğun yaşandığına ilişkin yapılan bir çalışmada; sadece konjestif dismenore ya da spazmotik-konjestif dismenorenin her ikisini birarada yaşayanların, özellikle premenstrual ve menstrual fazlarda, intermenstrual faza göre yüksek derecede ağrı ve stres yaşadıkları belirlenmiştir (Amodei and Nelson, 1989). Ayrıca menarşa ve kadınlık rolüne ilişkin olumsuz tepkisi olan kadınların, olumlu tepkiye sahip olanlara göre, stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve daha yüksek oranda dismenore şikayetleri yaşadıkları belirlenmiştir (Mitcheal et al., 1994). Bu durumun, kadınların adet görmeye başladığındaki duygusal durumunun ve olumsuz etkilenmenin, yaşam boyu devam edebilecek dismenore yakınmalarının temel kaynağı olabileceği belirtilmiştir (Aykut ve ark., 2007). Ayrıca dismenore şiddetinin artması ile stres faktörü arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Jung and Kim, 2004).

4.4.7. Eğitim düzeyi

Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Japonya'da yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyinin dismenore prevalansına etkisi önemli bulunmasa da (Jamieson and Steege, 1996; Ohde et al., 2008); eğitim düzeyi yükseldikçe dismenore prevalansının düştüğüne dair bulgularda vardır (Gagua et al., 2012; Reeder et al., 1997). Eğitim seviyesi yüksek olan kadınların, eğitim seviyesi düşük olanlara göre, stres düzeylerinin daha düşük olduğu ve dismenore şikayetlerini daha az oranda yaşadıkları bildirilmiştir (Reeder et al., 1997). Kadınların eğitim düzeyinin artmasının, stresli yaşam olaylarıyla daha iyi başetmelerini ve sorunlara uygun çözüm yolları geliştirmelerini sağladığı ifade edilmektedir (Mitcheal et al., 1994).

4.4.8. Aile öyküsü

Potur ve ark. (2013) aile öyküsünde dismenore bulunmasının dismenorenin görülme oranını önemli oranda artırdığını bulmuşlardır. Benzer çalışmalarda da aile öyküsü ile dismenore arasında ilişki bulunduğu bildirilmektedir (Aykut et al., 2007; Özerdoğan et al., 2009).

4.4.9. Sigara

Sigara içen kadınlarda dismenore prevalansının daha yüksek ve semptomların daha şiddetli olduğu belirlenmiştir (Gagua et al., 2012; Sundell et al., 1990). Özellikle günde 10-30 adet sigara içen kadınlarda dismenore oranının iki kat arttığını belirten çalışmalar mevcuttur (Dorn et al., 2009; Parazzini et al., 1994). Çalışmalarda; sigara kullananlarda ağrının menstruasyondan önce başladığı, iki günden uzun sürdüğü ve krampların şiddetinin yüksek olduğu saptanmıştır (Gidwani, 1998). Ayrıca çevre kirliliğinin ve pasif sigara içiciliğinin de dismenorede etkiliği olduğu belirlenmiştir (Gidwani, 1998). Aykut ve ark. (2007) ise dismenore prevalansı ile sigara kullanımı arasında ilişki saptamamıştır.

4.4.10. Alkol

Literatürde alkol tüketiminin, dismenoreye etkisine ilişkin farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar alkolün dismenoreye neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Neden olarak alkol karaciğerin fonksiyonlarında bozukluğa neden

olabileceği, östrojen seviyesi artırabileceği, dokulardaki sıvı ve sodyum tutulumunda artışa neden olabileceğini buna bağlı olarak da menstrüel rahatsızlıkların daha ağır olabileceğini savunmuşlardır (Kaba, 2007). Parazzini ve ark. (1994) alkol içmeyen kadınlarla, haftada 1-7 bardak alkol tüketen kadınları karşılaştırmış ve alkol kullananların dismenore yaşadıklarını saptamıştır. Buna karşın Gagua ve ark. (2012) alkol kullanımı ile dismenore arasında ilişki olmadığını belirtmiştir.

4.4.11. Beden kitle indeksi:

Jang ve ark. (2013) ve Ünsal ve ark. (2010) dismenore ile beden kitle indeksi arasında ilişki olmadığını belirtirken; Erdoğan (2013) ve Özerdoğan ve ark. (2009) beden kitle indeksinin normalin altında olmasının dismenore için risk faktörü olduğunu saptamışlardır. Östrojenin obez kadınlarda, endometrial yoğunlukta değişim yaratarak, kanama miktarını arttırabileceği belirtilmektedir (Harlow and Park, 1996). Aşırı menstrual kanamaya bağlı gelişen fibrinolitik aktivitenin ise menstrual krampları arttırabileceği ve böylece dismenore şikayetlerinin yaşanacağı düşünülmektedir (Molnar et al., 1997). Tangchai ve ark. (2004) olguların %67,5'inin düşük kiloda olduklarını saptamış ve bu durumu da menstrüel ağrıyı arttıran bir durum olarak belirtmiştir.

4.4.12. Egzersiz

Menstruasyon süresince egzersiz yapanlarda, egzersiz yapmayanlara göre menstrüel semptomların önemli ölçüde düşük olduğu belirlenmiştir (Durain, 2004). Abbaspour ve ark. (2006) yaptıkları çalışmada fiziksel egzersizin dismenore üzerinde pozitif etkileri olduğu, özellikle dismenore nedeni ile okula devam etmeme gibi durumların ortadan kalktığını bildirmiştir. Bel ve abdominal kas tonüsünün zayıflığı, pelviste kanın göllenmesine ve bunun sonucu olarak dismenore yaşanmasına neden olabilmektedir. Pelvik kasları güçlendirmek için yapılan egzersizlerin, dismenoreyi önlemede faydalı olacağı belirtilmektedir (Metheny and Smith 1989). Aykut ve ark. (2007) ise egzersiz ve dismenore prevalansı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir.

4.5. Primer Dismenore Prevelansı

Dismenore görülme sıklığı (prevelansı) ile ilgili 1998-2013 yılları arasında yapılmış çalışmalar incelenmiş ve aşağıda çalışmanın yapıldığı yıl, prevelans, çalışmayı yapan kişiler, örneklem sayısı, örnekleme tanıtıcı bilgiler ve hangi ülkede yapıldığı özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Dismenore Prevelansına İlişkin Yapılmış Çalışmalar

Yayın tarihi	Prevelans	Yazar	Örneklem sayısı	Örneklem grubunun özellikleri	Coğrafi Yer
2013	%58,8	Jang ve ark. **	3017	17-42 yaş arasındaki Viyetnamlı kadınlar	Vietnam
2013	%85,7	Potur ve ark. **	1515	Kız üniversite öğrencileri	Türkiye (İstanbul)
2013	%80	Chia ve ark.	240	Ortalama 20,1 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Hong Kong
2013	%66	Pitangui ve ark. **	218	12-17 yaş arasındaki kız öğrenciler	Brezilya
2013	%95,5	Atarod ve ark. **	1140	Ortalama 15,4 yaşındaki liseli kızlar	İran
2012	%84,1	Grandi ve ark. **	408	Ortalama 22,9 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	İtalya
2012	%67,5	Charu ve ark. **	560	Ortalama 20,5 yaşındaki tıp fakültesi kız üniversite öğrencileri	Hindistan (Mangalore)
2012	%52,07	Gagua ve ark.	431	Okul ve üniversitelerdeki adölesan kız öğrenciler	Gürcistan (Tiflis)
2012	%85	Kitamura ve ark. **	1431	Düzenli menstruasyon gören Japon liseli kız öğrenci	Japonya

Tablo 4.1. Dismenore prevalansına ilişkin yapılmış çalışmalar (Devamı)

2011	%90	Tavallae ve ark.	276	16-56 yaş aralığında kadınlar	İran (Tahran)
2011	%94	Al-Kindi ve Al-Bulushi **	404	Liseli kız öğrenciler	Umman (Maskat)
2011	%65	Kumbhar ve ark. **	183	14-19 yaş arası adölesan kız öğrenci	Hindistan (Kadapa)
2010	%72,7	Ünsal ve ark. **	623	Ortalama 20,8 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Türkiye (Kütahya)
2010	%64	Ortiz	1539	Ortalama 20,8 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Meksika
2010	%87,4	Abdul-Razzak ve ark. **	127	19-24 yaş arası kız üniversite öğrencileri	Ürdün
2010	%68,1-72,2	Eryılmaz ve ark. **	1951	13-18 yaş arası bekar adölesan kız öğrenciler	Türkiye (Erzurum)
2010	%79,67	Agraval ve Agraval**	970	15-20 yaş arası liseli adölesan kız öğrenciler	Hindistan
2009	%55,5	Özerdoğan ve ark. **	800	Ortalama 21,47 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Türkiye (Eskişehir)
2009	%45,3	Polat ve ark.	1266	Ortalama 21 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Türkiye (Elazığ)
2008	%68,9	Zhu ve ark. **	122	18-45 yaş üreme çağındaki kadınlar	Çin
2008	%65	Zhu ve ark. **	120	18-45 yaş üreme çağındaki kadınlar	Avustralya
2008	%67,2	Sharma	198	13-19 yaş grubu en az bir yıl önce menarş olan kız öğrenciler	Hindistan

Tablo 4.1. Dismenore prevalansına ilişkin yapılmış çalışmalar (Devamı)

2008	%81,8	Oskay ve ark. **	373	Kız üniversite öğrencileri	Türkiye (İstanbul)
2007	%53,3	Loto ve ark. **	409	Ortalama 22,1 yaşındaki üniversite 1. sınıf kız öğrencileri	Nijerya
2007	%89,5	Çakır ve ark. **	480	Ortalama 20 yaşındaki kız üniversite öğrencileri	Türkiye (Trabzon)
2007	%70,3	Aykut ve ark. **	1193	10-50 yaş grubu kadınlar	Türkiye (Kayseri)
2005	%46	Osuga **	3941	20-49 yaş grubu üreme çağındaki kadınlar	Japonya
2005	%60	Burnett ve ark.	934	18 yaş ve üzeri kadınlar	Kanada
2005	%75	El-Gilany ve ark. **	664	Kırsal ve kentsel alanda yaşayan ortaokul kız öğrencileri	Mısır
2004	%84,2	Tangchai ve ark.	789	1.-2. sınıf kız üniversite öğrencileri	Tayland
2001	%70,8	Çıtak **	548	18-27 yaş grubu üniversitede öğrenim gören kız öğrenciler	Türkiye (Bolu)
2000	%85	Banikarim ve ark. **	706	Latin Amerikan 9.-12. sınıf kız öğrencileri	ABD (Houston)
2000	%57,5	Chen ve ark. **	388	Yeni evli kadınlar	Çin (Şangay)
1999	%80	Hilen ve ark.	384	15-17 yaş grubu 11-12. sınıf kız öğrencileri	Perth (Batı Avustralya)
1998	%57	Gürel, Gürel **	235	18-56 yaş grubu kadınlar	Türkiye

** Araştırmada primer ve/veya sekonder dismenore ayrımı yapılmamıştır.

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi primer dismenore prevalansının %45,5 ile %90 arasında değiştiğı saptanmıştır. Ayrıca dismenorenin yaygın bir şekilde yaşandığı ancak yaşanma oranlarının bölgeden bölgeye değişiklik gösterdiği görülmektedir.

4.6. Primer Dismenoreyi Önlemeye ve Tedaviye Yönelik Uygulamalar

Literatürde primer dismenore önlenebilir ve tedavi edilebilir bir durum olarak görülmektedir (Freeman et al.,1993). Primer dismenoreyi önlenmeye ve tedaviye yönelik uygulamalar fizyopatolojiye yöneliktir. Bu uygulamalar arasında; miyometrial tonüsün düzenlenmesi, ovulasyonun inhibisyonu, prostaglandin üretiminin azaltılması yer almaktadır. Tedavi şeklinin seçimi, menstrual siklusun özelliğı, kontrasepsiyon gereksinimi, bireyin yaşı ve semptomların şiddetine göre değişmektedir (Pittrof et al., 1996).

4.6.1. Farmakolojik yöntemler

4.6.1.1. Prostaglandin sentez inhibitörleri

Primer dismenorenin tedavisinde, en yaygın kullanılan ilaç grubudur. Bu grupta ibuprofen, naproksen grubu non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAI) yer almaktadır.

Bu ilaçlardan bazıları:

Asetik asit türevi (Endol türevini içeren): Diklofenak potasyum (Voltaren)

Siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri: Selekoksisib (Celebrex)

Fenamates : Mefenamik asit (Ponstan, Mefenamik)

Oxicams: Meloksikam (Mobicox)

Propionik asit türevleri: Naproksen sodyum (Apranaks)

Salisilik asit türevleri: Asetilsalisilik asit (Aspirin) (Lefvebre et al., 2005).

Prostaglandin sentez inhibitörleri prostaglandin reseptörlerine bağlanarak prostaglandinlerin etkilerini önlerler. İlaç kullanımına ağrı yada menstruasyon başlar başlamaz başlanması ve 48-72 saat devam edilmesi önerilmektedir. Prostaglandin sentez inhibitörleri kullanımında, ağrıya cevap 30 – 60 dakika içinde başlamaktadır ve tedaviye yanıt ortalama %67-95 arasında değişmektedir. Oral kontraseptif kullanmak istemeyen, uzun süreli ağrı yaşayan ve NSAI

kullanımında kontrendikasyonu olmayan bireylerde ilk tercih edilen ilaç grubudur (Chantler et al., 2009; Dawood, 2006; Bitner et al., 2004; Çıtak, 2001).

4.6.1.2. Kalsiyum kanal blokerleri

Uterus kontraktilesini azaltarak etki ederler. Nifedipin verapamil ve Diltiazem bu amaçla denenmiştir. Konu ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır (Doty and Attaran, 2006; Atasü ve Şahmay, 2001).

4.6.1.3. Oral kontraseptifler

Dismenore tedavisinin ikinci aşaması oral kontraseptiflerdir. Endometriumun gelişimini azaltarak prostaglandinlerin üretimini sınırlandırır. Ovülasyon inhibisyonu ile menstrüel sıvı prostoglandin düzeyleri normal düzeylere düşmektedir (Doty and Attaran, 2006; Atasü ve Şahmay, 2001). Primer dismenoreli kadınlarda; menstrual kanama miktarının (53,3 ml), normal popülasyondaki kadınlara göre (33,4ml), oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Oral kontraseptif kullanımıyla, menstrual kanama miktarının azaldığı (20,4 ml), bunun da dokuların prostaglandinlere maruz kalma süresini kısalttığı saptanmıştır (Mercan, 1994).

4.6.1.4. Transdermal nitrogliserin

Myometriumu gevşetmek amacıyla kullanılır (Kaba, 2007). Primer dismenoreli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, saatte 0,1-0,2 mg nitrogliserin salgılayan flasterlerin abdomenin altına yapıştırılması sonucu, kadınların %90'ında ağrının giderildiği saptanmıştır (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9027672> Erişim tarihi:20.04.2014).

4.6.1.5. Sildenafil sitrat (Viagra)

Sildenafil sitratın uterus damarlarını vazodilatasyona uğratarak ağrıyı azaltabileceği düşünülmektedir. Randomize kontrollü çift kör yapılan bir çalışmada sildenafil sitratın primer dismenore tedavisinde etkili olduğu bildirilmektedir (Dmitrowic et al., 2013).

4.6.2.Non-Farmakolojik Tedaviler

4.6.2.1. Duygusal Özgürlük Teknikleri

EFT, Gary Craig tarafından geliştirilmiş bir enerji tekniğidir ve adını “Duygusal Özgürlük Teknikleri” anlamına gelen “Emotional Freedom Technique” in baş harflerinden alır. Geçmiş 10 yıla dayanan EFT ile ilgili çalışmalar incelendiğinde EFT’nin ağrı ve adet öncesi rahatsızlıkları azalttığı veya ortadan kaldırdığı bildirilmektedir (<http://www.energyturkey.org>, Erişim tarihi:06.06.2014). Duygusal özgürlük tekniklerinin; bağımlılıklar, allerji, öfke, anksiyete, saplantılar, panik atak, depresyon, keder, üzüntü, sınav kaygısı, dikkat eksikliği, öz-güven sorunları, korkular, fobiler, matem, suçluluk duyguları, uyku sorunları, kötü anılar, kabuslar, ağrılar, performans sorunları, travma sorunları, cinsel travmalar ve cinsel sorunlar gibi pek çok durumda uygulanabileceği bildirilmektedir (Erişim adresi:www.emofree.com, Erişim Tarihi: 05.06.2014). Türkiye’de yapılan bir çalışmada duygusal özgürlük tekniklerinin dismenore şiddetini önemli oranda azalttığı saptanmıştır. Ayrıca EFT’nin ilaç kullanımına gerek kalmadan bireylerin kendi kendilerine de uygulayabilecekleri önerilmiş; dismenoreyi gidermede ve bireyleri rahatlatmada alternatif bir yöntem olarak düşünülebileceği belirtilmiştir (Ersun ve Zaybak, 2012).

4.6.2.2.Eğitim

Kore’de yapılan bir çalışmada doğru analjezik kullanımına yönelik yazılı materyaller kullanılarak yapılan 10 dakikalık bir eğitimle dismenore ile baş etme stratejilerinin anlamlı derecede arttığını, dismenore şiddetinin ve dismenore ile ilgili şikayetlerin anlamlı derecede azaldığını belirtilmiştir (Jung and Lee, 2013).

4.6.2.3. Masaj ve Aromaterapi

Masaj, yapılan bölgede kan akımı artar; kas gerginliği azalır. Ayrıca endorfin salınımı artar böylece ağrı eşiği yükselir (Apay et al., 2012). Aromaterapide ise hoş bir koku solunarak gevşeme sağlanır (Han et al., 2006). Abdominal meridyen masajının menstrüel krampları ve dismenoreyi azalttığı bilinmektedir (Erişim adresi:<http://www.curehunter.com/public/pubmed16418559.doc>,erişimtarihi:05.0

6.2014). Apay et al., (2012) abdominal masajın menstrüel ağrıyı azalttığını, ve lavanta yağı ile yapılan aromaterapik masajın daha etkili olduğunu bildirmişlerdir.

4.6.2.4. 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 (Doty and Attaran, 2006). Avusturalya'da yapılan bir çalışmada, primer dismenoreli kadınlara, akupunktur tedavisi uygulanmış sonuçta ağrı şiddetinin düştüğü ve daha az analjezik ilaç kullanıldığı saptanmıştır (Smith et al., 2011). Aynı zamanda Chen ve Wang (2013) yaptıkları sistematik derleme çalışmasında SP6 noktasına uygulanan akupunkturun dismenore şiddetini azalttığını bildirmiştir.

4.6.2.5. Akupresör

Çinliler tarafından "iğnesiz akupunktur" olarak adlandırılır. Bu teknikte, enerji kanallarından oluşan görünmez bir sistemin belli noktalarına el, parmak ve avuç içi kullanılarak derin bası uygulanır. Bu noktalar doğrudan vücudun belli organ ve bezlerine bağlı olduğundan, enerji akımında sıkıntı olduğunda rahatsızlık duyulur. Akupresör, bu noktaları uyararak sıkışmaları giderir ve enerji akımını artırarak stresi azaltır. Böylece vücudun uyum içinde çalışarak sağlıklı olması sağlanır (Beal, 1999). Yapılan çalışmalarda akupresör uygulamasının dismenore şiddet ve semptomlarını önemli derecede azalttığı bulunmuştur (Chen and Chen, 2004; Jun et al., 2007; Sharp et al., 2002).

4.6.2.6. Spinal Manüplasyon Terapisi (Chiropraktik)

Primer dismenorede lomber beş (L-5) ile sakral bir (S-1) arası alana bası uygulanır. Böylece, uterin ve sakral ligamentler yolu ile sinir kökleri etkilenir ve ağrının algılanması engellenir (Holtzman et al., 2008).

4.6.2.7. Fiziksel egzersiz

Literatürde fiziksel egzersizin dismenore üzerinde pozitif etkileri olduğu bildirilmektedir (Locke and Warren, 1999). Ancak, yapılan çalışmalarda sunulan kanıtlar sınırlı olduğundan fiziksel egzersizin dismenore üzerine etkilerini belirleyecek iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır (Daley, 2008).

4.6.2.8. Yoga

Yoga; fiziksel egzersiz, zihinsel meditasyon ve nefes alma tekniklerinin birleşimidir. Kasların güçlenmesini, stresin azalmasını sağlar. Özellikle kobra, kedi ve balık pozisyonlarını luteal fazda günde 20 dakika uygulayanlarda dismenore şiddeti ve süresinin azaldığı, yoganın güvenli ve basit bir tedavi yöntemi olduğu saptanmıştır (Rakhshae, 2011).

4.6.2.9. Isı uygulaması (Termoterapi)

Termoterapi olarak da adlandırılan ısı uygulamaları (sıcak / soğuk) ağrının giderilmesinde tedavi edici olarak kullanılmaktadır. Sıcak uygulama kan damarlarını dilate eder (Goldfarb and Waddell, 2005). Dismenore tedavisinde lokal ısı geleneksel bir yöntem gibi görülmesine karşın bu konuda yapılmış randomize kontrollü çalışmalarla etkinliği kanıtlanmıştır. Lokal ısı uygulamasının düz kaslarda relaksasyon başlattığı ve dismenorenin algılanmasını azalttığı saptanmıştır (Potur and Kömürcü 2013; Akın et al., 2004; Akın et al., 2001; Chen et al., 2006,).

4.6.2.10. Diyet

Prostaglandin sentezinde rol alan Araşidonik asit yönünden zengin gıdaların (tereyağı, mısır, hurma, hindistan cevizi, soya fasülyesi yağı, hindi ve tavuk gibi) fazla tüketiminin dismenore riskini artırdığı bildirilmektedir. Ayrıca premenstrüel dönemde süt ve süt ürünlerinin tüketiminin azaltılması ile kadınların üçte birinin menstrüel ağrısının şiddetinin azalabileceği belirtilmiştir (Hudson, 2007). Tuz, şeker, kafein tüketimini azaltmanın (Özerdoğan et al., 2009) ve lifli gıda

tüketimini artırmanın da dismenore prevalansını düşürdüğü saptanmıştır (Nagata et al., 2005).

4.6.2.11. B Vitamini

Primer dismenorenin tedavisinde günlük 100 mg B1 vitamini kullanımının ağrıda %90'dan fazla oranda azalma sağladığı bildirilmiştir (Gökhale, 1996). Diğer bir çalışmada, B3 vitaminin (niacin), bir ay boyunca günde iki kez 100mg alınmasının, menstrüel krampları azalttığı bulunmuştur (Hudson, 2007). B6 vitaminin de günde 200mg kullanımının ağrıyı azaltmada oldukça etkili olduğu belirlenmiştir (Levebre et al., 2005).

4.6.2.12. E Vitamini

E vitaminin, protein kinaz C'yi inhibe ettiği, hücre membranında araşidonik asit ve fosfolipitlerin sertleşmesini sağladığı böylece prostaglandine üretimini engellediği bildirilmektedir. Menstruasyondan iki gün önce ve sonraki üç gün boyunca günlük 500 mg E vitamini kullanımının primer dismenorenin tedavisinde etkili olduğu belirlenmiştir (Ziaei et al., 2005).

4.6.2.13. K Vitamini

Akupunktur noktasına yapılan K vitamini enjeksiyonunun primer dismenore tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntem olarak görülmesinin yanı sıra daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da belirtilmektedir (Wang et al., 2004b).

4.6.2.14. Magnezyum

Magnezyumun, kas gevşetici ve vazodilatör etkisi, prostaglandin sentezini engelleyerek dismenoreyi etkilemektedir (Fontana and Hogg, 2004). Günlük 250 mg magnezyum alımının dismenore üzerine etkili olduğu belirtilse de kullanım şekli ve dozunda farklılıklar olması nedeni ile net bir sonuç belirtilmemiştir (Proctor and Murphy, 2009).

4.6.2.15.Kalsiyum

Diyette düşük kalsiyum alımının su retansiyonunu arttırarak menstrüel ağrının daha fazla hissedilmesine neden olduğu saptanmıştır (Hudson, 2007). Ayrıca kalsiyumun normal kas tonüsünü koruyarak menstrüel krampların oluşmasını önleyebileceği belirtilmektedir (Kaba, 2007).

4.6.2.16. Balık yağı (Omega -3 Yağ Asitleri)

Balık omega-3 yağ asidinin kaynağıdır. Omega-3 yağ asidi menstrüel kramplarla ilişkilendirilmiş ve yapılan çalışmalar sonucunda menstrüel semptomlarda azalmaya neden olduğu saptanmıştır (Kaba, 2007; Harel et al., 1996).

4.6.2.17.Çinko

Menstruasyon başlamadan üç gün önce günde 30 mg çinko kullanımının antioksidan ve antiinflamatuvar özelliği ile uterusun fonksiyonel tabakasındaki dolaşımı düzenleyerek ağrı ve uterin kasılmaları önlediği saptanmıştır (Eby, 2007).

4.6.2.18. Rezene

Rezene, uterus kontraksiyonlarını engelleyerek ağrının daha az hissedilmesini sağlamaktadır (Khorshidi et al., 2003). Fakat birçok katılımcı tarafından tadının kötü olduğu bildirilmiştir (Bokaie et al., 2013).

4.6.2.19.Gül Çayı

Tayvan'da şiddetli dismenore sorunu yaşayan kadınlara menstruasyonları başlamadan önce gül çayı içmeleri önerilmektedir. Gül çayının intra uterin kandaki durgunluğu ve kan akımını düzenlemeye yardımcı olarak dismenoreyi hafiflettiği bildirilmiştir (Tseng et al., 2005).

4.6.2.20. Zencefil

Zencefil ile mefanamik asit ve ibuprofen'in karşılaştırıldığı deneysel bir çalışmada zencefilin dismenore şiddetini önemli oranda azalttığı, mefanamik asit

ve ibuprofen kullananlarla zencefil kullananlar arasında fark olmadığı saptanmıştır (Ozgoli et al., 2009).

4.6.2.21. Kara Yılan Otu (Black Cohosh)

Kuzey Amerika ormanlarında yetişen kara yılan otunun fitoöstrojen içeriği ile uterusu kan akımını arttırdığı ve kasılmaları azalttığı bilinmektedir (Durain, 2004).

4.6.2.22. Japon Bitki Tedavileri

Japon bitkilerinin tedavide iki ay boyunca kullanıldığında ağrıyı azaltmakta etkili olduğu belirlenmiştir (Durain, 2004).

4.6.2.23. Çin Bitki Tedavileri

Çin bitki tedavilerinin primer dismenore üzerine etkilerini belirlemek için yapılan deneysel çalışmalar incelenmiş ve çalışma sonuçlarının sınırlı olduğu belirtilmiştir (Zhu et al., 2008; Pirotta, 2008).

4.6.2.24. Transcutaneous Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Kaplan ve ark. (1997) primer dismenore yaşayan 16 - 20 yaşları arasındaki 102 kadın ile yaptıkları çalışmada, %59'unun ağrısının tamamıyla giderildiği; %30.4'ünde ise TENS'ten önce kullanılan ilaç dozunun, %50 oranında azaldığını belirtmiştir. TENS sürekli elektriksel uyarılarla preganglionik sinir liflerini uyarak, dorsal kök sinir hücrelerini satüre etmekte ve böylece sinir liflerinde ağrı iletimi bloke etmektedir. Bunun yanında endofrin salınımı da uyarak ağrıyı azaltmaktadır (Sharp, 2002). TENS dismenorenin tedavisinde alternatif bir yöntem olarak önerilmektedir (Smith, 2011).

4.7. Konunun Hemşirelik Açısından 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 et al., 1994; Çepni 2005). Literatürde dismenore; prostoglandinlerin

yanısıra, psikolojik faktörlere, genetiğe, beslenme düzenine, obezite gibi nedenlere de bağlanmaktadır (Latthe, 2006; Taşkın, 2011). Bu nedenle tedavide risk faktörlerine yönelik eğitim, danışmanlık ve bakım uygulanmalıdır. Tüm bu risk faktörlerine yönelik eğitim danışmanlık ve bakımın uygulanabilmesi için değerlendirmeye ihtiyaç vardır.

Hemşirelik sürecinde öncelikli olarak tanılama yapılmalıdır. Tanılama için öncelikle değerlendirme yapmak gerekir. Değerlendirme bilgileri toplandıktan sonra hemşirelik tanıları belirlenir (Erdoğan, 2013). Bu açıdan hemşire dismenoreyi holistik açıdan değerlendirmelidir. Yapılan literatür taramasında çoğu çalışmada dismenorenin değerlendirilmesinde GKÖ kullanıldığı görülmüştür. Buna karşın kadınların yaşamlarının tüm alanlarını holistik ele alarak dismenorenin nasıl ve ne kadar etkilediğini ölçen bir araca rastlanmamıştır. Oysa çalışmalarda dismenorenin sadece şiddeti ve ağrı özellikleri değil sebep olduğu rahatsızlıkların da, kadınların psikolojik, sosyokültürel, fiziksel ve bilişsel algılama nitelikleriyle ciddi bir korelasyon sergilediği görülmektedir. Bu açıdan menstrual problemler içerisinde en sık görülen rahatsızlık olan dismenorenin holistik bir yaklaşımla değerlendirilebilmesi için bir ölçme aracına gereksinim olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik mesleğinin merkezinde insan, hemşirelik uygulamalarının merkezinde bakım vardır. Hemşirelik bakımında süreç önce hastanın değerlendirilmesinden başlar. Hasta değerlendirilmesi yapılmadan hemşirelik tanısı konulamaz, amaç, uygulama ve sonuçların değerlendirilmesi mümkün olmaz. Bundan dolayı dismenoreli kadınların değerlendirilmesi için hemşirelikte holistik yaklaşımı benimseyen Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri temelli bir ölçüm aracı geliştirilmesi planlanmıştır.

4.8. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli

Hemşirelik tanıları için hemşirelik veri toplama sistemine gereksinim vardır. Çiftçi'nin (2006) aktardığına göre; bu gereksinimden yola çıkarak Gordon 1987'de hemşirelik tanıları üzerindeki çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgi toplama ve bilgiyi organize etmek için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri adını verdiği bir model ileri sürmüştür. Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini insan sağlığı ve yaşam süreci ile

ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Sınıflandırılmış bu başlıklar sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır.

İnsanın muhakeme ve karar verme becerileri üzerine çalışan psikologlar bu becerileri geliştirmek için;

- Klinik bilgiyi devamlı olarak artırmak
- Verimli ve etkili olabilmek için bilgiyi organize edecek bir çerçeve kurmak
- Muhakeme sürecinin temel bileşenlerini öğrenmek
- Verilen kararları uygulamaya yansıtma olduğunu belirtmişlerdir.

Bilgi tanısallık kararları ve bunları izleyen hemşirelik eylemlerini yerine getirmede ve doğrulamada temel oluşturur. Eğer bilgi toplanmamış veya toplanan bilgi doğru değilse, bu bilgiye dayalı kararlar da doğru olmayacaktır (Gordon, 2003). Bu açıdan değerlendirilmenin bir yapısı olmalıdır. Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli değerlendirme için bir yapı ve çerçeve sağlayan bir format örneği olarak belirtilmektedir. Gordon'un bir uygulama ve uzmanlık alanından diğerine geçerken öğrenciler tarafından kullanılan değerlendirme araçlarının sonsuz çeşitliliği sonucu yaşanan sorunlar nedeniyle 1970'li yıllarda fonksiyonel sağlık örüntüleri modelini geliştirdiği bilinmektedir (Gordon, 2003). Gordon; insan tepkilerinin tanımlanması, sağlıkla ilgili davranışların gözlemlenerek yorumlanması, insani ilişkilerini içeren ve kanıta dayalı doğru kararların verilmesi üzerinde durur. Bunun için hemşireler hem bilimsel bilgi içeriği hemde beceri yönünden donanımlı olmalı ve bu becerilerini kullanabilmelidirler. Gordon, diğer kuramcılar gibi insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramları üzerinde detaylı açıklamaya girmeden kuramın uygulama aşamasında bunlar arasındaki ilişkilere odaklanır (Pektekin, 2013). Fonksiyonel sağlık örüntüleri, genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek, her alanda ve her sağlık düzeyinde; akut ya da kronik durumlarda ve bütün tıbbi tanılarda insanı ve insan tepkilerini değerlendirmede kullanılan 11 örüntüyü içermektedir (Gordon, 2003).

Bu 11 örüntü:

1) Sağlığı algılama- sağlığın yönetimi örüntüsü

Sağlığın yönetim biçimi; bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar.

2) Beslenme ve metabolik örüntü

Metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak besin ve sıvı tüketimi örüntüsünü tanımlar.

3) Boşaltım örüntüsü

Barsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlar.

4) Aktivite-egzersiz örüntüsü

Bireyin aktivitelerini, yaptığı egzersizleri, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar.

5) Bilişsel-algısal örüntü

Bireyin duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlar.

6) Uyku-dinlenme örüntüsü

Bireyin uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlar.

7) Kendini algılama-benlik kavramı örüntüsü

Beden imgesi, duygu durumu, kontrolün yeterliliğın algılanması gibi kendini algılama ve kavrama şeklini tanımlar.

8) Rol-ilişki örüntüsü

Bireyin üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar.

9) Cinsellik-üreme örüntüsü

Bireyin cinsellik örüntüsü ile ilgili doyum ve doyumsuzluk örüntülerini, üreme örüntülerini tanımlar.

10) Başetme-stres toleransı örüntüsü

Bireyin genelde stresle başetme ve stresi tolere etmedeki etkinliğini tanımlar.

11) Değer-inanç örüntüsü

Spirütüel inançlar dahil, inançlar, değerler, seçimlere/kararlara rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntüleri tanımlar (Gordon, 2003).

4.9.Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Dismenorenin Değerlendirilmesi

4.9.1. Sağlığı algılama- sağlığın yönetimi örüntüsü

Agarwal ve Agarwal (2010) çalışmasında dismenore yaşayanlarda dismenore şiddeti ile vücutta uyuşukluk hissetme durumu arasında ilişki bulmuşlar ayrıca kadınların çoğunlukla üreme sağlığı konusundaki bilgi eksikliği

nedeniyle dismenore konusunda sessiz kaldıklarını saptamışlardır. Ambresin ve ark. (2012), dismenore şiddeti arttıkça sağlığı kötü olarak algılama durumunda anlamlı düzeyde arttığını bildirmiştir. Yine Kore’ de yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (Jung and Kim, 2004). Wong (2011a) dismenore yaşayanların tıbbi yardım konusunda isteksiz olduklarını; konuşmaktan korktuklarını ve utandıklarını belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda adölesanların dismenore nedeniyle nadiren tıbbi yardıma başvurduğu belirlenmiştir (Wong 2011a; O’connell et al., 2006). Tedavi görmek istememenin başlıca sebebinin bu konudaki farkındalık eksikliği olduğu saptanmıştır (Wong, 2011a; Chan et al., 2009).

4.9.2. Beslenme ve metabolik örüntü

Dismenore yaşayanların baharat, turunçgiller, ananas, karpuz gibi bazı besinlerin tüketimine dikkat ettiğini ayrıca sıcak su tüketiminin ağrıyı azalttığına inandıkları bildirilmektedir (Wong 2011b). Dismenore yaşayanlarda beslenmeyle ilgili değişiklik yapanların kahve-kola (%47,5), tuz (%31,2) kullanımını sınırlandırdığı bulunmuştur (Çıtak, 2001). Ayrıca dismenore yaşayanların soğuk gıda tüketiminin ve gazlı içeceklerin dismenoreyi tetiklediğine inandıkları bildirilmiştir (Wong, 2011b). Kumbhar ve ark. (2011) dismenoreli kadınların %52,1’inin iştah azalması yaşadığını ve dismenore yaşamayanlarla karşılaştırıldığında farkın anlamlı derecede yüksek çıktığını bildirilmişlerdir. Yılmaz ve Yazıcı (2008) benzer şekilde dismenore yaşayan ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinde en sık yaşanan şikayetlerden birinin iştahta azalma ve bulantı-kusma olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde; Agarwal ve Agarwal (2010) çalışmasında; menstruasyonun ilk gününde iştah kaybı, bulantı, kusma semptomlarının dismenore şiddeti ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Ayrıca çalışmada menstruasyon sonundaki dismenore ve dismenore şiddeti ile anoreksiya ve kusma semptomları arasında da ilişki bulunmuştur.

Çakır ve ark. (2007) dismenoreli kadınların %25,4 oranında iştahta artma; %16,2 oranında iştahta azalma, %11,4 oranında kusma yaşadıklarını bildirmiştir. Erenel ve Şentürk’ün (2007) çalışmasında bulantı-kusma oranı %8,8, Thirza ve ark. (1999) çalışmasında ise bulantı yaşayanların oranı %17,3 bulunmuştur.

Gagua ve ark. (2013) dismenore yaşayanlarda %21,9'unun bulantı, %5,8'inin kusma deneyimlediğini bildirmiştir. Eryılmaz ve ark. (2010) çalışmasında ise dismenoreli kadınlarda bulantı-kusma yaşayanların oranı %12,2, iştah kaybı yaşayanların oranı ise %19 olarak bulunmuştur. Ambresin ve ark. (2012), dismenore şiddeti arttıkça beslenme konusundaki kısıtlayıcı eğiliminde anlamlı düzeyde arttığını; ayrıca şiddetli dismenore yaşayanların yeme bozuklukları için daha fazla risk altında olabileceğini bildirmiştir.

4.9.3. Boşaltım örüntüsü

Dismenore yaşayanlarda boşaltım fonksiyonuyla ilişkili semptomlar konstipasyon, diyare ve gaz nedenli abdominal distansiyondur (Agarwal and Agarwal, 2010). Hillen ve ark. (1999) çalışmasında dismenore yaşayanlarda diyare görülme oranını %12,5, Banikarim ve ark. (2000) %5, Gagua ve ark. (2013) %5,8 olarak bulmuştur. Eryılmaz ve ark. (2010), dismenore yaşayanlarda terleme oranını %20, diyare oranını ise %8,1 olarak bulmuştur. Özerdoğan ve ark. (2009) çalışmasında da diyare oranı benzer bulunmuştur (%20,3). Fujiwara ve Nakata (2010) dismenore ile konstipasyona yatkınlık arasında anlamlı ilişki saptamıştır. Agarwal ve Agarwal (2010) çalışmasında dismenore şiddeti ile poliüri ve terleme arasında ilişki olduğunu bildirmiştir. Çalışmalarda genel olarak dismenore yaşayanlarda poliüri ve terleme şikayetlerinin görülme oranları daha yüksek ve dismenoreyle ilişkili bulunmuşken; diyare ve konstipasyon şikayetleri daha az görülmektedir (Banikarim et al., 2000; Gagua et al., 2012; Eryılmaz ve ark. 2010; Agrawal and Agrawal 2010).

4.9.4. Aktivite-egzersiz örüntüsü

Yapılan çalışmalarda adölesanlarda dismenore nedeniyle okula devamsızlık sorunu yaşadıkları bildirilmektedir (Kumbhar et al., 2011; Wong, 2011a-b; Potur et al., 2013). Özellikle kentsel alanlarda yaşayan genç kızların kırsal alanda yaşayanlara göre dismenoreye karşı daha olumsuz beklenti içinde oldukları ve dismenorenin yaşamlarını daha olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Kumbhar et al., 2011; Wong, 2011b). Dismenore ayrıca sosyal etkinliklere katılımında büyük oranda etkilemektedir. Çalışmalarda dismenore sorunu yaşayan adölesanların dismenore nedeniyle sosyal aktivitelere katılmadığı saptanmıştır

(Wong, 2011a-b; Eryılmaz et al., 2010; Potur et al., 2013; Grandi et al., 2012; Kitamura et al., 2012; Al-Kindi et al., 2011). Benzer şekilde Banikarim ve ark. (2000), dismenore yaşayanların sportif faaliyetlere katılma (%50), günlük işleri gerçekleştirme (%51), arkadaşlarıyla dışarı çıkıp sosyalleşme (%36), okula devam etme (%46) gibi faaliyetlerinin olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Hillen ve ark. (1999) çalışmalarında sportif faaliyetlerin kısıtlanma oranını benzer bulmuşlardır (%48). Chiou ve Wang (2008) ise dismenore yaşayanların beden eğitimi derslerine (%64,6) ve ders dışı etkinliklere katılmadığını (%25) saptamıştır. Chantler ve ark. (2009) aktigrafi kullanarak yaptıkları çalışmada dismenoreli vakalarda fiziksel aktivitenin %40 oranında azaldığını bildirmiştir. Wijesiri ve Suresh (2013) ise dismenoreli kadınlarda en fazla görülen şikayetin fiziksel rahatsızlık olduğunu bildirmiştir. Kumbhar ve ark. (2011) dismenore yaşayanlarla yaşamayanları karşılaştırmış; dismenore yaşayanların yaşamayanlara göre fiziksel aktivitede azalma yönünden ileri derecede anlamlı fark olduğunu bildirmişlerdir. Yılmaz ve Yazıcı (2008) çalışmalarında ebelik öğrencilerinin %81,6'sının hemşirelik öğrencilerinin ise %85,7'sinin dismenorenin günlük aktiviteleri gerçekleştirmede engel olarak gördüklerini bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada ebelik öğrencilerinin %49,5'i, hemşirelik öğrencilerinin ise %85,7'si dismenorenin okula devam durumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir.

4.9.5. Bilişsel-algısal örüntü

Çalışmalarda dismenore sorunu yaşayan adölesanların dismenore nedeniyle derslerdeki konsantrasyon yeteneğinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (Wong, 2011a-b; Banikarim et al., 2000; Tangchai et al., 2004). Benzer şekilde Wijesiri ve Suresh (2013) dismenore ile bilişsel durum arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Vakaların %66'sı dismenore nedeniyle bilişsel durumlarının olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Çalışmada dismenoreli vakalarda bilişsel etkilenme nedeniyle çalışırken konsantrasyon kaybı, problem çözme ve sınav performanslarında düşme, karar verme yetisinde bozulma gibi şikayetlerin olduğu bildirilmiştir. Eryılmaz ve ark. (2010), dismenore yaşayanlarda bilişsel olarak derste konsantrasyon eksikliğinin yanı sıra bilmesine rağmen soruları cevaplayamama şikayetleri olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Banikarim ve ark. (2000) dismenore yaşayanlarda test çözme becerisi, ödev

yapma ve ders notlarının olumsuz etkilediğini saptamıştır. Dismenore yaşayan ve yaşamayan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada dismenore yaşayanların yaşamayanlara göre çalışma konusunda güven, iş tatmini seviyeleri ve konsantrasyon seviyelerinde azalma yönünden anlamlı fark bulunmuştur (Kumbhar et al., 2011). Yılmaz ve Yazıcı (2008) benzer şekilde dismenore yaşayan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinde en sık yaşadıkları şikayetlerden birinin konsantrasyon eksikliği olduğunu bildirmiştir.

4.9.6. Uyku-dinlenme örüntüsü

Yapılan araştırmalar uyku bozukluklarının erkeklere göre kadınlarda daha fazla olduğunu göstermiştir. Kadınların bedenlerinde her ay düzenli yaşadıkları adet döngüsünün bu farkın nedeni olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte menstruasyonun ağrılı olmasının uyku bozukluklarıyla ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Woosley, 2012). Dismenore yaşayanların yaşamayanlara oranla anlamlı derecede daha fazla uyku bozukluğu yaşadığı bulunmuştur (Kumbhar et al., 2011). Benzer şekilde, Agarwal ve Agarwal (2010) dismenore şiddeti ile uykusuzluk ve artan uyku süresi arasında ilişki olduğunu saptamıştır. Woosley (2012), çalışmasında uykusuzluk şiddeti indeksi ile dismenore şiddeti arasında anlamlı korelasyon saptamıştır. Dismenore şiddeti arttıkça uykudaki rahatsızlık düzeyide artmaktadır. Ayrıca uyku başlangıcında gecikme, uyku etkinliğinde azalmada dismenore şiddeti ile ilişkili bulunmuştur. Baker ve ark. (1999), primer dismenore yaşayanlarda, yaşamayanlara göre uykunun 1. Evresini daha uyanık ve hareketli geçirdiğini, REM evresinin daha kısa olduğunu, daha az etkili ve rahatsız uyuduğunu bulmuşlardır. Çakır ve ark. (2007) ise dismenoreli kadınların %39,4 oranında halsizlik deneyimlediklerini bildirmiştir. Dismenoreli kadınlarda yapılan çeşitli çalışmalarda bu oran %49,7 (Thirza et al., 1999); %45,6; (Erenel ve Şentürk, 2007) %42,9 (Tangchai et al., 2004); %38,4 (Gagua et al., 2013); %67 (Barankim et al., 2000) arasında değişmektedir. Agrawal ve Agrawal (2010) dismenoresi olmayanlarla karşılaştırıldığında dismenoresi olanlarda yorgunluğun daha fazla olduğunu ve dismenore şiddeti ile yorgunluk arasında ilişki bulunduğunu bildirmiştir.

4.9.7. Kendini algılama-benlik kavramı örüntüsü

Nazarpour ve Khazai (2013), primer dismenore ile beden imajının tüm bileşenleri arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmiş; primer dismenore şiddetinin beden imajı bileşenlerinden tahmin edilebileceğini belirtmişlerdir. Ambresin ve ark. (2012), ise dismenore şiddetinin artmasıyla birlikte depresif semptomlar, beden görünümünü değiştirme isteği ve beden görünümünden memnuniyetsizliğin arttığını bildirmişlerdir. Literatürde; menarşın çocukluktan kadınlığa geçişte bir çeşit olgunlaşma damgası olduğu (Harlow and Campbell, 2004) fakat dismenorenin bu dönemde psikososyal ve bilişsel gelişimi olumsuz etkileyerek (French, 2005) beden imajında bozulmaya neden olabileceği belirtilmiştir (Harlow and Campbell, 2004).

Wijesiri ve Suresh (2013); ise dismenoreli kadınların %20'sinin huzursuzluk yaşadıklarını bildirmiştir. Dismenore yaşayanlarla yaşamayanların karşılaştırıldığı bir çalışmada dismenore yaşayanlarda yaşamayanlara göre huzursuzluk, emosyonel dengesizlik ve rutin çalışma düzenine karşı ilginin azalması gibi sorunlarda anlamlı derecede artış bildirilmiştir (Kumbhar et al., 2011). Hillen ve ark. (1999) dismenore yaşayanlarda %37,2 oranında emosyonel dengesizlik deneyimlediklerini saptamıştır. Santana ve ark.(2011), çalışmalarında benzer şekilde dismenore yaşayanlarla, yaşamayanlar arasında emosyonel dengesizlik bakımından ileri derecede anlamlı fark bulmuşlardır. Tangchai ve ark. (2004), çalışmasında ise dismenoreli vakalarda emosyonel dengesizlik oranını %56,9 olarak bulmuştur. Çakır ve ark. (2007) dismenoreli kadınların %58 oranında gerginlik, %42 oranında depresyon deneyimlediklerini bildirmiştir. Özerdoğan ve ark. (2009) çalışmasında ise gerginlik oranı %54,5'tir. Gagua ve ark. (2013) dismenore yaşayanların yaşamayanlara göre depresyon ve anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmada ayrıca dismenore yaşayanlarda gerginlik (%37,3) ve emosyonel dengesizlik (%10,1) belirtileride gözlenmiştir. Chiou ve Wang (2008) dismenore yaşayanların %76,7'sinin günlerini kötü geçirdiğini ifade ettiğini ve hafif derecede depresyon belirtileri (%67,9) sergilediklerini bulmuştur.

4.9.8. Rol-ilişki örüntüsü

Eryılmaz ve ark. (2010) dismenoreli kadınların aile ve arkadaş ilişkilerinin negatif etkilendiğini; aile ilişkilerinde en fazla yaşanan problemin ailevi sorunlar (%77,3); arkadaş ilişkilerinde ise en fazla yaşanan problemin sinirlilik (%55,4) ve konuşmada isteksizlik (%37,2) olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Hindistan'da adölesanlarda yapılan bir çalışmada dismenore yaşayanlarla yaşamayanlar arasında kişisel ilişkilerde bozulma yönünden ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (Kumbhar et al., 2011). Mazza (2006) dismenore yaşayanlarda kişisel ilişkilerinin olumsuz etkilendiğini bildirmiştir.

4.9.9. Cinsellik-üreme örüntüsü

Literatürde; menarşın çocukluktan kadınlığa geçişte bir çeşit olgunlaşma damgası olduğu (Harlow and Campbell, 2004) fakat dismenorenin bu dönemde psikososyal ve bilişsel gelişimi olumsuz etkileyerek (French, 2005) kadın cinsel kimliğinde bozulmaya neden olabileceği belirtilmiştir (Harlow and Campbell, 2004). Hindistan'da yapılan bir çalışmada dismenore yaşayanlarda tikslenme oranı %81,5 olarak bulunmuş; dismenore yaşamayanlarla karşılaştırılmış ve aradaki farkın anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Kumbhar et al., 2011). Pirkalani ve Rad (2013) dismenore yaşamayan kadınların cinsel yönden aktif olmadan önceki hayatlarında cinsellik konusunda daha bilinçli olduklarını saptamıştır. Ayrıca dismenore yaşamayanlar, yaşayanlara göre cinsel disfonksiyon ölçeğinden daha düşük puan almışlardır. Dismenore yaşamayanlar duygusal ve erotik boyutlardan yüksek puan alırken, çift problemlerinden daha düşük puan almışlardır. Buna karşın dismenore yaşayanlar çift problemleri ve cinsel ağrı sendromlarından daha yüksek puan almışlardır. Ayrıca dismenore yaşayanların homo-biseksüellik ölçeklerinden de daha yüksek puan almaları ve cinsel suçluluk duygularını daha fazla yaşamaları da dikkat çekici bir bulgudur. Dismenore yaşayanlar genelde kadın jinekolog ve genel anestezi altında sezaryen doğumu tercih etmektedir (Pirkalani and Rad 2013). Dismenorenin cinselliği birçok açıdan olumsuz etkilediği ve bu etkinin en sık 26-31 yaş grubunda görüldüğü bildirilmekte; sağlık ekibinin parçası olan seksologların cinsel

disfonksiyonların yanısıra dismenore sorunu yaşayan vakalarında desteklemeleri gerektiği savunulmaktadır (Saccarino and Rossi, 2008).

4.9.10. Başetme-stres toleransı örüntüsü

Wijesiri, Suresh (2013) dismenoreli kadınların %19 oranında stres deneyimlediğini bildirmiştir. Ayrıca kadınların dismenore ile baş etmek için yaptıkları girişimleri belirleyen çalışmalar incelendiğinde; genelde bu sorunu kendi başlarına çözümlenebilecekleri bir durum olarak gördükleri bundan dolayı doktora ya da sağlık kuruluşuna başvurma oranının oldukça düşük (%8,9-32,6) olduğu gözlenmiştir (Potur and Kömürcü, 2013; Burnett et al., 2005; Eryılmaz and Özdemir, 2009; Çıtak, 2001; Banikarim et al., 2000). Aynı zamanda reçetesiz ya da doktor önerisi olmadan ilaç kullanımının yüksek olması da (%70-82) dikkat çeken diğer bulgudur (Campbell and McGrath, 1997; Burnett et al., 2005). Potur ve ark. (2013) çalışmasında ise dismenore ile başetmede analjezi kullanımı dışında non-farmakolojik yöntem kullanımının da günümüzde oldukça popüler olduğunu belirtmiştir. Çalışmada ayrıca dismenore ile baş etmede non-farmakolojik yöntemlerin kullanımı değerlendirildiğinde katılımcılardan orta düzeyde ağrı yaşayanların çoğunluğunun bu yöntemlerden yararlandığı ve diğer gruplarla aralarında ileri derece anlamlı farklılık olduğunu bulmuşlardır (Potur et al., 2013). Walsh ve ark. (2003) çalışmalarında dismenore yaşama durumu ile kişinin gerçekleştirilmesi gereken görev ve sorumluluklarının olumsuz etkilenme durumu arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada dismenoreyi algılama düzeyi ile kalın giyinme, içecek alışkanlığını değiştirme ve sıcak uygulama gibi non-farmakolojik başa çıkma yöntemleri kullanma durumları arasında da anlamlı fark olduğu bildirilmiştir.

4.9.11. Değer-inanç örüntüsü

Çalışmalarda dismenore yaşayan adölesanlarda banyo yapma ve saç yıkamanın zararlı olduğuna inandıkları için kaçındıkları bulunmuştur (Poureslami and Ashtiani, 2002; Wong, 2011a). Poureslami ve Ashtiani (2002), çalışmalarında kadınların çoğunun kişisel hijyen alışkanlıklarının dismenoreyi azalttığına inandıklarını buna rağmen %65'inin menstruasyonun ilk günlerinde banyo yapmadıklarını bildirmiştir. Bu oran Yıldız'ın (2007) çalışmasında %38; Kısa ve

ark. (2013) çalışmasında ise %56,8'dir. Dismenorenin menstruasyon siklusunun normal bir parçası olarak benimseyenlerin yanısıra bir çeşit hastalık olduğuna inananlarda mevcuttur (Wong, 2011a). Christler (2013) menstruasyon ile ilgili olumsuz inançların cinsiyetçilik ayrımı ile ilişkili olabileceğini belirtmiş; menstruasyon gören kadının hasta, zayıf, yetersiz olduğu; 'menstruasyon gören bir kadından daha kötü olan tek şey menstruasyon görmeyen kadındır' gibi olumsuz düşüncelerin olduğunu belirtmiştir (Christler 2013). Kadınların özellikle kırsal kesimde utanma nedeniyle menstruasyonla ilgili sorunlarını çoğunlukla anne, kız kardeş gibi kadın aile üyeleri ve akran grupla rahat konuşabildikleri bildirilmiştir (Wong, 2011a). Santera ve ark. (2008) kadınların menstrual sorunları 'herkeste var' şeklinde kavramsallaştırdığını saptamıştır. Bu nedenle sorun yaşayan kadınların diğer kadınlar tarafından olumsuz yargılandığını düşündüklerini belirtmiştir. Aynı çalışma kadınların dismenore gibi menstrual sorunlar nedeniyle işe gelmemenin diğer sağlık problemleri nedeniyle işe gelmemekten daha fazla negatif etki yarattığını ve kadınların dismenorenin "diğerleri" tarafından 'gereksiz inilti' olarak düşünülmesinden korktuğunu bildirmiştir.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin geliştirilme basamakları ile Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeğinin Türkçe adaptasyon basamakları açıklanmıştır. Ölçek geliştirmede ve adaptasyonda kullanılan istatistiksel yöntemlere yer verilmiştir.

5.1.Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; dismenore yaşayan kadınların holistik hemşirelik bakımı çerçevesinde değerlendirilmesini sağlayacak bir ölçüm aracı geliştirerek literatüre kazandırmaktır.

5.2.Araştırmanın Türü

Metodolojik-Kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

5.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul ilinde Anadolu yakasındaki bir kamu üniversitesinin Eğitim Fakültesine bağlı Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü, Fen Edebiyat Fakültesine bağlı Sosyoloji Bölümü ve Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı Hemşirelik ve Ebelik bölümlerinde gerçekleştirilmiştir.

5.4. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Şubat-Haziran 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Anketlerin doldurulması ortalama 25-30 dakika sürerken anket doldurulma süreci sonrasında soruların cevaplanmasıyla bu süre yaklaşık bir saat olmuştur.

5.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Primer dismenorenin, genel olarak genç kadınlarda sık görüldüğü ve yaşla birlikte azaldığı bilinmektedir. Birçok araştırma, dismenorenin yaşla azaldığını göstermektedir. Hindistan, Yeni Zelanda ve Türkiye de yapılan araştırmalar da benzer sonuçlar içermektedir (Bunett et al., 2005; Pullon et al., 1988; Potur et al., 2013). Bundan dolayı literatür bilgilerine dayanarak dismenore sorununu en iyi yansıtabilecek örneklemin üniversite öğrencileri olacağı düşünülmüştür.

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Ebelik Bölümü, Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü, Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü kız öğrencileri oluşturmuştur. Bölümlerin öğrenci işlerinden elde edilen bilgiler doğrultusunda 2013-2014 eğitim öğretim döneminde; Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü'nde 417, Sosyoloji Bölümü'nde 208; Hemşirelik Bölümü'nde 630; Ebelik Bölümü'nde 268 olmak üzere toplam 1523 öğrenci öğrenim görmektedir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Mevcut bölümlerin seçilinde;

- Kız öğrenci sayısının fazla olması dolayısıyla dismenore sorunu yaşayabilecek hedef gruplara daha fazla ulaşılabilme şansının olması;
- İstanbul İli Anadolu yakasındaki öğrenci kabul eden tek kamu üniversitesi olması ve öğrenim gören öğrenci sayısının fazla olması;
- Farklı Fakültelerden bölümler alınarak örneklem çeşitliliğinin artırılması böylece geliştirilen ölçeğin daha geniş bir gruba genellenebilecek olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. Ölçek geliştirmede örneklem büyüklüğü 50-100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000'i mükemmel olarak nitelendirilmektedir (Akgül, 2003; Netemeyer et al., 2003; Tavşancıl, 2010). Bu kaynaklar temel alınarak evren kapsamında araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan bütün öğrencilerle araştırmanın gerçekleştirilmesi böylece en geniş örneklem büyüklüğüne ulaşılması planlanmıştır.

5.6. Araştırmaya Alınma kriterleri

1. Aşamada tüm formlar ulaşılabilen evrenin tamamına doldurulmuştur.

1. Aşamada tüm vakaların:

- Kadın olması,
- 18-30 yaş aralığında olması,
- Menstruasyon görüyor olması

Yukarıda belirtilen kriterlere uyan 1076 vakaya ulaşılmıştır. Araştırmanın 2. aşamasında araştırmacı tarafından primer ve sekonder dismenoreli vakalar ayrılarak kriterlere uymayan kadınlar araştırma kapsamı dışında bırakılmış; mevcut ölçeklerin hedef gruplar için geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

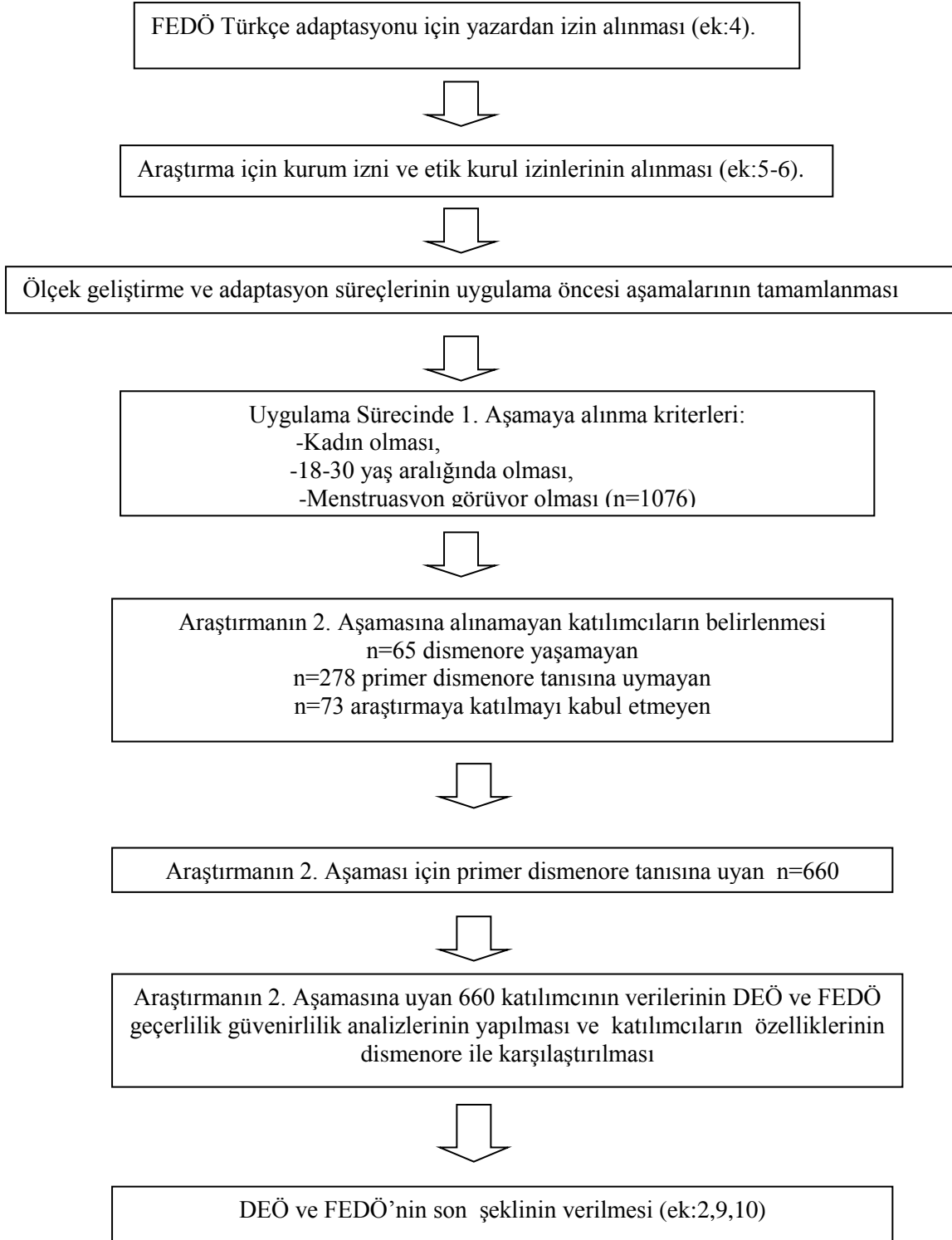
2. Aşamada çalışmaya alınma kriterleri:

- Primer dismenore tanısına uygun olanlar (Dismenore problemi yaşayan, 18 yaş üzeri olan, nullipar, hormonal kontrasepsiyon (Oral kontraseptif ve enjeksiyon gibi) ve RİA kullanmayan, son 6 aydır (21-35 günde bir menstruasyon ve ara kanama şikayeti olmayan) düzenli menstruasyon olan, sistemik ve kronik ve ruhsal herhangi bir hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanmayan (Özellikle diyabetes mellitus, kalp ve dolaşım hastalıkları, romatoid artirit, alerjik rahatsızlıklar, psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar),
- Sekonder dismenore belirtileri göstermeyenler (Üreme organlarıyla ilgili enfeksiyon belirtileri bildiren veya tanısı konan, ağrısı menstruasyondan birkaç gün önce başlayıp, menstruasyon sonuna kadar kesilmeyen),
- Kokusuz ve şeffaf vajinal akıntısı olanlar,
- Jinekolojik herhangi bir tanı almamış olanlar,
- Jinekolojik operasyon geçirmemiş olanlar,
- Evren kapsamına giren
- Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılar değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak 1076 vakadan;

- 65'i dismenore yaşamaması nedeniyle
- 278'i primer dismenore tanı kriterlerine uymaması nedeniyle
- 73'ü çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle araştırma kapsamı dışında bırakılmış olup 2. Aşamının sonucunda toplamda 660 katılımcıya ulaşılmıştır.

Şekil 5.1.Araştırma Süreci Aşamaları



5.7. Araştırma soruları

- Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği primer dismenorenin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
- Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
- Primer dismenoresi olanlarda sosyo-demografik değişkenler ile dismenore şiddeti arasında ilişki var mıdır?

5.8. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından öz bildirim dayalı olarak araştırmacı tarafından Dismenore Tanılama Formu (Ek 1), Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore ölçeği (Ek 2), Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği Taslağı (Ek 10), Görsel Kıyaslama Ölçeği (Dismenore Tanılama Formu içinde) kullanılarak toplanmıştır.

5.8.1 (Ek 1) Dismenore tanılama formu (DTF)

Primer ve sekonder dismenoresi olanları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır Formda yer alan sorular araştırma kriterlerine uymayan kız öğrencileri kapsam dışında bırakmaktadır. DTF öğrencilerin, sosyo-demografik özelliklerini, sağlık durumlarını, özgeçmiş ve soy-geçmiş ile ilgili bazı faktörlerini sorgulamaktadır.

5.8.2.(Ek 2) Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği (FEDÖ)

Li ve ark. (2012) tarafından geliştirilen dismenoreyi fonksiyonel ve emosyonel olarak ölçmeye yarayan 14 maddelik likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki seçenekler: (1) benim durumuma hiç benzemiyor, (2) Benim durumuma benziyor sayılmaz, (3) Benim durumuma hem benziyor hem de benzemiyor, (4) benim durumuma benziyor sayılır, (5) benim durumuma çok benziyor şeklindedir. Ölçek maddelerinde ters madde yoktur. Ölçek dismenorenin fonksiyonel ve emosyonel ölçümünü sağlamak üzere geliştirilmiştir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça olguların dismenoreden fonksiyonel ve emosyonel olarak etkilenme durumlarında artmaktadır.

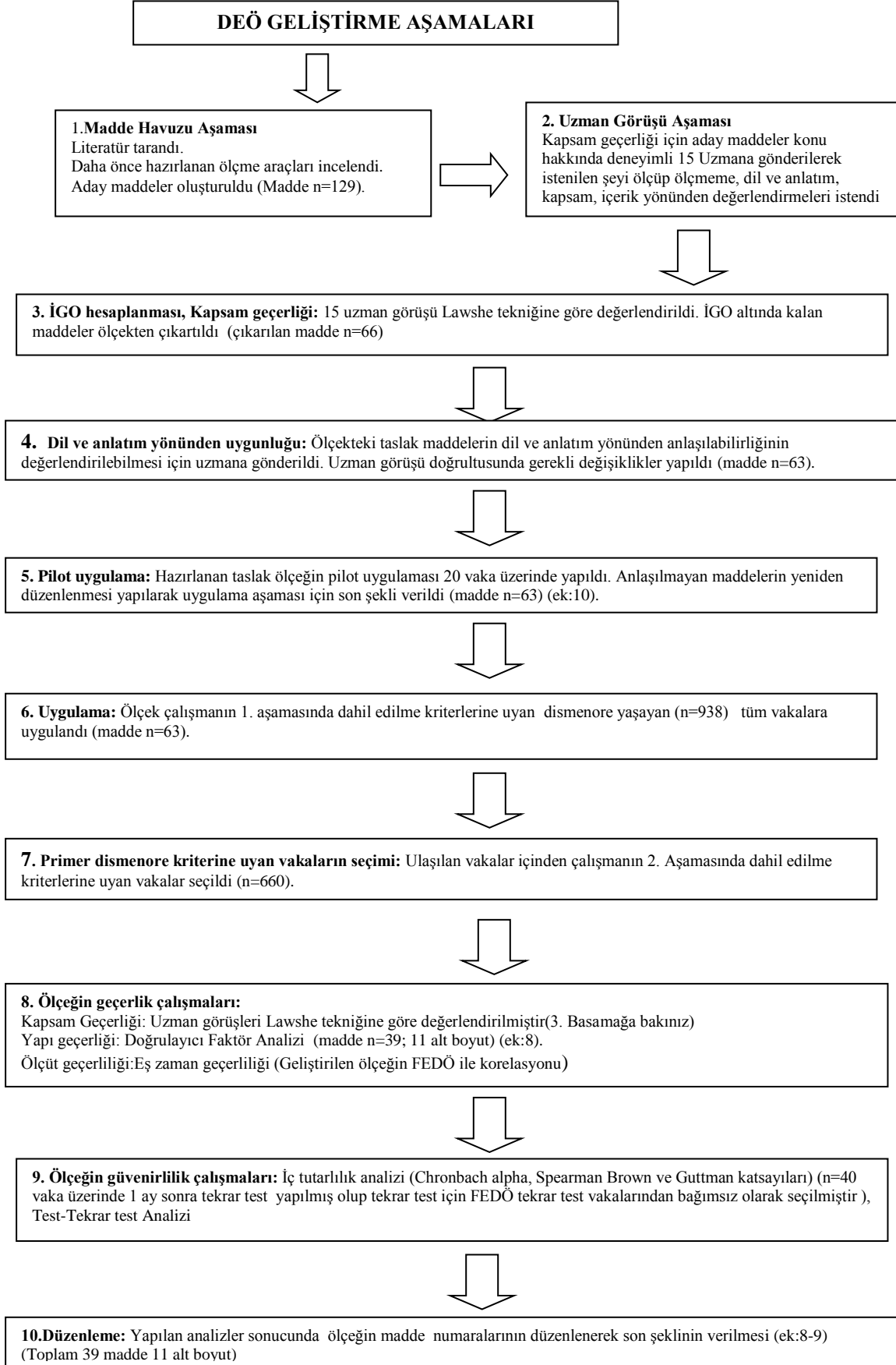
5.8.3.(Ek 10) Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği taslağı (DEÖ)

Araştırmacı tarafından geliştirilen ölçek Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli temel alınarak dismenorenin holistik olarak değerlendirilmesini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek yapısında Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modelindeki: sağlığı algılama/yönetme, beslenme ve metabolizma, boşaltım, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, biliş ve algı, kendini algılama, rol ve ilişki, cinsellik ve üretkenlik, stresle baş etme ve stres toleransı, değerler ve inançlar konularına göre temellendirilmiş maddeler bulunmaktadır. Ölçek taslağı 5'li likert tipi olup 129 sorudan oluşmaktadır. 5'li dereceleme; Tamamen katılıyorum=5, katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 şeklinde belirlenmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan arttıkça dismenoreden etkilenme düzeyleride artmaktadır. Taslak ölçekte 23,27,29,36,40,62,63,72,78,101,106,111,119,129'uncu maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde Tamamen katılıyorum=1, katılıyorum=2, kararsızım=3, katılmıyorum=4, kesinlikle katılmıyorum=5 şeklinde puanlanır. Ölçeğin uygulama aşamasında KGİ sonrasındaki 63 maddelik taslak uygulanmıştır (Ek 10).

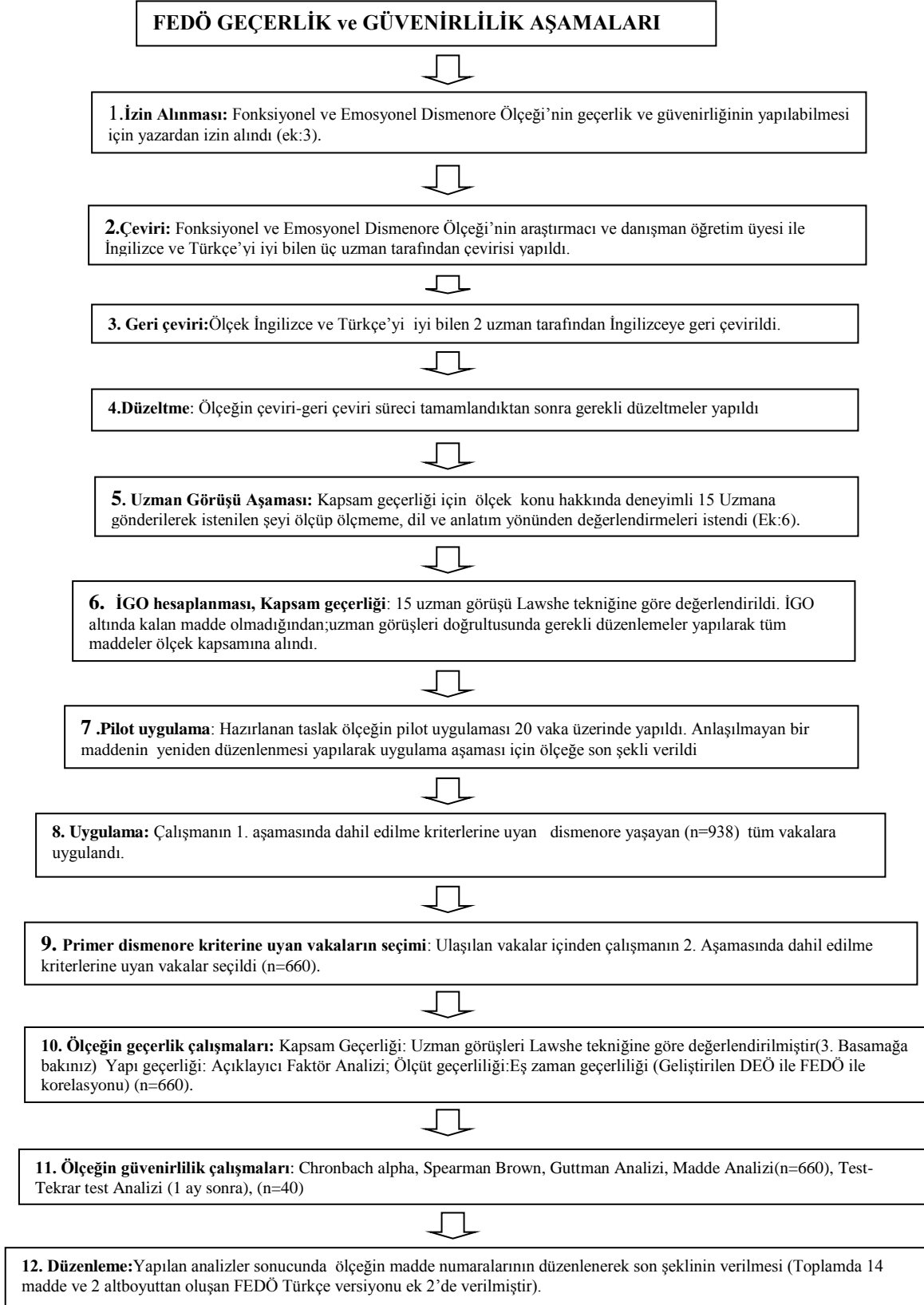
5.8.4. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ)

Görsel kıyaslama ölçeği öğrencilerin dismenore nedeniyle yaşadıkları ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde araştırmaya katılacak kız öğrencilerden kendi ağrı düzeyini işaretlemesi istenmiştir. GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. GKÖ'de standardizasyonu sağlamak amacı ile dikey kullanımın bireyler tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir (Chen and Chen 2004; Aslan ve Eti 2002). GKÖ'de toplanan veriler araştırmacı tarafından cetvelle ölçülerek ağrı şiddeti objektif olarak değerlendirilmiştir (Ek 1).

Şekil 5.2.DEÖ Geliştirme Aşamaları



Şekil 5.3.FEDÖ Geçerlik ve Güvenirlilik Aşamaları



5.9. VERİLERİN ANALİZİ

Tablo 5.1.Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Katılımcıların özellikleri için kullanılan analizler	Sayı, Ortalama, Yüzde, standart sapma, minimum ve maksimum değerler
DEÖ geliştirme aşamasında kullanılan analizler	KMO ve Barlett analizi, Lawshe tekniği, Doğrulayıcı faktör analizi, birleşen geçerliliği, Chronbach alfa katsayısı, test-tekrar test analizi, Spearman Brown ve Guttman katsayıları
FEDÖ Türkçe adaptasyonunda kullanılan analizler	KMO ve Barlett analizi, Lawshe tekniği, Açıklayıcı faktör analizi, birleşen geçerliliği, Chronbach alfa katsayısı, madde analizi, test-tekrar test analizi, Spearman Brown ve Guttman katsayıları
DEÖ ve FEDÖ betimleyici değerleri ile katılımcıların özelliklerine göre aldıkları puanların analizi	Ortalama, Standart Sapma, minimum ve maksimum değerler ikili karşılaştırmalar için ilişkisiz grup t testi, ikiden fazla gruplar için anova varyans analizi, İkiden fazla gruplarda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Scheffe Post Hoc ve Dunnett C Post Hoc testleri
Katılımcıların özelliklerine göre ağrı şiddetinin karşılaştırılmasına ilişkin analizler	Ki-kare analizi, çoklu regresyon analizi

5.9.1.Dismenore Tanılama Formundaki Verilerilerde Kullanılan Analizler

Dismenore tanılama formundaki sosyo-demografik özelliklerin analizinde ortalama, standart sapma, sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Ayrıca dismenore şiddeti ve sosyo-demografik değişkenler arası ilişkiyi belirlemek için çoklu regresyon ve ki-kare analizleri kullanılmıştır. Katılımcıların bazı özelliklerine göre FEDÖ ve DEÖ puanlarının karşılaştırılmasında ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler

ikili karşılaştırmalar için ilişkisiz grup t testi, ikiden fazla gruplar için anova varyans analizi, İkiden fazla gruplarda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Scheffe Post Hoc ve Dunnett C Post Hoc testleri kullanılmıştır.

5.9.2.DEÖ Geliştirilme Süreci ve Kullanılan Analizler

İlk aşamada holistik bakış açısı çerçevesinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli temel alınarak konu ile ilgili kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Dismenore ile ilgili fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli çerçevesinde ortaya koyabilecek olası tüm maddeleri içeren 129 maddelik havuz oluşturulmuştur.

Taslak maddelerin İçerik ve Kapsam Geçerliliği'ni (Content Validity) değerlendirmek üzere hazırlanan madde havuzu konu ile ilgili 15 uzmanın görüşüne sunularak maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır (Ek.6). Uzmanlar belirlenirken ölçme değerlendirme, ölçek geliştirme, hemşirelikte kavram kuram ve dismenore konularında deneyimli olmalarına dikkat edilmiştir. Uzmanlardan maddelerin ölçekte yer aldıkları faktörler için uygunluğuna ilişkin cevaplarını 3'lü derecelendirme ölçeği (1= Kaldırılmalı, 2= Düzeltmeli, 3= Uygun) üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Uzmanların gerektiğinde açıklama yapmalarına olanak vermek için her bir maddenin karşısına bir boşluk bırakılmış ve maddeler üzerinde de düzeltme yapabilecekleri belirtilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirmesi Lawshe tekniğine göre yapılmıştır.

Her bir madde için içerik geçerlik oranı (İGO) hesaplanmıştır. Uygulanan formülde İGO -1 ile +1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif çıkan değerler ölçekten çıkarılmalıdır. Lawshe p=0,05 güven aralığında uzman sayısına göre verilen minimum İGO oranları belirlenmiştir. Buna göre araştırmamızda toplam 15 uzmana gönderilen ölçekteki her bir maddenin Lawshe tekniğine göre İGO oranları hesaplanmış ve 0,49'un altında kalan maddeler (n=66) ölçekten çıkartılmış 63 madde kalmıştır.

Ölçek aynı zamanda dil ve anlatım yönünden incelenmesi için uzmana gönderilmiş; uzman görüşüne göre gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra anlaşılabilirliğinin belirlenmesi için toplam 20 kişiye uygulanmıştır. Anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiş ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için uygulama aşamasına geçilmiştir.

Uygulama sonrasında geçerliliğin sınanması için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi, yorumlanması oldukça güç olan birçok ilişkiyi açıklayan, birbirleriyle korelasyonu olan maddeleri yapısal olarak anlamlı, nispeten bağımsız faktörler altında toplayan çok değişkenli bir analiz tekniğidir. Faktör analizi çok sayıda değişkenden bu değişkenlerin birlikte açıklayabildikleri az sayıda tanımlanabilen anlamlı yapılara ulaşmayı amaçlar (Büyüköztürk, 2002; Tezbaşaran, 1996)

Ölçeğin yapı geçerliği ve ölçek alt boyutlarının uyum indisi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde MPLUS programı kullanılmıştır. Önce birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılarak sadece örtük değişkenlere doğru tek yönlü doğrusal ilişkiler tanımlanarak maddeler incelenmiştir. Daha sonra 2. düzey doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonrasında 39 madde ölçekte kalmış; 24 madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere Cronbach Alfa (0,901), Spearman Brown ve Guttman analizleri (0,849) yapılmıştır.

Birleşen geçerliğin (kendine benzeyen değişkenler ya da ölçümlerle karşılaştırılması) değerlendirilmesi amacıyla ölçek puanının, Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği ile korelasyonu incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için 40 kişiye ilk uygulamadan bir ay sonra test-tekrar test uygulanarak güvenilirlik için pearson momentler çarpımı korelasyon analizi bakılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda Dismenore etkilenmişlik ölçeği 39 maddeye indirgenmiş, ölçeğe son şekli verilmiştir.

5.9.3.FEDÖ Türkçe Adaptasyonu İçin Kullanılan Analizler

FEDÖ maddelerin dil eşdeğerliği çalışması için; aslı İngilizce olan ölçek araştırmacı ve danışman öğretim üyesi ile İngilizce ve Türkçe'yi iyi bilen üç kişi

tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Çeviriler içinden en uygun ifadeler seçilerek son hali verilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisi iyi İngilizce ve Türkçe bilen ölçeğin orijinalini görmemiş iki kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. İngilizce çeviriler ölçeğin orijinali ile karşılaştırılıp gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş hali İçerik ve Kapsam Geçerliliği'ni değerlendirmek üzere konu ile ilgili 15 uzmanın görüşüne sunulurak her bir maddenin uygunluğunu değerlendirmeleri istenmiştir (Ek.6). Uzmanlar belirlenirken ölçme değerlendirme konusunda, ölçek geliştirme çalışmaları konusunda, hemşirelikte kavram kuram ve dismenore konularında deneyimli olmalarına dikkat edilmiştir. Uzmanlardan maddelerin ölçekte yer aldıkları faktörler için uygunluğuna ilişkin cevaplarını derecelendirme ölçeği üzerinde belirtmeleri istenmiştir. Uzmanların gerektiğinde açıklama yapmalarına olanak vermek ve maddeler üzerinde düzeltme yapabilmeleri için herbir maddenin karşısına bir boşluk bırakılmıştır. Uzmanlara gerektiğinde maddeler üzerinde de düzeltme yapabilecekleri belirtilmiştir.

Uzman görüşlerinin değerlendirmesi Lawshe tekniğine göre yapılmıştır. Her bir madde için içerik geçerlik oranı (İGO) hesaplanmıştır. Uygulanan formüle İGO -1 ile +1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif çıkan değerler ölçekten çıkarılmalıdır. Lawshe $p=0,05$ güven aralığında uzman sayısına göre verilen minimum İGO oranları belirlenmiştir. Buna göre araştırmamızda toplam 15 uzmana gönderilen ölçekteki her bir maddenin Lawshe tekniğine göre İGO oranları hesaplanmış ve tüm maddelerin 0,49 üzerinde olduğu saptanmıştır. Ölçek değişiklikler yapıldıktan sonra anlaşılabilirliğinin belirlenmesi için toplam 20 kişiye uygulanmıştır. Anlaşılmayan ifadeler yeniden düzenlenmiş ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için uygulama aşamasına geçilmiştir.

Uygulama sonrasında geçerlilik analizleri yapılmıştır. Bu bağlamda ölçeğin faktör yapısını belirlemeye yönelik olarak öncelikle temel bileşenler analizi, ardından belirlenen faktörleri yorumlamada ve anlamlandırmada kolaylık sağlamak amacıyla Kaiser normalleştirilmesiyle Varimax döndürme tekniği (Varimax with Kaiser Normalization) kullanılarak analiz uygulanmıştır. Faktör analizinin yorumlanabilir olduğuna da Kaiser- Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett Testi sonuçlarına bakılarak karar verilmiştir. Tavşancıl'a (2010) göre faktör analizinde, örneklemden elde edilen verilerin yeterliğini belirlemek için (KMO)

testi yapılmalıdır. KMO, bulunan değerin 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0,50'nin altında ise kabul edilemeyeceğini göstermektedir. Öte yandan faktör analizinde evrendeki dağılımın normal olması gerekir. Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediği Bartlett's testi ile test edilmektedir ki Bartlett's değerinin manidarlığı verilerin çok değişkenli bir normal dağılımdan geldiğini ortaya koymaktadır. Ölçeğin yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Faktörlerin isimlendirilebilmesi ve daha kolay yorumlanabilmesi için de Varimax döndürme tekniği uygulanmıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere madde analizi (madde toplam, madde kalan ve madde ayırtedicilik) ve Cronbach Alfa, Spearman Brown ve Guttman katsayıları değerlendirilmiştir. Birleşen geçerliğin (kendine benzeyen değişkenler ya da ölçümlerle karşılaştırılması) değerlendirilmesi amacıyla ölçek puanının, Dismenore etkilenmişlik ölçeği ile korelasyonu incelenmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için 40 kişiye ilk uygulamadan bir ay sonra test-tekrar test uygulanarak güvenilirlik için pearson momentler çarpımı korelasyon analizi bakılmıştır.

5.10.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel etik ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yaralılık ilkeleri göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurum olan Marmara Üniversitesi'nden gerekli etik kurul izinleri alınmıştır (Ek.5). Yine FEDÖ Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yapabilmek için Wei Wang ile iletişime geçilmiş e-mail yoluyla gerekli izin alınmıştır (Ek.3). Araştırmanın yapıldığı kurumdan alınan kurum izinleride ek 4'de belirtilmiştir.

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları; çalışmanın yapıldığı evrenle sınırlıdır. Verilerin analizi kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan fakat bazı soruların mahremiyet içerdiğini bundan dolayı rahat cevap veremeyeceklerini belirten katılımcılar olmuştur. Gönüllü aydınlatılmış onam

formuna imza ve/veya ismini belirtmek istemeyen katılımcılardan sadece sözel onam alınmış, gönüllü aydınlatılmış onam formu doldurulmamıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmayla ilgili bulgular 4 bölümde ele alınmıştır;

6.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

6.3. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

6.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dismenore İle Karşılaştırılması

6.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Ortalamaları

Bireysel Özellikler	Ort ± SS
Yaş	20,40 ± 1,54
Menarş yaşı	13,27 ± 1,21
Menstruasyon Süresi (Gün)	5,81 ± 1,26
Boy (cm)	163,55 ± 5,72
Kilo (kg)	57,08 ± 8,33
Beden Kitle İndeksi (BKI)	21,33 ± 2,84
Ağrı Şiddeti (GKÖ)	6,40 ± 2,23

Araştırmaya katılanların yaşları 18-25 yaş arasında, menarş yaşlarında 10-17 yaş arasında değişim göstermiştir. Katılımcıların dismenoredeki ağrı şiddeti ise 1-10 arasında değişmekte olup ortalaması $6,40 \pm 2,23$ 'tür.

Tablo 6.2.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%
Bölüm	Hemşirelik	340	51,5
	Ebelik	133	20,2
	Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık	130	19,7
	Sosyoloji	57	8,6
Sınıf	1.Sınıf	204	30,8
	2.Sınıf	217	32,8
	3.Sınıf	103	15,6
	4.Sınıf	136	20,8
Kaldığı Yer	Aile	285	43,2
	Arkadaşla beraber	179	27,1
	Yurt	189	28,6
	Yalnız	7	1,1
Toplam		660	100,0

Katılımcıların yarısından fazlasının (%51,5) hemşirelik bölümünde okuduğu, çoğunluğunun (%43,1) ailesiyle kaldığı ve 2. Sınıfta (%32,9) olduğu bulunmuştur.

Tablo 6.3.Katılımcıların Dismenore Özelliklerine Göre Dağılımı

Dismenore Özellikleri		n	%
Dismenore Başlama Zamanı	Menstruasyonla birlikte	263	39,9
	Menstruasyondan 1-2 saat önce	246	37,2
	Menstruasyondan birkaç gün önce	151	22,9
Dismenore Süresi	İlk gün	347	52,6
	2-3 gün	302	45,7
	Menstruasyon sonuna kadar	11	1,7
İlk Dismenore Yaşama Zamanı	İlk menstruasyondan 6 ay-2 yıl sonra	382	57,9
	İlk menstruasyon ile birlikte	278	42,1
Dismenore Nedeniyle Doktora Başvurma	Başvuran	112	17,0
	Başvurmayan	548	83,0
Ailede Dismenore Öyküsü	Var	441	66,8
	Yok	219	33,2
Toplam		660	100,0

Katılımcıların çoğunda dismenorenin menstruasyonla birlikte başladığı; ağrısının sadece ilk gün sürdüğü (%52,6) ve dismenore nedeniyle doktora başvurmadiğı

(%83), ilk menstruasyondan 6 ay- 2 yıl sonra dismenore yaşamaya başladığı (%57,9) ve ailede dismenore öyküsünün olduğu (%66,8) bulunmuştur.

Tablo 6.4. Katılımcıların Dismenore Tedavisinde Analjezik Kullanımı

Analjezik Kullanımı		n	%
Analjezik Kullanımı	Kullanan	341	51,7
	Kullanmayan	319	48,3
Kullanılan** Analjezik Türev	Fluriprofen	148	43,4
	Parasetamol	80	23,5
	Diklofenakpotasyum	29	8,5
	Hyonisin Butilbromür+Parasetamol	21	6,1
	Deksketoprofen	21	6,1
	Naproksen/ Mefenamik asit/Ibuprofen/Aseklufenak	42	12,4
Analjezik Miktarı**	Günde ortalama 1-2 kez	300	87,8
	Günde ortalama 3-4 kez	41	12,2
İlaç Öneren kişi**	Kendisi bulan	105	30,8
	Doktor	94	27,6
	Hemşire	7	2,1
	Arkadaş	135	39,5

** Analjezik kullanan 341 katılımcı üzerinden değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %51,7'si analjezik kullanırken; en fazla kullanılan analjezik türevi %43,4 oranı ile Fluriprofen'dir. Kullanım oranı çoğunlukla (%87,9) günde ortalama 1-2 kez iken, %39,6'sı arkadaş önerisi ile ilaç kullanmaktadır.

Tablo 6.5. Katılımcıların Kullandıkları TAT Yöntemleri

		n	%
TAT	Kullanan	534	80,9
	Kullanmayan	126	19,1
TAT olarak kullanılan yöntemler*	Karına ısı uygulama	367	67,2
	Masaj	228	42,6
	Egzersiz	78	14,6
	Gevşeme	73	13,6
	Müzik	80	14,9
	Bitkisel Yöntemler	152	28,4
	Diğer Yöntemler	53	8,2

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir. Yüzdeler n'e göre (n=534) alınmıştır

Katılımcıların %80,9'u herhangi bir TAT yöntemini kullanırken; en fazla kullanılan yöntem karına ısı uygulama (%67,2) ve masaj (%42,6)'dır.

Tablo 6.6. Katılımcıların Kullandıkları Bitkisel Yöntemler

Kullanılan Bitki	n	%
Papatya çayı	23	15,1
Siyah çay	18	11,8
Adaçayı	18	11,8
Maydonoz çayı	10	6,6
Ihlamur çayı	12	7,9
Civanperçemi çayı	8	5,3
Kekik çayı	8	5,3
Hayıt çayı	7	4,6
Yeşilçay	4	2,6
Kirazsapı	2	1,3
Böğürtlen çayı	6	3,9
Melisa çayı	8	5,3
Rezene çayı	7	4,6
Nane çayı	9	6
Biberiye çayı	3	1,9
Kuşburnu çayı	9	6
Toplam	152	100,00

Bitkisel yöntem kullanan katılımcıların en fazla Papatya çayı (%15), Siyah çay ve Adaçayı (%11,8) kullandığı bulunmuştur.

Tablo 6.7. Katılımcıların Kullandıkları Diğer Yöntemler

Diğer Yöntemler	n	%
Ayaklara sıcak uygulama	27	50,9
Şekerli su içme	7	13,2
Sırtı bağlama	6	11,2
Sıcak duş	3	5,7
Bal	3	5,7
Çömelerek oturmak	2	3,8
Ilık süt	3	5,7
Yüzü koyun pozisyon	2	3,8
Toplam	53	100,0

Diğer yöntemleri kullananlarda en fazla ayaklara sıcak uygulama (%50,9) ve şekerli su içme (%13,2) yöntemleri kullandıkları bulunmuştur.

Tablo 6.8. Katılımcıların Alışkanlıklarına Göre Dağılımları

Alışkanlık Durumu		n	%
Sigara Kullanımı	Kullanan	29	4,4
	Kullanmayan	631	95,6
Alkol Kullanımı	Kullanan	94	14,2
	Kullanmayan	566	85,8
Düzenli Kahvaltı	Düzenli	278	42,1
	Düzensiz	382	57,9
Defekasyon Sıklığı	Haftada 1 kez	55	8,4
	Haftada 2-6 kez	319	48,3
	Hergün	286	43,3
Düzenli Kafein Tüketimi	Tüketen	518	78,5
	Tüketmeyen	142	21,5
Beslenme Alışkanlığı	Düzenli-Dengeli Beslenme	255	38,5
	Karbonhidrat Ağırlıklı Besleme	319	48,5
	Sebze-Meyve ağırlıklı Beslenme	35	5,3
	Protein Ağırlıklı Beslenme	51	7,7
Düzenli Egzersiz	Yapan	109	16,5
	Yapmayan	551	83,5
Toplam		660	100,0

Katılımcıların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı (%95,6), (%85,8), düzenli kahvaltı yapma ve egzersiz alışkanlıklarının bulunmadığı (%57,9), (%83,5) ve karbonhidrat ağırlıklı beslendiği (%48,5) bulunmuştur.

6.2. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

6.2.1. İçerik ve kapsam geçerliliği ile ilgili bulgular

Kapsam geçerliliğini belirlemek için alınan uzman görüşleri hem madde düzeyinde hem de ölçek düzeyinde değerlendirilmiştir. Toplamda 129 madde üzerinden 15 uzmanın görüşüne gönderilen ölçek için her bir maddenin Lawshe tekniğine göre İGO oranları hesaplanmıştır. İGO +1 ile -1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif ve sıfır çıkan değerler ölçekten çıkarılmıştır. Pozitif değerler hakkında karar verebilmek için $p=0,05$ güven aralığında 15 uzmana göre belirlenen minimum geçerlilik oranları 0,49'un altında kalan 66 madde ölçekten çıkarılmıştır. İçerik geçerlilik oranları madde düzeyinde 0,73 ile 1,00 arasında

değişen toplamda 63 madde elde edilmiş; toplam ölçek düzeyinde ise KGO=0,88 çıkmış elde edilen oranların iyi seviyede olduğu belirlenerek ölçeğin pilot uygulama aşamasına geçilmiştir.

6.2.2.Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin KMO ve Barlett Analizi

Dismenore etkilenmişlik Ölçeği'nin faktör analizi yapılabilmesi için öncelikle KMO ve Barlett değerlerine bakılmıştır.

Tablo 6.9. DEÖ'nin KMO ve Barlett Değerleri

KMO ve Bartlett's Değerleri		
KMO		0,928
Bartlett's Testi	Ki Kare	8000,84
	Serbestlik Derecesi	70
	p	0,000

Ölçeğe ait KMO değeri 0,928 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmadaki KMO değerinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Barlett testi sonucu ise ($p=0,000$) olarak tespit edilmiştir. Bu iki bulgu faktör analizi yapabilmek için kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli, verilerin ise uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca anti imaj korelasyonlarının 0,885 ile 0,956 arasında değiştiği görülmüştür. Buna göre ölçeğin faktörlenebilirliği ile ilgili temel kriterler için kabul edilebilir sonuçlar alındığı için doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir.

6.2.3.Yapı geçerliliği (faktör analizi) ile ilgili bulgular

Araştırmanın bu bölümünde ölçeğin belirlenen kuramsal çerçevede yer alan faktör yapılarına uygunluğunu test etmek için gerçekleştirilen Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçlarına yer verilmiştir. DFA'ya dayalı ölçme modelleri gözlenen değişkenlerin (ölçek maddeleri) gözlenemeyen gizil değişkenler (ölçek alt boyutları) ile aralarındaki ilişkileri ortaya koymayı amaçlamaktadır (Shumacker et al, 2010). Tabachnick ve Fidell (2001), veri setinin deneysel özeti isteniyorsa denklemsel işlemleri ve hesaplanması kolay olan temel birleşenler analizi kullanılmasını önermektedir. Fakat sağlam bir teorik temele sahip olmayan çalışmaların açıklayıcı faktör analizi sonuçları çok iyi olsa da aynı çalışma

doğrulamalı faktör analizi ile yapıldığında ölçeğin iyi uyuma sahip olmadığı gözlenebilmektedir (Şimşek, 2007). Bu durum teorik sorunlardan kaynaklanabilse de Kline (2005) bu noktada doğrulamalı faktör analizinin açıklayıcı faktör analizine göre çok daha katı bir istatistiksel test süreci olmasından dolayı bu tür sorunların her zaman olabileceğini belirtmiştir. Doğrulamalı faktör analizi ölçek geliştirme çalışmalarında son derece etkili bir modeldir (Şimşek, 2007). Burada amaç, gerçek değişkenlerin faktör olarak adlandırılan gizil değişkenleri ne ölçüde açıklandığının belirlenmesidir. Birinci düzeyde DFA modeli kullanılarak Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin önceden belirlenen alt boyutları ile bu ölçek maddeleri arasındaki karşılıklı bağımlı etkiler MPLUS 6.12 programı kullanılarak test edilmiştir. On bir boyuttan oluşan DEÖ alt boyutları daha önce de belirtildiği üzere rol ve ilişkiler, sağlığın algılanması ve yönetimi, boşaltım, aktivite ve egzersiz, beslenme ve metabolik durum, bilişsel ve algısal durum, uyku ve dinlenme, kendini algılama ve benlik kavramı, başatma ve stres, cinsellik-üreme ile değer ve inanç örüntülerinden oluşmaktadır. Bu değişkenler modelin gizil değişkenlerini oluşturmaktadır. Bu modellerde her ölçek maddesi tek bir faktörle yüklenir. Ölçek maddeleri arasındaki ölçüm hataları arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Öncelikli olarak ölçekte yer alan 63 maddenin tamamı kullanılarak DFA gerçekleştirilmiştir (Tablo 6.10).

Tablo 6.10. Tüm Maddeler İle Oluşturulan DFA Model Uyum İndisleri

Ki-Kare	İndisler
χ^2	5229,852
Sd	1835
p	0,000
RMSEA	
Kestirim =	0,067 (0,65-0,069)
RMSEA Olasılığı<=	0,000
CFI	
CFI	0,577
TLI	0,550
SRMR	0,091

Teoride Ki-kare istatistiği için anlamlı olmayan sonuçlar elde edilmesi modelde iyi veri uyumunu göstermektedir. Fakat Ki-kare testi örneklem büyüklüğünden doğrudan etkilenir. Eğer örneklem büyükse ki bu durum DFA için genellikle istenen bir durumdur, ki-kare testine dayanarak modeli zayıf uyumlu gerekçesiyle reddetmek daha olasıdır. Uygulamada Ki kare değeri örneklem büyüklüğünden dolayı genelde anlamlı çıkar. Eğer ki-kare testine dayalı sıfır hipotezi reddedilirse, modelin yeterliğini incelemek için diğer indisler düşünülmelidir. Bu sebeplerle Ki-Kare istatistiği model veri uyum indisleri içerisinde en zayıf olanıdır fakat geleneksel olarak rapor edilmektedir. Görüldüğü üzere örneklemin büyük olması sebebiyle ki-kare indisinin anlamlı çıkmasına dayalı olarak model veri uyumu olmadığı söylenebilir. Bu durum örneklem büyüklüğünden kaynaklanmaktadır. MacCallum ve Austin (2000) yapmış oldukları meta analiz çalışmasında doğrulayıcı faktör analizinde SRMR ve RMSEA indislerinin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. DFA sonucunda Ki kare ve CFI değerleri kabul edilebilir eşiğin altındadır. Diğer taraftan SRMR(<0,010) ve RMSEA (<0,08) değerleri modelin uyum verdiğinin göstergesidir (Güngör, 2009; Harrington, 2009). Bu aşamada CFI değerinin beklenen seviyenin altında olması sebebiyle ikinci düzeyde DFA yapılmış, modifikasyon indisleri (MI) incelenerek model revize edilmiştir. MI değerleri 10 ve üzerinde (Schumacker et al., 2004) olan değişiklikleri içeren maddeler test edilen kuramsal orijinal model ile uyumu olumsuz etkilediği için ölçekten tamamen çıkartılmıştır. Toplamda 24 madde ölçekten çıkartılmıştır. Nihai olarak elde kalan 39 madde ile gerçekleştirilen DFA analizi ile ilgili model veri uyum indisleri Tablo 6. 11’de yer almaktadır.

Tablo 6.11.Nihai Ölçekle Oluşturulan DFA Model Uyum İndisleri

<i>Ki-Kare</i>	İndisler
χ^2	1554,886
Sd	647
<i>p</i>	0,000
RMSEA	
Kestirim =	0,059 (00,55-0,062)
RMSEA Olasılığı<=	0,000
CFI	
CFI	0,811
TLI	0,720
SRMR=	0,061

Doğrulayıcı faktör analizinde; Ki-kare değeri, RMSEA, SRMR'nin mutlaka verilmesi gereklidir. Ek olarak CFI indisinde sık verilenler arasında yer almaktadır. RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması, SRMR'nin 0,10'dan küçük olması (Güngör, 2009; Harrington 2009), CFI indisinin 0,8'ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Schumacker et al., 2010). Nihai ölçeğin SRMR indisi 0,061, RMSEA indisi 0,059 ve p=0,000, CFI indisi ise 0,811 olarak bulunmuştur. Görüldüğü üzere SRMR, RMSEA ve CFI indisleri ölçeğin modele veri uyumunun olduğunu gösterirken, ki-kare değeri anlamlı sonuç vermiştir ve bu durum model veri uyumunun zayıf olduğunu göstermektedir. Fakat bu duruma örneklem büyüklüğünün yüksek olması sebep olduğu söylenebilir. Büyük örneklerde Ki-kare istatistiği toplamalı bir istatistik olduğundan değişken sayısı arttıkça yüksek çıkacağından χ^2/sd derecesinden yararlanılması önerilmektedir. Büyük örneklerde χ^2/sd oranının 3'ün altında olması mükemmel uyuma, 5'in altında olması orta düzeyde veri uyumuna karşılık geldiği belirtilmiştir (Kline, 2005; Sümer, 2000; Büyüköztürk 2012, Şekercioğlu ve Çokluk, 2010). Ölçekte bu değer 2,4 olarak elde edilmiştir ve modelin çok iyi veri uyumuna işaret ettiği söylenebilir.

Tablo 6.12.Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Standartlaştırılmış Kovaryans Değerleri

Alt Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Rol ve İlişki											
2 Sağlığı Algılama	1,034										
3 Boşaltım	1,057	1,134									
4 Aktivite-Egzersiz	0,633	0,814	0,698								
5 Beslenme Metabolik	0,908	1,113	1,226	0,437							
6 Bilişsel-Algısal	0,840	0,964	0,884	0,763	0,826						
7 Uyku-Dinlenme	0,547	0,763	0,734	0,772	0,643	0,648					
8 Kendi Algılama	0,784	0,996	0,817	0,875	0,784	0,858	0,738				
9 Değer İnanç	0,759	0,699	0,816	0,359	0,882	0,776	0,269	0,527			
10 Başetme-Stres	0,627	0,977	0,810	1,034	0,527	0,699	0,993	1,062	0,278		
11 Cinsellik-Üreme	1,416	1,315	1,014	0,678	1,143	1,375	0,669	1,258	1,326	0,762	

Ölçeğin 39 maddeden oluşan 11 boyutuna ait standartlaştırılmış kovaryans değerlerinin tamamının $p=0,001$ seviyesinde anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 6.12). Bu durum alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bu alt boyutların ortak bir üst gizil değişkenin alt boyutları olabileceğini göstermektedir. Bulgunun ölçeğin teorik yapıya uygunluğunu desteklediği düşünülebilir.

Tablo 6.13. DEÖ Maddelerine Ait Standartlaştırılmış Yük Katsayıları

DEÖ Maddeleri	Standartlaştırılmış	
	Yük	Kat sayıları
Rol ve İlişki Örüntüsü Alt Boyutu		
37.Adet ağrım olduğunda insanlara karşı anlayışlı olamam.	0,506**	
50.Adet ağrım olduğunda çevremdekilerin bana karşı daha anlayışlı olmasını beklerim.	0,484**	
56. Adet ağrım olduğunda insanlarla iç içe olmak istemem	0,540**	
Boşaltım Örüntüsü Alt Boyutu		
48.Adet ağrım olduğunda idrar yapma sıklığım artar.	0,516**	
54.Adet ağrım olduğunda terlemelerim olur	0,508**	
Kendini Algılama ve Benlik Kavramı Örüntüsü Alt Boyutu		
2. Adet ağrım olduğunda karın bölgemi sıkmayacak şekilde giyinmeye çalışırım.	0,266**	
17.Adet ağrım olduğunda duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.	0,475**	

Tablo 6.13. DEÖ Maddelerine Ait Standartlaştırılmış Yük Katsayıları (Devam)	Standartlaştırılmış	
	Yük	Kat sayıları
22. Adet ağrım olduğunda keyifsiz olurum.	0,629**	
Adet ağrım günümün iyi geçmesini etkilemez	0,533**	
27. Adet ağrısı yaşadığım günlerde hayatımı kontrol edebilmek için önce adet ağrımı kontrol altına almam gerekir	0,521**	
35. Adet ağrım olduğunda fiziksel görünüşüme her zamanki özeni gösteremem	0,524**	
Sağlığın Algılanması ve Yönetimi Örüntüsü Alt Boyutu		
38. Adet ağrım olduğunda kendimi sağlıklı hissetmem.	0,486**	
51. Adet ağrım olduğunda vücudumda uyuşukluk hissedirim	0,482**	
Aktivite&Egzersiz Örüntüsü Alt Boyutu		
9. Adet ağrım olduğunda önemli bir işim yoksa evde dinlenmeyi tercih ederim.	0,429**	
14. Adet ağrım olduğunda parti, piknik gibi sosyal aktivitelere katılmak istemem.	0,547**	
19. Adet ağrım günlük rutinlerimi yapmama engel değildir.	0,501**	
29. Adet ağrım nedeniyle derse/işe gelemediğim zamanlar olur.	0,361**	
Cinsellik&Üreme Örüntüsü Alt Boyutu		
10. Adet ağrım olduğunda cinsel konularla ilgilenmem	0,386**	
20. Adet ağrım olduğunda karşı cinsle ilişkilerimde rahat hissetmem.	0,363**	
Değer ve İnanç Örüntüsü Alt Boyutu		
1. İnsanların adet ağrısını sorumluluktan kaçmak için bahane olarak kullandığını düşünmelerinden çekinirim.	0,439**	
11. Adet ağrısı herkesle (kadın/erkek/aile vb.) konuşulabilecek bir konu değildir.	0,564**	
16. Her ay yaşadığım adet ağrısı Allah'ın sabrımı sınamasıdır	0,700**	
21. Adet ağrısı kişisel mahremiyete girdiğinden gizlenmesi gerekir.	0,552**	
31. Adet ağrısında; ağrı kesiciler kanamayı keseceğinden ağrı kesici kullanmak doğru değildir.	0,380**	
34. Adet ağrısı bir çeşit hastalıktır.	0,699**	
42. Adet ağrısı adet olmanın doğal bir parçasıdır	0,293**	
Beslenme&Metabolik Örüntü Alt Boyutu		
46. Adet ağrım olduğunda bazı gıdaları (baharatlı/asitli/tuzlu/kafeinli vb.) tüketmekten kaçınırım.	0,495**	
52. Adet ağrım olduğunda sindirim problemleri (bulantı, kusma, şişkinlik) yaşarım.	0,549**	
58. Adet ağrım olduğunda iştah değişiklikleri (iştahta artma/azalma) yaşarım.	0,385**	
Bilişsel&Algısal Örüntü Alt Boyutu		
13. Adet ağrım olduğunda okuduğumu anlayamam.	0,693**	
18. Adet ağrım başarı durumumu olumsuz etkiler.	0,579**	
28. Adet ağrım olduğunda o anda yapmakta olduğum faaliyete odaklanamam.	0,569**	

Tablo 6.13. DEÖ Maddelerine Ait Standartlaştırılmış Yük Katsayıları (Devam)	Standartlaştırılmış	
	Yük	Kat sayıları
Başetme&Stres Toleransı Örüntüsü Alt Boyutu		
36.Adet ağrıyla başa çıkabilmek için karın bölgemi ve/veya ayaklarımı sıcak tutacak şekilde giyinmeye çalışırım.	0,482**	
43.İlaç, sıcak uygulama gibi ağrı giderici herhangi bir yöntem kullanmadan adet ağrımın üstesinden gelebilirim.	0,340**	
55.Adet ağrım başladığında önceliğim ağrımı gidermeye çalışmaktır.	0,384**	
60.Adet ağrımın ne kadar şiddetli olursa olsun sorumluluklarımı yerine getirmeme engel değildir.	0,327**	
Uyku v& Dinlenme Örüntüsü Alt Boyutu		
53.Adet ağrım olduğunda uyku pozisyonum (elim karnımda/kıvrılmış/dizler karına çekilmiş şekilde) değişir	0,607**	
59.Adet ağrım olduğunda her zamankinden daha çok uyumak-dinlenmek isterim.	0,363**	
61.Adet ağrım nedeniyle uykumun bölündüğü zamanlar olur.	0,320**	

**p<0.001

Ölçeğin maddelerine ait standartlaştırılmış yük katsayı değerleri tablo 6.13'de yer almaktadır. Ölçeğe ait her bir maddeye ait standartlaştırılmış yük katsayısı değerlerinin, maddelerin altında yer aldıkları alt boyutlarını p<0,001 seviyesinde açıklayabildiklerini göstermektedir.

Tablo 6.14. Ölçeğin Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1 Aktivite&Egzersiz		,392**	,659**	,542**	,220**	,330**	,508**	,509**	,364**	,664**	,637**	
2 Beslenme&Metabolik			,363**	,423**	,253**	,257**	,460**	,440**	,442**	,418**	,386**	
3 Bilişsel&Algısal				,525**	,225**	,391**	,541**	,533**	,331**	,637**	,600**	
4 Uyku&Dinlenme					,273**	,252**	,456**	,437**	,427**	,484**	,545**	
5 Değer&İnanç						,265**	,307**	,286**	,351**	,396**	,348**	
6 Cinsellik&Üreme							,392**	,292**	,274**	,359**	,252**	
7 Rol&İlişki								,526**	,342**	,532**	,488**	
8 Sağlığı algılama									,360**	,505**	,447**	
9 Boşaltım										,328**	,355**	
10 Kendini Algılama											,580**	
11 Başetme&Stres												
Toplam		,789**	,647**	,775**	,686**	,501**	,507**	,734**	,693**	,539**	,786**	,730**

**p<0.001

Ölçeğinin alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkiler Tablo 6.14’de yer almaktadır. Buna göre alt boyutlar arasındaki ilişkilerin pozitif yönde 0,220 ile 0,664 arasında değiştiği ve tamamının istatistiksel olarak $p<0,001$ seviyesinde ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca, ölçek toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler de Tablo 6.14’ün en alt satırında yer almaktadır. Toplam puan ile alt boyut puanları arasındaki ilişkilerin pozitif yönde 0,501 ile 0,789 arasında değiştiği ve tamamının $p<0,001$ seviyesinde ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmektedir. Tüm bu bulgular, ölçeğin yeterli düzeyde yapı geçerliğine sahip olduğuna ilişkin kanıt olarak değerlendirilebilir.

6.2.4. Birleşen geçerlilik (ölçüt geçerliliği) ile ilgili bulgular

Ölçülen kavramla ilişkili olduğunu düşündüğümüz değişkenleri ölçerek aralarında yüksek bir ilişki aranmasına birleşen geçerlik/ölçüt geçerlilik yada eşzaman geçerliliği adı verilir (Ebrinç, 2000). Bu amaçla dismenorenin değerlendirebildiği Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği ile geliştirilen Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği arasındaki korelasyon incelenerek birleşen geçerliliği değerlendirilmiştir.

Tablo 6.15. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İle Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği ve Alt Boyutları Birleşen Geçerlilik Bulguları

Ölçeklerin Alt Boyutları		FEDÖ		
		Fonksiyonel	Emosyonel	Toplam
DEÖ	Aktivite&Egzersiz	,663**	,538**	,665**
	Beslenme&Metabolik	,380**	,362**	,409**
	Bilişsel&Algısal	,639**	,556**	,661**
	Uyku&Dinlenme	,535**	,409**	,524**
	Değer&İnanç	,251**	,242**	,272**
	Cinsellik&Üreme	,317**	,310**	,345**
	Rol&İlişki	,524**	,545**	,587**
	Sağlığı Algılama	,461**	,469**	,512**
	Boşaltım	,328**	,283**	,338**
	Kendini Algılama	,603**	,516**	,619**
	Başetme&Stres	,560**	,469**	,570**
Toplam		,710**	,631**	,741**

** $p<0,001$

DEÖ ile FEDÖ alt boyut ve toplam puanları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Pearson Korelasyon Analizi sonucunda iki ölçek ve alt boyutları arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğu ve ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($r=,741$). Elde edilen değerler Tablo 6.15’de yer almaktadır. Buna göre, her iki ölçeğin alt boyutları ve toplam puanları arasında ileri derecede pozitif yönlü $p<0,001$ seviyesinde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

6.2.5.İç tutarlılık analizi ile ilgili bulgular

DEÖ’nin Cronbach alfa katsayısı Tablo 6.16’da gösterilmiştir.

Tablo 6.16. DEÖ Alt Boyut ve Toplam Puanlara Ait Cronbach Alfa Değerleri

DEÖ ve Alt Boyutları	Cronbach Alfa
	Katsayısı
Rol&İlişki	0,65
Sağlığı Algılama veYönetimi	0,54
Boşaltım	0,48
Aktivite&Egzersiz	0,71
Beslenme&Metabolik	0,47
Bilişsel&Algısal	0,79
Uyku&Dinlenme	0,61
Kendini Algılama Benlik Kavramı	0,70
Değer&İnanç	0,49
Başetme&Stres	0,66
Cinsellik&Üreme	0,53
Ölçek Toplam Cronbach Alfa	0,90
Ölçek Toplam Spearman-Brown	0,84
Ölçek Toplam Guttman	0,84

DEÖ’nin alt boyut ve ölçeğin toplamına ait güvenilirlik oranlarını belirlemek üzere Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 6.16’da yer almaktadır. Buna göre, ölçek alt boyutlarına ait Cronbach Alfa katsayılarının 0,47 ile 0,79 arasında değiştiği görülmektedir. Alt boyutlarda elde edilen düşük

Cronbach alfa katsayılarının alt boyutlardaki madde sayılarının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim, literatürde madde sayısı ile Cronbach alfa değeri arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu bilinmektedir (Wells and Wollack, 2003). Bununla birlikte ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0,90 olarak bulunmuştur. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Spearman-Brown ve Guttman iç tutarlılık katsayıları 0,84 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle DEÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

6.2.6.Zamana göre değişmezlik ile ilgili bulgular

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test edebilmek için 40 kişilik bir gruba aynı test bir ay sonra tekrar uygulanmış ve korelasyonlarına bakılmıştır(Tablo 6.17). Buna göre bulgular 0,71 ile 0,96 arasında değişmekle birlikte 2 uygulama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($r=0,95$, $p=0,000$).

Test-tekrar test güvenilirliği; bir testin aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon ile açıklanır. İki uygulama arasındaki zaman, ölçülen davranışa ve hedef kitleye göre değişmekle birlikte ortalama 2-4 haftalık bir sürenin genellikle uygun olduğu söylenebilir. İki puan seti arasındaki ilişkinin derecesi, varsayımların karşılandığı durumda (Bayram, 2009) Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanır. Hesaplanan korelasyon katsayısı, testin zamana bağlı olarak ne derece kararlı ölçümler verdiğini yorumlamak amacıyla kullanılır (Büyüköztürk, 2012). Buna göre DEÖ'nin zamana göre kararlı ölçümler verdiği bulunmuştur.

Tablo 6.17. Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları

Alt Boyutlar		Son Test_Rol&İlişki	Son Test_Uyku&Dinlenme	Son Test_Sağlığı Algılama	Son Test_Boşaltım	Son Test_Kendini Algılama	Son Test_Aktivite&Egzersiz	Son Test_Beslenme&Metabolik	Son Test_Değer& İnanç	Son Test_Bilişsel&Algısal	Son Test_Baş etme&Stres	Son Test_Cinsellik&Üreme	Son Test_Toplam
Ön Test_Rol&İlişki	r	0,96											
	p	0,000											
Ön Test_Uyku&dinlenme	r		0,83										
	p		0,000										
Ön Test_Sağlığı Algılama	r			0,98									
	p			0,000									
Ön Test_Boşaltım	r				0,71								
	p				0,000								
Ön Test_Kendini Algılama	r					0,74							
	p					0,000							
ÖnTest_Aktivite&Egzersiz	r						0,80						
	p						0,000						
ÖnTest_Beslenme&Metabolik	r							0,96					
	p							0,000					
Ön Test_Değer&İnanç	r								0,93				
	p								0,000				
Ön Test_Bilişsel&Algısal	r									0,92			
	p									0,000			
Ön Test_Baş etme&Stres	r										0,79		
	p										0,000		
Ön Test_Cinsellik&Üreme	r											0,89	
	p											0,000	
Ön Test_Toplam	r												0,95
	p												0,000
	n												40

Tablo 6.18. DEÖ Alt boyut ve Toplam Ölçek Puanlarına Ait Betimleyici Değerler

DEÖ Alt Boyutlar	Minimum Maksimum		Ort. ± SS
	Puan	Puan	
Aktivite & Egzersiz	5	20	15,68 ± 2,93
Beslenme & Metabolik	6	20	14,35 ± 2,82
Bilişsel & Algısal	3	15	10,89 ± 2,54
Uyku & Dinlenme	4	15	11,89 ± 2,16
Değer & İnanç	8	35	20,19 ± 4,40
Cinsellik & Üreme	2	10	6,98 ± 1,74
Rol & İlişki	4	15	11,00 ± 2,24
Sağlığı Algılama	2	10	7,37 ± 1,75
Boşaltım	2	10	7,14 ± 1,87
Kendini Algılama	9	30	22,86 ± 3,78
Başetme & Stres	8	20	15,77 ± 2,78
Toplam	83	196	144,16 ± 19,58

Katılımcıların DEÖ alt boyut ortalamaları $6,98 \pm 1,74$ ile $22,86 \pm 3,78$ arasında değişmekle birlikte ölçek toplam puan ortalamaları $144,16 \pm 19,58$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.18).

Tablo 6.19. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre DEÖ Puanları

Katılımcıların Özellikleri	Rol&ilişki Ort±SS	Uyku Dinlenme Ort±SS	Sağlığı Algılama Ort±SS	Boşaltım Ort±SS	Kendini Algılama Ort±SS	Aktivite Egzersiz Ort±SS
Yaş						
18-19 yaş ^a	11,15±2,39	12,21±2,09	7,44±1,95	7,03±2,09	22,8±3,99	15,15±3,32
20-21 yaş ^b	11,09±2,25	11,94±2,09	7,38±1,74	7,08±1,86	23,03±3,61	15,8±2,89
22-23 yaş ^c	11,03±2,11	11,85±2,28	7,46±1,7	7,29±1,85	22,87±3,87	15,7±2,89
24-25 yaş ^d	10,27±2,62	11,55±2,17	6,8±1,79	6,96±1,83	21,9±4,09	15,55±2,98
	F=2,037 p=0,107	F=0,941 p=0,420	F=2,030 p=0,108	F=0,837 p=0,474	F=1,304 p=0,272	F=0,870 p=0,456
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Ağrı Kesici Kullanma						
Kullanan ^a	11,3±2,2	12,44±1,97	7,58±1,69	7,38±1,83	23,8±3,56	16,45±2,67
Kullanmayan ^b	10,69±2,27	11,32±2,22	7,15±1,79	6,91±1,9	21,86±3,76	14,86±3
	t=3,524 p=0,000	t=6,895 p=0,000	t=3,200 p=0,000	t=3,234 p=0,000	t=6,821 p=0,000	t=7,250 p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>
TAT Kullanma						
Kullanan ^a	11,11±2,28	12,04±2,15	7,44±1,77	7,27±1,82	23,09±3,71	15,93±2,79
Kullanmayan ^b	10,6±2,07	11,29±2,17	7,08±1,63	6,62±2,01	21,87±3,95	14,63±3,32
	t=2,304 p=0,022	t=3,555 p=0,000	t=2,085 p=0,037	t=3,551 p=0,000	t=3,280 p=0,001	t=4,544 p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>
Doktora Başvurma						
Hayır ^a	10,86±2,22	11,66±2,14	7,22±1,72	7,03±1,86	22,6±3,81	15,37±2,94
Evett ^b	11,73±2,25	13,09±1,94	8,13±1,72	7,74±1,84	24,13±3,39	17,19±2,47
	t=-3,771 p=0,000	t=-6,575 p=0,000	t=-5,157 p=0,000	t=-3,702 p=0,000	t=-3,951 p=0,000	t=-6,110 p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>

F=Anova Varyans Analizi, t=İlişkisiz grup t test

Tablo 6.19. Katılımcıların Özelliklerine Göre DEÖ Puanları (Devam)

Katılımcıların Özellikleri	Rol&ilişki	Uyku&Dinlenme	Sağlığı Algılama	Boşaltım	Kendini Algılama	Aktivite Egzersiz
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ağrı Şiddeti						
Hafif ^a	10,48±1,98	11,56±1,98	7,36±1,91	6,76±2,39	21,88±3,7	15,24±2,39
Orta ^b	11±2,26	11,92±2,19	7,36±1,76	7,17±1,86	22,9±3,81	15,67±2,98
Şiddetli ^c	11,59±2,09	11,82±2,05	7,62±1,58	7,09±1,85	22,94±3,37	16,18±2,65
	F=1,830	F=0,345	F=0,354	F=0,585	F=0,874	F=0,766
	p=0,161	p=0,708	p=0,702	p=0,557	p=0,418	p=0,465
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Menstruasyon Gün						
3-4 gün ^a	10,48±1,98	11,56±1,98	7,36±1,91	6,76±2,39	21,88±3,7	15,24±2,39
5-6 gün ^b	10,81±2,29	11,96±2,23	7,22±1,85	7,1±1,87	22,83±3,84	15,64±3,08
7-8 gün ^c	11,13±2,24	11,88±2,15	7,45±1,68	7,21±1,85	22,95±3,79	15,69±2,9
	F=2,253	F=0,296	F=1,103	F=0,552	F=0,630	F=0,525
	p=0,081	p=0,828	p=0,347	p=0,647	p=0,596	p=0,666
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Sınıfı						
1. sınıf ^a	11,21±2,34	12,06±2,11	7,44±1,87	7,09±2,03	22,74±3,79	15,43±3,12
2. sınıf ^b	11,12±2,17	12,2±2,15	7,42±1,74	7,11±1,8	23,39±3,79	16,12±2,87
3. sınıf ^c	11,15±2,1	11,54±2,15	7,31±1,69	7,26±1,8	22,86±3,51	15,78±2,75
4. sınıf ^d	10,43±2,26	11,45±2,21	7,24±1,63	7,21±1,83	22,2±3,89	15,29±2,86
	F=3,931	F=4,697	F=0,473	F=0,275	F=2,880	F=2,915
	p=0,008	p=0,003	p=0,701	p=0,843	p=0,035	p=0,034
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>a>d, b>d</i>	<i>b>d</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>b>d</i>	<i>b>d</i>
Bölümü						
Ebelik ^a	10,59±2,16	11,61±2,05	7,06±1,8	7,06±1,81	21,17±4,1	14,59±3,08
Sosyoloji ^b	10,26±2,14	11,63±2,6	6,21±1,76	6,67±1,78	22,16±3,81	15,44±2,9
PDR ^c	11,18±2,29	11,88±1,99	7,36±1,69	6,92±1,76	22,93±3,64	16,17±2,82
Hemşirelik ^d	11,23±2,25	12,06±2,19	7,69±1,66	7,35±1,94	23,61±3,48	15,96±2,84
	F=5,042	F=1,726	F=14,359	F=3,316	F=14,958	F=8,829
	p=0,002	p=0,160	p=0,000	p=0,020	p=0,000	p=0,000
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>d>b</i>	<i>Yok</i>	<i>a>b, c>b, d>b</i>	<i>d>b</i>	<i>c>a, d>a</i>	<i>c>a, d>a</i>

Tablo 6.19. Katılımcıların Özelliklerine Göre DEÖ Puanları (Devam)

Katılımcıların Özellikleri	Beslenme	Değer İnanç	Bilişsel	Baş etme	Cinsellik	DEO Genel
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş						
18-19 yaş ^a	10,44±2,62	21,41±4,29	10,7±2,52	15,51±2,9	7,23±1,52	141,08±22,44
20-21 yaş ^b	10,46±2,28	21,14±4,2	10,94±2,46	15,71±2,75	7,2±1,69	141,77±18,07
22-23 yaş ^c	10,19±2,35	19,15±4,21	11,04±2,62	15,92±2,78	6,75±1,82	139,23±18,81
24-25 yaş ^d	10,27±2,93	18,45±5,03	10,16±2,63	15,73±2,84	6,55±1,74	134,2±22,63
	F=0,610	F=14,259	F=1,849	F=0,495	F=4,655	F=2,583
	p=0,609	p=0,000	p=0,137	p=0,686	p=0,003	p=0,052
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>a>c, a>d, b>c, b>d</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>b>c</i>	<i>Yok</i>
Ağrı Kesici kullanma						
Evet ^a	10,63±2,42	19,74±4,39	11,48±2,39	16,72±2,46	7,1±1,85	144,64±18,16
Hayır ^b	10,03±2,32	20,68±4,39	10,27±2,56	14,76±2,74	6,85±1,61	135,35±19,21
	t=3,256	t=-2,755	t=6,316	t=9,712	t=1,867	t=6,382
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,062	p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>b>a</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>Yok</i>	<i>a>b</i>
TAT kullanma						
Evet ^a	10,46±2,45	20,29±4,33	11,08±2,52	16,06±2,71	7,07±1,71	141,84±18,92
Hayır ^b	9,83±2,08	19,79±4,7	10,12±2,51	14,56±2,75	6,61±1,85	132,99±18,96
	t=2,652	t=1,134	t=3,844	t=5,586	t=2,655	t=4,720
	p=0,008	p=0,257	p=0,000	p=0,000	p=0,008	p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>
Doktora Başvurma						
Hayır ^a	10,15±2,33	20,14±4,35	10,63±2,54	15,45±2,73	6,96±1,71	138,07±18,57
Evet ^b	11,27±2,48	20,47±4,71	12,18±2,2	17,33±2,48	7,07±1,89	150,34±19,24
	t=-4,576	t=-0,736	t=-6,006	t=-6,720	t=-0,607	t=-6,332
	p=0,000	p=0,462	p=0,000	p=0,000	p=0,544	p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>b>a</i>	<i>Yok</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>Yok</i>	<i>b>a</i>

Tablo 6.19. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre DEÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Katılımcıların Özellikleri	Beslenme Ort±SS	Değer İnanç Ort±SS	Bilişsel Ort±SS	Baş etme Ort±SS	Cinsellik Ort±SS	DEÖ Genel Ort±SS
Ağrı Şiddeti						
Hafif ^a	10,04±2,34	19,56±4,48	10,04±2,01	14,6±2,18	7,12±1,81	134,64±12,6
Orta ^b	10,37±2,41	20,14±4,45	10,9±2,56	15,79±2,8	6,97±1,76	140,19±19,52
Şiddetli ^c	9,97±2,1	21,53±3,39	11,44±2,51	16,38±2,61	7,00±1,50	143,56±17,65
	F=0,658	F=1,862	F=2,200	F=3,067	F=0,087	F=1,564
	p=0,518	p=0,156	p=0,112	p=0,050	p=0,917	p=0,210
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Menstruasyon Gün						
3-4 gün ^a	10,04±2,34	19,56±4,48	10,04±2,01	14,6±2,18	7,12±1,81	134,64±12,6
5-6 gün ^b	10,33±2,46	19,26±4,45	10,83±2,64	15,68±2,81	6,85±1,63	138,51±19,07
7-8 gün ^c	10,4±2,38	20,77±4,34	10,95±2,51	15,86±2,8	7,06±1,84	141,38±19,77
	F=0,476	F=7,184	F=1,582	F=2,260	F=0,798	F=2,130
	p=0,699	p=0,000	p=0,193	p=0,080	p=0,495	p=0,095
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>c>b</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Sınıfı						
1. sınıf ^a	10,47±2,34	21,82±4,39	10,59±2,47	15,5±2,86	7,11±1,71	141,46±19,83
2. sınıf ^b	10,44±2,5	19,86±4,01	11,26±2,55	16,06±2,74	7,11±1,87	142,09±18,31
3. sınıf ^c	10,49±2,31	19,51±4,18	11,17±2,55	15,81±2,83	6,99±1,58	139,87±17,89
4. sınıf ^d	9,87±2,32	18,8±4,53	10,55±2,58	15,71±2,67	6,57±1,66	135,31±20,1
	F=2,243	F=16,017	F=3,749	F=1,435	F=3,392	F=3,983
	p=0,082	p=0,000	p=0,011	p=0,231	p=0,018	p=0,008
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>a>b, a>c, a>d</i>	<i>b>a</i>	<i>Yok</i>	<i>a>d, b>d</i>	<i>a>d, b>d</i>
Bölümü						
Ebelik ^a	10,08±2,46	19,62±4,06	10,14±2,67	14,82±2,78	6,83±1,65	133,57±19,8
Sosyoloji ^b	9,3±2,65	17,18±3,46	10,02±2,55	15,23±2,93	6,05±2,05	130,14±19,88
PDR ^c	10,22±2,28	20,42±4,23	11,21±2,34	15,86±2,7	7,02±1,76	141,18±18,17
Hemşirelik ^d	10,66±2,3	20,84±4,52	11,22±2,49	16,2±2,69	7,18±1,67	144,01±18,06
	F=6,514	F=12,825	F=8,905	F=9,012	F=7,395	F=16,056
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>d>b</i>	<i>c>b, d>b</i>	<i>c>a, c>b, d>a, d>b</i>	<i>c>a, d>a</i>	<i>c>b, d>b</i>	<i>c>a, c>b, d>a, d>b</i>

6.2.7. Katılımcıların bazı özelliklerine göre DEÖ'nden aldıkları puanlar

DEÖ ölçeği değer ve inanç alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=14,259$; $p<0,05$). Bu farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu test etmek için ileri analiz olarak Scheffe testinden yararlanılmıştır. Scheffe testi sonucunda 18-19 yaş ve 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalaması 22-23 yaş ve 24-25 yaş katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ cinsellik alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=4,655$; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalaması 22-23 yaş grubu katılımcıların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişkiler, uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t=3,524$; $p<0,05$); ($t=6,895$; $p<0,05$). Ağrı kesici kullananların puan ortalamaları ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ sağlığı algılama ve yönetim; boşaltım, kendini algılama ve benlik kavramı; aktivite ve egzersiz; rol ve ilişki; beslenme ve metabolik örüntü; bilişsel ve algısal örüntü ve değer ve inanç alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t=3,200$; $p<0,05$) ($t=3,234$; $p<0,05$), ($t=6,821$; $p<0,05$), ($t=7,250$; $p<0,05$), ($t=3,524$; $p<0,05$), ($t=3,256$; $p<0,05$), ($t=-2,755$; $p<0,05$), ($t=6,316$; $p<0,05$). Ağrı kesici kullananların puan ortalamaları ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ genel puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t=6,382$; $p<0,05$). Ağrı kesici kullananların puan ortalaması ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının TAT kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t=2,304$; $p<0,05$), ($t=3,555$; $p<0,05$), ($t=2,085$; $p<0,05$) ($t=3,551$; $p<0,05$), ($t=3,280$; $p<0,05$), ($t=4,544$; $p<0,05$). TAT kullananların puan ortalaması kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol alt boyut puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. ($t=-3,771$; $p<0,05$). Ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalaması ağrı nedeniyle doktora gidemeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ uyku dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t=-6,575$; $p<0,05$), ($t=-5,157$; $p<0,05$), ($t=-3,702$; $p<0,05$), ($t=-3,951$; $p<0,05$), ($t=-6,110$; $p<0,05$). Ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamasının ağrı nedeniyle doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=3,931$; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda 1 ve 2. sınıftakilerin puan ortalaması 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=4,697$; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda 2. sınıftakilerin puan ortalaması 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ değer ve inaç alt boyut puan ortalamasının menstruasyon gününe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F=7,184$; $p<0,05$). Mensruasyon süresi 7-8 gün olanların puan ortalaması mensruasyon süresi 5-6 gün olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ kendini algılama, aktivite ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. (F=2,880; $p<0,05$), (F=2,915; $p<0,05$), (F=2,915; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda 2. sınıftakilerin puan ortalaması 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (F=5,042; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ Sağlığı algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (F=14,359; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda Ebelik, PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ boşaltım alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (F=3,316; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (F=14,958; $p<0,05$). Scheffe testi sonucunda PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Ebelik bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama ve yönetim, boşaltım, kendini algılama ve benlik kavramı, beslenme ve metabolik örüntü, bilişsel ve algısal örüntü, başetme stres alt boyutları ile genel ölçek puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. (F=2,037; $p>0,05$), (F=0,941; $p>0,05$), (F=2,030; $p>0,05$), (F=0,837; $p>0,05$), (F=1,304; $p>0,05$), (F=0,870; $p>0,05$), (F=0,610; $p>0,05$), (F=1,849; $p>0,05$), (F=2,583; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

DEÖ cinsellik ve üreme alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($t=1,867$; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme; sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının ağrı şiddetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=1,830$; $p>0,05$), ($F=0,345$; $p>0,05$), ($F=0,354$; $p>0,05$), ($F=0,585$; $p>0,05$), ($F=0,874$; $p>0,05$), ($F=0,766$; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, alt boyut puan ortalamalarının menstruasyon gün sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=2,253$; $p>0,05$), ($F=0,296$; $p>0,05$) ($F=1,103$; $p>0,05$), ($F=0,552$; $p>0,05$), ($F=0,630$; $p>0,05$), ($F=0,525$; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

DEÖ sağlığı algılama, boşaltım alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=0,473$; $p>0,05$), ($F=0,275$; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

DEÖ uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($F=1,726$; $p>0,05$) (Tablo 6.19).

6.3. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliliğine İlişkin Bulgular

6.3.1.İçerik ve kapsam geçerliliği ile ilgili bulgular

Ölçeğin çeviri-geri çeviri süreci tamamlandıktan sonra kapsam geçerliliğini belirlemek için alınan uzman görüşleri hem madde düzeyinde hem de ölçek düzeyinde değerlendirilmiştir. Toplamda 14 madde üzerinden 15 uzmanın görüşüne gönderilen ölçek için her bir maddenin Lawshe tekniğine göre İGO oranları hesaplanmıştır. İGO +1 ile -1 arasında değişmektedir. Uzman görüşleri doğrultusunda düzeltmeler yapılmış; içerik geçerlilik oranlarının 14 madde düzeyinde 0,87 ile 1,00 arasında değiştiği görülmüştür. Toplam ölçek düzeyinde

ise $KGO=0,93$ çıkmış elde edilen oranların iyi seviyede olduğu belirlenerek ölçeğin pilot uygulama aşamasına geçilmiştir.

6.3.2.Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin KMO ve Barlett Analizi

Temel bileşenler analizinde faktör analizi yapılabilmesi için öncelikle KMO ve Barlett değerlerine bakılmıştır.

Tablo 6.20. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği'nin KMO ve Barlett değerleri

KMO ve Bartlett's Değerleri		
KMO		0,927
Bartlett's Testi	Ki Kare	5200,17
	Serbestlik Derecesi	91
	p	0,000

Ölçeğe ait KMO değeri 0,927 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmadaki KMO değerinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Barlett testi sonucu ise ($p=0,000$) olarak tespit edilmiştir. Bu iki bulgu faktör analizi yapabilmek için kullanılan örneklem büyüklüğünün yeterli verilerin ise uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca anti imaj korelasyonlarının 0,915 ile 0,955 arasında değiştiği görülmüştür. Buna göre ölçeğin faktörlenebilirliği ile ilgili temel kriterler kabul edilebilir sonuçlar verdiği için açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 6.20) .

6.3.3. Yapı Geçerliliği (faktör analizi) ile ilgili bulgular

Faktör analizi Temel Bileşenler Yöntemi kullanılarak ve Varimax döndürme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

6.21.Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde	Maddelerin Başlangıç Özdeğerleri			Faktör Yüklerinin Döndürülmüş (Varimax) Toplamları		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	6,958	49,699	49,699	4,734	33,816	33,816
2	1,434	10,242	59,941	3,658	26,125	59,941
3	0,896	6,399	66,340			
4	0,767	5,480	71,820			
5	0,673	4,806	76,626			
6	0,584	4,172	80,798			
7	0,482	3,445	84,244			
8	0,420	2,997	87,240			
9	0,375	2,682	89,922			
10	0,327	2,335	92,257			
11	0,306	2,186	94,443			
12	0,292	2,085	96,528			
13	0,266	1,899	98,427			
14	0,220	1,573	100			

Faktör analizi Temel Bileşenler Yöntemi kullanılarak ve Varimax döndürme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen faktör analiz sonuçlarına göre Eigen değeri (özdeğer) 1 olarak alındığında iki faktör belirlenmektedir. Bu iki faktörün toplam varyansın %59,94'ünü açıkladığı görülmektedir(Tablo 6.21).

Tablo 6.22. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği İçin Döndürülmüş Bileşenler Matrisi

Madde No	Fonksiyonel Boyut	Emosyonel Boyut
5. Adet ağrım nedeniyle sosyal ortamlardan keyif almam.	0,853	
6. Adet ağrım dışındaki şeylere dikkatimi vermekte güçlük çekerim.	0,805	
7. Adet ağrım nedeniyle günlük rutin aktivitelerimi gerçekleştirmede kendimi kısıtlanmış hissedirim.	0,788	
4. Adet ağrım nedeniyle birşeyler okurken zorlanırım.	0,782	
3. Adet ağrım nedeniyle net düşünemeyebilirim.	0,669	
1. Adet ağrım nedeniyle seyahat etmekten kaçınırım.	0,649	
2. Adet ağrım nedeniyle gergin olurum. (örn. kas gerginliği)	0,584	
13. Adet ağrım dünyaya bakış açımı etkiler		0,823
12. Adet ağrım kafamı karışık hissetirir		0,750
10. Adet ağrısı nedeniyle bazen kontrolümü kaybedeceğimi hissedirim.		0,736
11. Adet ağrım ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimde stres yaratır.		0,630
8. Adet ağrım nedeniyle kendimi çaresiz hissedirim		0,595
14. Hiç kimse adet ağrısının günlük hayatıma olan etkisini anlamaz.		0,588
9. Adet ağrım nedeniyle kendimi engellenmiş hissedirim.		0,584

Varimax döndürme yöntemi ile gerçekleştirilen döndürme işlemi sonucunda elde edilen faktör yükleri Tablo 6.22’de yer almaktadır. Bir maddenin herhangi bir boyutta yer alabilmesi için farklı boyutlardan elde ettiği faktör yükleri arasındaki farkın 0,10’dan büyük olması şartı aranmıştır. Buna göre maddelerin genel olarak orjinal ölçekte olduğu gibi faktörlere dağıldığı görülmektedir (Tablo 6.22).

Tablo 6.23. FEDÖ Alt boyutları Arasındaki İlişkiler

	Fonksiyonel	Emosyonel
Fonksiyonel	r=	0,649**
Emosyonel		

Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore ölçeğinin alt boyutlarında yer alan maddeler belirlendikten sonra bu boyutlar arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için alt boyut toplam puanlar arasındaki Pearson korelasyonu hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular bu boyutlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($r = 0,649$, $p = 0,001$), (Tablo 6.23).

6.3.4. Birleşen geçerlilik ile ilgili bulgular

Ölçülen kavramla ilişkili olduğunu düşündüğümüz değişkenleri ölçerek aralarında yüksek bir ilişki aranmasına birleşen geçerlik/ölçüt geçerlilik yada eşzaman geçerliliği adı verilir (Ebrinç 2000). Bu amaçla dismenorenin değerlendirebildiği FEDÖ ile geliştirilen DEÖ arasındaki korelasyon incelenerek birleşen geçerliliği değerlendirilmiştir (Tablo 6.15.).

6.3.5. İç tutarlılık analizi ile ilgili bulgular

Ölçeğe ait güvenilirlik analizleri kapsamında ölçeğin Cronbach alfa değerleri, Spearman Brown ve Guttman katsayıları, test-tekrar test analiz sonuçları ve madde analizi sonuçları hesaplanmıştır (Tablo 6.24, Tablo 6.25).

Tablo 6.24. FEDÖ Alt Boyut ve Toplama Ait Güvenirlilik Değerleri

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa Değerleri
Fonksiyonel Boyut	0,89
Emosyonel Boyut	0,84
Ölçek Toplam Cronbach Alfa	0,90
Ölçek Toplam Spearman Brown	0,80
Ölçek Toplam Guttman	0,80

FEDÖ'nin alt boyutlarının ve ölçeğin tamamının ne ölçüde güvenilir olduğunun belirlenmesi için Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Buna göre fonksiyonel boyut için alfa değerinin 0,890, emosyonel boyut için 0,842 ve toplam ölçek için ise 0,909 olduğu görülmektedir. Testin birbirine eşit iki ayrı yarıya bölünmesi ile hesaplanan Spearman Brown ve Guttman iç tutarlılık katsayıları ise 0,808 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.24).

Bu sonuçlara göre ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir ve FEDÖ güvenilir bir ölçüm aracıdır.

Tablo 6.25. FEDÖ Maddelerine Ait Madde Analizi

FEDÖ Alt Boyutlar	Madde No	Alt Boyut Düzeyinde Madde Toplam	P	Madde Kalan	P	Madde Ayırtedicilik	P	Ölçek Düzeyinde Madde Toplam	P
Fonksiyonel Boyut	M-1	0,473	0,000	0,579	0,000	-19,575	0,000	0,579	0,000
	M-2	0,403	0,000	0,543	0,000	-18,090	0,000	0,551	0,000
	M-3	0,587	0,000	0,693	0,000	-23,422	0,000	0,696	0,000
	M-4	0,670	0,000	0,694	0,000	-23,069	0,000	0,698	0,000
	M-5	0,753	0,000	0,695	0,000	-22,825	0,000	0,692	0,000
	M-6	0,701	0,000	0,706	0,000	-21,459	0,000	0,708	0,000
	M-7	0,670	0,000	0,683	0,000	-21,660	0,000	0,671	0,000
Emosyonel Boyut	M-8	0,623	0,000	0,729	0,000	-30,029	0,000	0,707	0,000
	M-9	0,631	0,000	0,735	0,000	-24,527	0,000	0,735	0,000
	M-10	0,637	0,000	0,657	0,000	-22,381	0,000	0,644	0,000
	M-11	0,537	0,000	0,635	0,000	-21,166	0,000	0,630	0,000
	M-12	0,653	0,000	0,662	0,000	-21,126	0,000	0,660	0,000
	M-13	0,703	0,000	0,598	0,000	-18,182	0,000	0,591	0,000
	M-14	0,350	0,000	0,377	0,000	-11,043	0,000	0,376	0,000

FEDÖ maddelerine ait düzeltilmiş madde-toplam, madde kalan, madde ayırtedicilik değerleri hesaplanmıştır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları hesaplanırken maddenin kendisi toplam puan çıkartılmaktadır. Bu değerler her madde için hesaplanırken ölçeğin tamamı ve maddenin bulunduğu alt boyut için birer defa olmak üzere iki defa hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ölçeğin tamamı için düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının 0,376 ile 0,735 arasında değiştiği görülmektedir. Fonksiyonel boyut için 0,473 ile 0,753 arasında, emosyonel boyut için ise 0,350 ile 0,703 arasında değiştiği görülmektedir. Bu bulgular maddelerin buldukları alt boyut ve ölçeğin tamamı ile aynı kavramı ölçmeye yönelik tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir. Dolayısıyla tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir (Tablo 6.25).

6.3.5. Zamana göre değişmezlik ile ilgili bulgular

Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test edebilmek için 40 kişilik bir gruba aynı test bir ay sonra tekrar uygulanmış ve korelasyonlarına bakılmıştır. Test-tekrar test güvenirliliği, bir testin aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon ile açıklanır. İki uygulama arasındaki zaman, ölçülen davranışa ve hedef kitleye göre değişmekle birlikte ortalama 2-4 haftalık bir sürenin genellikle uygun olduğu söylenebilir. İki puan seti arasındaki ilişkinin derecesi, varsayımları karşılandığı durumda (Bayram, 2009) Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak hesaplanır. Hesaplanan korelasyon katsayısı, testin zamana bağlı olarak ne derece kararlı ölçümler verdiğini yorumlamak amacıyla kullanılır (Büyüköztürk, 2012). Bu amaçla FEDÖ ölçeğinin test-tekrar test sonuçları tablo 6.26’da verilmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test edebilmek için 40 kişilik bir gruba aynı test bir ay sonra tekrar uygulanmış ve korelasyonlarına bakılmıştır (Tablo 6.17). Buna göre emosyonel ve fonksiyonel boyutlar $r= 0,94$ genel ölçekte ise $r=0,96$ olarak belirlenmiş; 2 uygulama puanı arasında yüksek düzeyde pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 6.26.Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği’nin Test-Tekrar Test Sonuçları

FEDÖ Alt Boyutları		Son-test Fonksiyonel Boyut	Son-test Emosyonel Boyut	Son-test TOPLAM
Ön-test Fonksiyonel Boyut	r	0,944		
	p	0,000		
Ön-test Emosyonel Boyut	r		0,949	
	p		0,000	
	r			0,968
Ön-test TOPLAM	p			0,000
	n			40

FEDÖ ve alt boyutlarından elde edilen test-tekrar test korelasyon sonuçlarına göre FEDÖ ölçeğinin zamana göre kararlı ölçümler verdiği ($r=0,968$, $p=0,000$); diğer bir ifadeyle FEDÖ’nün güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 6.27.FEDÖ Alt boyut ve Toplam Ölçek Puanlarına Ait Betimleyici Değerler

FEDÖ Alt Boyutlar	Minimum Maksimum		Ort.	±	SS
	Puan	Puan			
Fonksiyonel Boyut	9	35	26,08	±	5,84
Emosyonel Boyut	7	30	18,49	±	5,15
Toplam	16	65	44,58	±	9,99

Fonksiyonel alt boyut için katılımcıların elde ettikleri ortalama 26,08±5,84 Emosyonel boyut için ise 18,49±5,16'dır. Toplam ölçek puan ortalamaları ise 44,58±9,99'dur (Tablo 6.27).

Tablo 6.28. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre FEDÖ Puanları

Katılımcıların Özellikleri	Fonksiyonel Boyut Ort±SS	Emosyonel Boyut Ort±SS	FEDÖ Genel Ort±SS
Yaş			
18-19 yaş ^a	26,48±6,11	21,79±6,87	48,26±11,82
20-21 yaş ^b	26,21±5,45	21,76±5,76	47,97±10,34
22-23 yaş ^c	26,10±6,07	22,07±5,99	48,17±10,90
24-25 yaş ^d	24,86±6,54	21,88±6,62	46,75±12,53
	F=0,878	F=0,122	F=0,259
	p=0,452	p=0,947	p=0,855
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Ağrı Kesici Kullanımı			
Evet ^a	28,23±4,91	23,59±5,72	51,82±9,63
Hayır ^b	23,80±5,90	20,08±5,79	43,88±10,6
	t=10,512	t=7,827	t=10,078
	p=0,000	p=0,000	p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>
TAT Kullanımı			
Evet ^a	26,47±5,73	22,19±6,04	48,66±10,75
Hayır ^b	24,45±6,06	20,63±5,75	45,08±10,85
	t=3,524	t=2,636	t=3,359
	p=0,000	p=0,009	p=0,001
<i>Anlamlılık</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>	<i>a>b</i>
Doktora Başvurma			
Hayır ^a	25,41±5,81	21,35±5,81	46,76±10,57
Evet ^b	29,41±4,8	24,54±6,28	53,96±10,29
	t=-6,832	t=-5,229	t=-6,597
	p=0,000	p=0,000	p=0,000
<i>Anlamlılık</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>	<i>b>a</i>

t=ilişkısiz grup t testi , F=Anova varyans analizi

Tablo 6.28. Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre FEDÖ Puanları (devam)

Katılımcıların Özellikleri	Fonksiyonel Boyut Ort±SS	Emosyonel Boyut Ort±SS	FEDÖ Genel Ort±SS
Ağrı Şiddeti			
Hafif ^a	24,60±4,52	20,48±3,56	45,08±7,45
Orta ^b	26,06±5,86	21,89±6,08	47,95±10,95
Şiddetli ^c	27,59±6,17	23,03±6,10	50,62±10,98
	F=1,943	F=1,300	F=1,903
	p=0,144	p=0,273	p=0,150
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Menstruasyon Gün			
3-4 gün ^a	24,6±4,52	20,48±3,56	45,08±7,45
5-6 gün ^b	25,72±5,93	21,87±5,79	47,59±10,77
7-8 gün ^c	26,31±5,81	21,9±6,28	48,2±11,08
	F=1,783	F=0,866	F=1,454
	p=0,149	p=0,458	p=0,235
<i>Anlamlılık (Scheffe Testi)</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Sınıfı			
1. sınıf ^a	26,19±5,71	21,7±5,98	47,89±10,68
2. sınıf ^b	26,97±5,15	22,36±5,73	49,34±9,77
3. sınıf ^c	25,36±6,62	21,83±6,54	47,18±12,02
4. sınıf ^d	25,08±6,27	21,47±6,09	46,55±11,68
	F=3,601	F=0,866	F=1,454
	p=0,013	p=0,458	p=0,235
<i>Anlamlılık (Dunnnett C Testi)</i>	b>d	<i>Yok</i>	<i>Yok</i>
Bölümü			
Ebelik ^a	24,84±6,51	20,64±7,14	45,48±12,54
Sosyoloji ^b	25,51±5,35	21,61±4,75	47,12±9,44
PDR ^c	27,41±4,99	22,42±5,43	49,83±9,89
Hemşirelik ^d	26,17±5,86	22,22±5,88	48,39±10,58
	F=4,507	F=2,669	F=3,942
	p=0,004	p=0,050	p=0,008
<i>Anlamlılık (Dunnnett C Testi)</i>	c>a	<i>Yok</i>	c>a

t=ilişkısiz grup t testi , F=Anova varyans analizi

6.3.7. Katılımcıların bazı özelliklerine göre FEDÖ'nden aldıkları puanlar

FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına, ağrı şiddetine; menstruasyon süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (F=0,878; p>0,05), (F=0,122; p>0,05), (F=0,259; p>0,05); (F=1,943; p>0,05); (F=1,300; p>0,05), (F=1,903; p>0,05); (F=1,783; p>0,05), (F=0,866; p>0,05), (F=1,454; p>0,05), (Tablo 6.28).

FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puan ortalamalarının ağrı kesici ve TAT kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ağrı kesici ve TAT kullananların puan ortalamaları kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (t=10,512; p<0,05), (t=7,827; p<0,05), (t=10,078; p<0,05); (t=3,524; p<0,05), (t=2,636; p<0,05); (t=3,359; p<0,05) ,(Tablo 6.28).

FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının dismenore nedeniyle doktora başvurma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamasının doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=-6,832; p<0,05); (t=-5,229; p<0,05); (t=-6,597; p<0,05), (Tablo 6.28).

FEDÖ fonksiyonel boyut puan ortalamalarının sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış olup (F=3,601; p<0,05), Dunnett C Post Hoc testi sonuçlarına göre 2. sınıftakilerin puan ortalamalarının 4. sınıftakilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 2. sınıftakilerin fonksiyonel olarak dismenoreden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır Emosyonel boyut ve toplam puan ortalamalarının ise sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (F=0,866; p>0,05); (F=1,454; p>0,05) (Tablo 6.28).

FEDÖ fonksiyonel boyut ve toplam puan ortalamalarının bölüme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış olup (F=4,507; p<0,05) (F=3,942; p<0,05) Dunnett C Post Hoc testi sonuçlarına göre PDR bölümü fonksiyonel boyut ve toplam puan ortalamalarının ebelik bölümü puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Emosyonel boyut puanları ise bölüme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (F=2,669; p>0,05), (Tablo 6.28).

6.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dismenore ile Karşılaştırılması

Araştırmada katılımcıların literatür doğrultusunda dismenore ile ilişkili olabileceği düşünülen özellikleri incelenmiştir. Ağrı şiddeti 1-3,9 cm arasında hafif; 4-7,9 cm arasında orta ve 8-10 cm arası şiddetli ağrı olarak değerlendirilmiştir (Potur et al., 2013).

Tablo 6.29. Dismenore Başlama Zamanı İle Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)		
	Zayıf	Orta	Şiddetli			
Dismenore Başlama Zamanı	Menstruasyonla birlikte	n 44 % 16,7	157 59,7%	62 23,6	0,062 (8,968)	
	Menstruasyondan 1-2 saat önce	n 38 % 15,4	125 50,8	83 33,8		
	Menstruasyondan Birkaç gün önce	n 20 % 13,2	78 51,7	53 35,1		
	Toplam	n 102 % 15,5	360 54,5	198 30,0		660 100,0

Ağrısı birkaç gün önce başlayanlarda şiddetli ağrı oranı daha fazlayken bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,062).

Tablo 6.30. Dismenore Süresi ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)		
	Zayıf	Orta	Şiddetli			
Dismenore Süresi	İlk gün	n 73 % 21,1	199 57,3	75 21,6	0,000 (39,523)	
	İlk 2-3 Gün	n 28 % 9,3	159 52,6	115 38,1		
	Menstruasyon Sonuna Kadar	n 1 % 9,1	2 18,2	8 72,7		
	Toplam	n 102 % 15,5	360 54,5	198 30,0		660 100,0

Dismenoresi ilk gün başlayanların %57,3'ünün ve ilk 2-3 gün içinde başlayanların %52,6'sının orta şiddette, dismenoresi menstruasyon sonuna kadar sürenlerin ise %72,7'sinin şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır. Ağrısı menstruasyon

sonuna kadar devam edenlerde şiddetli ağrı oranı daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,000).

Tablo 6.31. İlk Dismenore Yaşama Zamanı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)		
	Zayıf	Orta	Şiddetli			
İlk Dismenore Yaşama Zamanı	İlk mensturasyondan 6 ay-2 yıl sonra	n	58	213	111	0,757 (0,557)
		%	15,2	55,7	29,1	
	İlk mensturasyon ile birlikte	n	44	147	87	
		%	15,8	52,9	31,3	
Toplam	n	102	360	198	660	
	%	15,5	54,5	30,0	100,0	

İlk dismenore yaşama zamanı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p=0,757).

Tablo 6.32. Dismenore Nedeniyle Doktora Başvurma ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)		
	Zayıf	Orta	Şiddetli			
Dismenore Nedeniyle Doktora Başvurma	Başvurmayan	n	97	324	127	0,000 (73,092)
		%	17,7	59,1	23,2	
	Başvuran	n	5	36	71	
		%	4,5	32,1	63,4	
Toplam	n	102	360	198	660	
	%	15,5	54,5	30,0	100,0	

Dismenore nedeniyle doktora başvurmayanların %17,7'si zayıf şiddette ağrı ,başvuranların ise %95,5 'i orta ve şiddetli ağrı hissettikleri saptanmıştır. Dismenore nedeniyle doktora başvuranlarda şiddetli ağrı oranı başvurmayanlara göre daha fazla olup aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Tablo 6.33. Sigara Kullanımı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar		Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Sigara Kullanımı	Kullanan	n	1	17	11	0,169 (3,558)
		%	3,4	58,7	37,9	
	Kullanmayan	n	101	343	187	
		%	16,0	54,4	29,6	
Toplam		n	102	360	198	660
		%	15,5	54,5	30,0	100,0

Sigara kullanımı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,169$). Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmamasının sebebi sigara kullanan sayısının az olmasıdır.

Tablo 6.34. Alkol Kullanımı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar		Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Alkol Kullanımı	Kullanan	n	10	56	28	0,340 (2,155)
		%	10,6	59,6	29,8	
	Kullanmayan	n	92	304	170	
		%	16,3	53,7	30,0	
Toplam		n	102	360	198	660
		%	15,5	54,5	30,0	100,0

Alkol kullanımı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,340$).

Tablo 6.35. BKİ ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar		Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
BKİ Grupları	Zayıf	n	14	41	39	0,093(6,848)
		%	14,9	43,6	41,5	
	Normal	n	76	276	133	
		%	15,7	56,9	27,4	
	Kilolu	n	12	43	26	
		%	14,8	53,1	32,1	
Toplam		n	102	360	198	660
		%	15,5	54,5	30,0	100,0

BKI zayıf olanlarda şiddetli ağrı yaşama oranı normal ve kilolu olanlara göre daha fazla olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,093).

Tablo 6.36. Kaldığı Yer ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti				p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Kaldığı Yer	Aile	n	38	169	78	0,017 (15,389)
		%	13,3	59,3	27,4	
	Arkadaş	n	32	82	65	
		%	17,9	45,8	36,3	
	Yurt	n	32	107	50	
		%	16,9	56,6	26,5	
	Yalnız	n	0	2	5	
		%	0	28,6	71,4	
Toplam	n	102	360	198	660	
	%	15,5	54,5	30,0	100,0	

Arkadaşla beraber (%36,3) veya yalnız yaşayanlarda (%71,4) şiddetli ağrı yaşama oranı yurttaki (%26,5) ve aile (%27,4) ile yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,017). Kalabalık ortamın ağrı şiddeti algısı üzerine etkili olduğu düşünülebilir.

Tablo 6.37. Kahvaltı Alışkanlığı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti				p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Kahvaltı Alışkanlığı	Düzenli	n	51	159	68	0,017 (8,128)
		%	18,3	57,2	24,5	
	Düzensiz	n	51	201	130	
		%	13,4	52,6	34,0	
Toplam	n	102	360	198	660	
	%	51,5	54,5	30,0	100,0	

Düzenli kahvaltı yapanlarda şiddetli ağrı yaşayanların oranı %24,5 iken düzensiz kahvaltı yapanlarda bu oran %34,0 olarak saptanmış olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,017).

Tablo 6.38. Defekasyon Sıklığı ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
	Zayıf	Orta	Şiddetli		
Defekasyon Sıklığı	Haftada 1 kez	n	5	25	0,075 (8,506)
		%	9	45,5	
	Haftada 2-6 kez	n	48	174	
		%	15,1	54,5	
	Hergün	n	49	161	
		%	17,1	56,3	
Toplam	n	102	360	198	660
	%	15,5	54,5	30,0	100,0

Katılımcılarda defekasyon sıklığı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,075).

Tablo 6.39. Düzenli Kafein Tüketimi ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
	Zayıf	Orta	Şiddetli		
Düzenli Kafein Tüketimi	Tüketen	n	78	296	0,029 (7,110)
		%	15,1	57,1	
	Tüketmeyen	n	24	64	
		%	16,9	45,1	
Toplam	n	102	360	198	660
	%	15,5	54,5	30,0	100,0

Düzenli kafein tüketenlerde şiddetli ağrı oranı %27,8 iken tüketmeyenlerde bu oran %38,0 olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,029).

Tablo 6.40. Beslenme Alışkanlıkları ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar		Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Beslenme Alışkanlığı	Dengeli Beslenme	n	52	143	60	0,015(11,345)
		%	20,5	55,9	23,6	
	Karbonhidrat	n	31	173	112	
	Ağırlıklı Besleme	%	11,2	53,8	35,0	
	Sebze ve Meyve	n	12	11	11	
	Ağırlıklı Beslenme	%	37,2	31,4	31,4	
Protein Ağırlıklı Beslenme	n	7	33	15		
	%	15,7	58,8	25,5		
Toplam		n	102	360	198	660
		%	15,5	54,5	30,0	100,0

Karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerde şiddetli ağrı oranı %35,0 iken dengeli beslenenlerde bu oran %23,6 protein ağırlıklı beslenenlerde %25,5'tir. Beslenme alışkanlığı ve ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,015). Karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerin diğer beslenme alışkanlığı olanlara göre daha fazla şiddetli ağrı hissettikleri söylenebilir.

Tablo 6.41. Annede Dismenore Öyküsü ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar		Ağrı Şiddeti			p (χ^2)	
		Zayıf	Orta	Şiddetli		
Annede Dismenore Öyküsü	Yok	n	79	230	121	0,014 (8,473)
		%	18,4	53,5	28,1	
	Var	n	23	130	77	
		%	10,0	56,5	33,5	
Toplam		n	102	360	198	660
		%	15,5	54,5	30,0	100,0

Annesinde dismenore öyküsü olanlarda şiddetli ağrı yaşama oranı %33,5 iken olmayanlarda bu oran %28,1'dir. Farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,014).

Tablo 6.42. Kardeşte Dismenore Öyküsü ile Ağrı Şiddeti Karşılaştırılması

Gruplar	Ağrı Şiddeti			p (χ^2)			
		Zayıf	Orta		Şiddetli		
Kardeşte	Yok	n	65	237	130	0,923 (0,161)	
		%	15,0	54,9	30,1		
Dismenore	Var	n	37	123	68		
		%	16,3	53,9	29,8		
Toplam		n	102	360	198		660
		%	15,5	54,5	30,0		100,0

Kardeşte dismenore öyküsü ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,923$).

Katılımcılara ait bazı özelliklerin dismenoredeki ağrı şiddeti üzerine etkisi çoklu regresyon analiziyle değerlendirilmiştir. Kullanılan regresyon analizinde veri setindeki tanıtıcı ve sosyo-demografik tüm değişkenler modele dahil edilmiştir. Etkili ve anlamlı çıkmayan değişkenler modelden çıkartılarak model tekrar çalışılmıştır. Modeldeki bütün değişkenler anlamlı çıkana kadar model iterasyonlara devam edilmiştir. Sonuç olarak ağrı şiddeti üzerinde etkili olan değişkenlere göre oluşturulan model Tablo 6.43 ve 6.44’de verilmiştir.

Tablo 6.43.Oluşturulan Modelin İstatistiksel Açılımı

ANOVA					
Model	Total	sd.	Ort.	F	p
Regresyon	423,444	6	70,574	16,172	0,000
Değerler arası fark	2849,586	653	4,364		
Toplam	3273,030	659			

Modelin ANOVA sonuçlarına göre model tesadüfi değildir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,000$).

Tablo 6.44. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-demografik Özelliklerinin Dismenore Üzerine Etkisi

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	p
	B	sd	Beta		
(Sabit=Ağrı Şiddeti)	7,139	0,625		11,415	0,000
Menstruasyon Süresi	0,941	0,155	0,225	6,079	0,000
TAT Kullanımı	-1,109	0,208	-0,196	-5,331	0,000
Ailede Dismenore Öyküsü	0,595	0,200	0,126	2,979	0,003
Sınıf	-0,156	0,075	-0,077	-2,073	0,039

Regresyon sabiti olan ağrı şiddeti üzerinde etkili olan değişkenlerin menstruasyon süresi, TAT kullanımı, ailede dismenore öyküsü ve okuduğu sınıf düzeyi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sınıf düzeyi arttıkça ağrı şiddetinin azaldığı ve en az etkili değişken olduğu saptanmıştır. Regresyon modelinde ailede dismenore öyküsünün olması; menstruasyon süresinin artması, TAT kullanımının azalması ağrı şiddetinin artmasında etkili olan faktörler olarak bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde,

7.1. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özellikleri

7.2.DEÖ Geçerliliği ve Güvenirliliği

7.3.FEDÖ Geçerliliği ve Güvenirliliği

7.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dismenore ile Karşılaştırılması literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek dört başlık altında tartışıldı.

7.1.Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılanların yaşları 18-25 yaş arasında değişim gösterirken yaş ortalaması 20,40 menarş yaşı ortalamasıda 13,27 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ağrı şiddeti ise 1-10 arasında değişmekle birlikte ortalamaları $6,40 \pm 2,23$ 'tür. Menstruasyon süreleri ise ortalama 5,81 gündür. Katılımcıların boy ortalaması 163,55 kilo ortalaması 57,08; BKİ ise 21,33 olarak bulunmuştur (Tablo 6.1).

Ülkemizde dismenore ile ilgili yapılan araştırmalarda yaş ortalamasını Potur ve ark. (2013) 20,74; Polat ve ark. (2009) 21,24; Oskay ve ark. (2008) 20,36; Çakır ve ark. (2007) 20,74 olarak bulmuşlardır. Araştırmamızdaki yaş ortalaması ülkemizde yapılan benzer araştırma sonuçları ile uyumludur. Ülkemizde yapılan benzer araştırmalarda menarş yaşı 13,12 ile 13,42 arasında değişmektedir (Vicdan ve ark., 1996; Kamacı ve ark 1997; Oskay ve ark 2004, Potur ve ark., 2013; Ünsal ve ark., 2010). Yurt dışında yapılan araştırmalarda ise menarş yaşı; Meksika'da 12,3 (Ortiz et al., 2010), Vietnam'da 14,8 (Jang et al., 2013), Brezilya'da 13,71 (Pintangui et al., 2013); Honghong'da 12,5 (Chia et al., 2013) olarak bulunmuştur. Menarş yaşı literatür ile benzerlik göstermekle birlikte sıcak iklimde yaşamının, beslenme ve genel sağlık durumu ile ilgili olarak gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha erken yaşta menarş başladığı belirtilmektedir (Şirin ve

Kavlak, 2011). Ülkemizde 2006 ve 2010 yılları arasında üniversite öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalarda menstruasyon süresinin 5-5,7 gün arasında olduğu saptanmıştır (Taşçı ve ark., 2006; Aykut ve ark., 2007; Oskay ve ark., 2008; Ünsal ve ark., 2010). Sonuçlar ülkemizdeki genç kızların normal menstruasyon süresinin üst sınırlarında, yaklaşık 6 güne yakın menstruasyon yaşadığını göstermektedir. Erdoğan (2013) araştırmasında kilo ortalamasını 58,31 kg ve boy ortalamasını 162,09 cm olarak bulmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2010 verilerine göre ülkemizdeki kadınların ortalama kilosu 66,9 kg ve boyu 161,4 cm'dir. Literatürdeki ortalama boy uzunluğu ile araştırmada yer alan katılımcıların boy uzunluğu benzerlik göstermektedir. Fakat kilo ortalaması Erdoğan'ın çalışması haricinde TÜİK ortalamasından farklıdır. Bunun nedeni bu araştırma verilerinin genç katılımcılardan elde edilmesidir, TÜİK'in verilerinde ise 15 yaş ve üstü tüm kadınlar değerlendirilmiştir. Yaş artmasıyla birlikte ve kadınlar çocuk sahibi oldukça kilo ortalamasında önemli bir artış olmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim Tarihi:20.06.2014). Erdoğan (2013), araştırmasında BKİ ortalamasını 22,18; O'Connell ve ark. (2006) 24,1; Chen ve ark. (2000) ise 21,0 olarak belirtmiş normal sınırlar içinde olduğunu saptamışlardır. Araştırmamızdaki BKİ ortalaması benzer araştırmalarla uyumludur.

Araştırmamızda katılımcıların yarısından fazlasının (%51,5) Hemşirelik Bölümünde öğrenim gördüğü belirlenmiştir. Bu durum Hemşirelik bölümünde öğrenim gören katılımcı sayısının diğer bölümlerden daha fazla olması nedeniyle açıklanabilir (Tablo 6.2).

Araştırmamızdaki katılımcıların yarıya yakınının (%43,1) ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir. Bulgular Potur (2009)'un bulgularıyla uyumludur. Bu durumun katılımcıların sosyo-ekonomik durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (Tablo 6.2).

Araştırmamıza en fazla 2. sınıfların katıldığı bulunmuştur (%32,9). Özerdoğan ve ark. (2009) üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada dismenore oranını 2. sınıfta en yüksek bulmuşlardır. Bulgularımız Özerdoğan ve ark. (2009) bulgularıyla benzerdir (Tablo 6.2).

Araştırmamızda katılımcıların sadece %17'sinin dismenore nedeniyle doktora başvurduğu, ağrısının sadece ilk gün sürdüğü (%52,6), ilk menstruasyondan 6 ay-

2 yıl sonra dismenore yaşamaya başladığı (%57,9) ve ailede dismenore öyküsünün olduğu (%66,8) bulunmuştur (Tablo 6.3). Dismenore nedeni ile doktora başvurma oranı Chiou ve ark. (2008) araştırmalarında %20,8; Tangchai ve ark. (2004) araştırmalarında %7,1; Banikarim ve ark. (2000) araştırmalarında ise %14 olarak bildirilmiştir. Bulgularımız benzer araştırma sonuçlarıyla uyumludur. Bu durumun dismenorenin bazı kadınlarda normal bir durum olarak değerlendirildiği için kendi kendine tedavi yöntemlerini daha fazla tercih etmeleri ile açıklanabilir. Bulgularımızda da TAT ve analjezik kullanım oranlarının yüksek olması mevcut durumu destekler niteliktedir.

Meksika'da yapılan bir araştırmada kadınların %54,2'sinin ağrısının menstruasyonun ilk 24 saati içinde başladığını bildirilmiştir (Ortiz et al., 2009). Ayrıca Potur (2009) ve Erdoğan (2013) benzer sonuçlar bildirmiştir. Bulgularımız benzer araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca dismenore yaşamaya başlama zamanı olarak benzer şekilde Potur (2009) araştırmasında katılımcıların çoğunluğunun ilk menstruasyondan 6 ay-2 yıl sonra dismenore yaşamaya başladığını bildirmiştir. Erdoğan (2013) ailede dismenore öyküsü olanların oranını %68,2 olarak belirtmişken bu oran Erenel ve şentürk'ün (2007) araştırmasında %52,9, Potur'un (2009) çalışmasında %66,3; Çıtak (2001) çalışmasında %57,9 olarak bulunmuştur. Dismenorenin genetik geçis özelliği bulunmamakla birlikte, menstrüel şikayetleri olan annelerin kızlarında da, menstrüel semptomların yasandığı belirlenmiştir. Bu sonuç görsel öğrenme davranışı olarak açıklanmaktadır (Potur, 2009). Bulgularımız diğer araştırma bulgularıyla benzer niteliktedir.

Katılımcıların %51,7'si analjezik kullanırken; en fazla kullanılan analjezik türevi %43,4 oranı ile Fluriprofen (NSAI) türevidir. Kullanım oranı çoğunlukla günde ortalama 1-2 kez iken (%87,9), %39,6'sı arkadaş önerisi ile ilaç kullanmaktadır. Potur ve ark. (2013) çalışmalarında NSAI kullanımını %45,6 olarak bulmuştur (Tablo 6.4). Çıtak (2001) dismenoreyi gidermek için öğrencilerin %71,7'sinin analjezik kullandığını, %40,2'sinin ağrı kesici olarak non-steroid antiinflamatuvar ilaçları (NSAI) kullandıkları ve doktor önerisi ile ilaç kullanma oranının %32,6 olduğunu bulmuştur. Kore'de ise Jung ve Kim (2004) analjezik kullanma oranını %52,9 olarak belirtmiştir. Brunett ve ark. (2005)

dismenore yaşayan kadınların %77'sinin, şiddetli dismenore yaşayanların %82'sinin reçetesiz ilaç kullandıklarını, reçeteli analjezik kullanma oranının ise %14 olduğunu belirtmiştir. Campbell ve ark. (1997) menstrüel rahatsızlığı olan adolesan kızların %70'inin ağrılarını gidermek için aşırı ilaç aldıklarını saptamıştır. Araştırmamız ve diğer araştırma bulguları doktor önerisi olmadan analjezik kullanma oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Kadınlar dismenoreyi kendi başlarına çözümlenebilecekleri bir durum olarak düşünmekte ve bu şikayetleri nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvurmamaktadırlar (Potur ve Kömürcü 2013). Bunun sonucunda ise, sağlık personeline danışmadan gelişigüzel ve aşırı dozda ilaç kullanabilmektedirler.

Araştırmamızda katılımcıların %80,9'u herhangi bir TAT yöntemini kullanırken; en fazla kullanılan yöntem karına ısı uygulamasıdır (%67,2) (Tablo 6.5). Benzer şekilde Chia ve ark. (2013) dismenore yaşayanlarda TAT kullanımı oranlarını %75-91 arasında bulmuşlardır. Ayrıca Potur ve ark. (2013), Oskay ve ark. (2008), Çakır ve ark. (2007), O'Connell ve ark. (2006), Tangchai ve ark. (2004) çalışmalarında en fazla kullanılan yöntemin ısı uygulaması olduğunu belirtmişlerdir. Dismenore tedavisinde lokal ısı geleneksel bir yöntem gibi görülmesine karşın bu konuda yapılmış bilimsel yayınlarla da etkinliği kanıtlanmıştır (Potur and Kömürcü., 2013; Akın et al., 2004).

Araştırmamızda bitkisel yöntem kullanan katılımcılarda en fazla kullanılan bitkisel çayların Papatya (%15), Siyah çay ve Adaçayı (%11,8) olduğu bulunmuştur. Diğer yöntemleri kullananlarda en fazla ayaklara sıcak uygulama (%50,9) ve şekerli su içme (%13,2) yöntemleri kullandıkları bulunmuştur (Tablo 6.6, Tablo 6.7). Jahromi ve ark. (2003) rezene çayının, uterus kontraksiyonlarını engelleyerek ağrının daha az hissedilmesini sağladığını bulmuştur. Tayvan'da ciddi dismenore sorunu yaşayan kadınlara menstruasyonları başlamadan önce gül çayı içmeleri önerilmektedir. Gül çayının intrauterin bölgede kanın stazını azaltarak ve kan akımını düzenleyerek dismenoreyi hafiflettiği bildirilmiştir. Ayrıca, gül çayı içmenin güvenli, kolay kullanımı nedeni ile dismenore tedavisinde rahatlıkla kullanılabilirliği belirtilmiştir (Tseng et al., 2005). Chia ve ark. (2013) araştırmalarında diyet ve nutrisyonel tedavi kullanımını %6 olarak

bulmuşlardır. Brunett ve ark. (2005) ise bitki ve vitamin kullanım oranını %14 olarak bildirmiştir. Araştırmalardaki bitkisel yöntem ve diğer yöntemlerin kullanımı sadece oranlar bakımından değil kullanılan yöntemlerin çeşitliliği bakımından da bulgularımızla farklılık göstermiştir. Bu durumun çeşitli ülkelerdeki ağrının şiddeti, ağrıya gösterdiği tepki ve başetme yöntemleri ile ilgili coğrafi ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı sonucuna varılabilir.

Araştırmamızda katılımcıların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı (%95,6), (%85,8), defekasyon alışkanlığının haftada 2-6 kez olduğu (%48,3); düzenli kahvaltı yapma ve egzersiz alışkanlıklarının bulunmadığı (%83,5) ve karbonhidrat ağırlıklı beslendiği (%48,5) bulunmuştur (Tablo 6.8).

Dismenore ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda; Tavallae ve ark. (2011) %20; Özerdoğan ve ark. (2009) %27; Polat ve ark. (2009) %8,3; Strinic ve ark. (2003) %12,8; Chung ve ark. (2005) %17,9; Gagua ve ark. (2012) %3,9; Akın ve ark. (2004) %15,5; Oskay ve ark. (2008) %15,9; Vicdan ve ark. (1996) %19,7 oranlarında sigara kullanıldığını belirlemişlerdir. Yapılan araştırmalarda da sigara kullanım oranlarının az olduğu ve bu yönü ile bulgularımızla benzer oldukları söylenebilir. Ayrıca sigara kullanım oranının TNSA 2008 verilerinden (%22) (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/>. Erişim Tarihi:2006.2014) daha düşük olması adolesan sağlığı için sevindirici bir bulgudur.

Benzer araştırmalarda alkol kullanımı oranları ise; Gagua ve ark. (2012) %4,3; Kaba (2007) %12; Polat ve ark. (2009) %13,7; Vicdan ve ark. (1996), %14,9 oranındadır. Bulgular benzer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermiştir. Alkol kullanım oranları düşük bulunmuştur.

Bulgularımızdan farklı olarak; Fujiwara ve Nakata (2010) araştırmalarında katılımcıların çoğunluğunun hergün düzenli defekasyon alışkanlığı olduğunu bildirmiştir. Beslenme durumuna bakıldığında ise Gagua ve ark. (2012) dismenore yaşayanlarda öğün atlama oranını %59,7; Grandi ve ark. (2012) düzenli kahvaltı yapma oranını %92,4; aşırı şeker tüketme oranını ise %20,9 olarak bulmuşlardır. Özerdoğan ve ark. (2009) aşırı şeker tüketim oranını %58,3 olarak bulmuşlardır. Grandi ve ark. (2012) egzersiz yapmayanların oranını %20,5; Tavallae ve ark.

(2011) %49; Wong (2011) %74,9 olarak bulmuşlardır. Araştırma bulgularının birbirleriyle ve bulgularımızla farklılık göstermesinin ülkeler ve toplumlara göre yaşam tarzı farklılıkları nedeniyle kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcılarımızın sigara ve alkol kullanma oranlarının düşük olması sevindirici olmakla beraber beslenme şekli, egzersiz ve defekasyon alışkanlığının diğer ülkelerde yapılan araştırma sonuçlarına göre daha kötü çıkması dikkat çekicidir.

7.2.DEÖ Geçerliliği ve Güvenirliliği

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği tam ve doğru şekilde başka bir özellikle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (Tavşancıl, 2010). Bir başka deyişle geçerlilik, kuramsal bilgilerin ve gözlenebilir kanıtların geliştirilen test veya ölçek puanlarını doğrulamasıdır. Geçerlilik süreci ise yapılan test/ölçek yorumlarının geçerli ve güçlü bir bilimsel temele sahip olduğu konusunda kanıtlar toplamaktır (Şencan, 2005). Bilim felsefesi tartışmalarında öteden beri var olan en önemli ikilemlerden birisi tümdengelim ve tüme varım yöntemlerinin öncelikleridir. Bilindiği gibi tüme varım yöntemi bilginin elde edilmesinde temel hareket noktasının deneyim olduğu fikrini esas almaktadır. Buna göre bilimsel faaliyetler doğadaki olayların incelenmesiyle başlar sonra genellemelerle devam eden bir dizi faaliyetle sürer. Burada önemli olan dış dünyadaki gerçekliğin neler sunduğunu iyi bir şekilde gözlemleyebilmektir. Araştırmacı doğru yöntemleri kullanarak dikkatli bir şekilde gözlemlerini bir araya getirdiğinde bir genellemeye doğru gider ve sonunda genellenebilir bir önermeye ulaşmayı hedefler (Şimşek, 2007). Bu durumun en genel örneği ‘Tüm kuğular beyazdır’ şeklindeki genellenebilir önermedir. Araştırmacı belli bir gözlem sayısına ulaştıktan sonra böyle bir önermede bulunabilir. Ancak burada asıl sorun gözlem sayısıdır. Çünkü teorik olarak hiçbir sayıdaki gözlem tüm kuğuların beyaz olduğu garantisini vermez. İşte burada önemli olan temel nokta araştırmacının gözlem yapmaya başlamadan önce zaten önceden varolan bir takım genellemelere dayanmasıdır. Yani araştırmacının elinde bazı önermeler olmalıdır. Gözlem ancak bu önermelerin doğru olup olmadıklarının belirlenmesi aşamasında devreye girer. Bu yüzden Kant tüm düşünce etkinliklerinin kavramlara dayalı

olduğunu göstermiştir. Kant'a göre "kavramsız algı boş, algısız kavram ise kördür" Belirgin olarak Kant'tan bu yana ağırlığını hissettirmeye başlayan ve günümüzde özellikle sosyal bilimlerde hakimiyetini her geçen gün artıran yapılandırmacı yaklaşımı destekleyen tümden gelimci yaklaşım ağırlığını hissettirmeye başlamıştır. Örneğin daha önce belirtilen örnekte araştırmacını kuğulara ilişkin bir yargıya varabilmesi için öncelikle belli kavramlara (beyaz gibi) sahip olması gerekmektedir. Yani araştırma bir genelleme etkinliğiyle başlar. Bu genellemeler daha üst düzeydeki genellemelere doğru ilerler ve sonunda teori ya da kuram dediğimiz üst düzey yapılar ortaya çıkar (Şimşek, 2007). Bundan dolayı ölçek geliştirme çalışmalarında araştırmacı genellemelerden yola çıkılabileceği gibi genellemelerden daha üst düzey yapılar olan teori veya kuramları temel alarak yola çıktığında bilimsel olarak daha üst düzey ve spesifik sonuçlara ulaşmış olur. Bu nedenle Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği'nin bir teori üzerine temellendirilmesi amaçlanmıştır. Yapılan literatür taramasında ise Hemşire kuramcılar incelenmiş; Kadın Doğum Hemşireliği'nde sık kullanılan ve holistik hemşirelik değerlendirmesini benimseyen Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin teorik yapısına oturtulmasına uygun olduğu belirlenmiştir.

Ölçeklerin geçerlilik incelemelerinde; içerik/kapsam geçerliliği, kriter/ölçüt geçerliliği ve yapısal geçerlilik yöntemleri kullanılmaktadır (Şencan, 2005; Tavşancıl 2010; Büyüköztürk 2012). DEÖ geliştirme aşamasında mevcut literatür incelenerek tüm geçerlilik yöntemleri kullanılmıştır.

Ölçek için kapsam geçerliliği sağlamada, öncelikle incelenecek değişkenin özgül boyutlarını kapsayan bir ayrıntılı taslak ve kalıp hazırlanmalıdır. Daha sonra araştırmacı, incelemenin alanını kapsayacak olan maddelerin yapısını, içeriğini ve nasıl oluşturulacağını iyice belirlemeli ve her bir özel boyut içine uygun maddeleri yerleştirmelidir (Erefe, 2002). DEÖ ölçeğinin geliştirilmesi aşamasında uzman görüşüne sunulmadan önce taslak ölçekte yer alacak maddelerin kapsamı Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre belirlenmiş ve 129 madde temel olarak, Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi Örüntüsü, Beslenme ve Metabolik Örüntü, Boşaltım Örüntüsü, Aktivite-Egzersiz Örüntüsü, Bilişsel-Algisal Örüntü, Uyku-Dinlenme Örüntüsü, Kendini Algılama-Benlik Kavramı Örüntüsü, Rol-İlişki Örüntüsü, Cinsellik-Üreme Örüntüsü, Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü,

Değer-İnanç Örüntüsü teorik alanlarına dayandırılmıştır. DEÖ geçerliliğini sınamak amacıyla kapsam, yapı ve birleşen geçerliliğine bakılmıştır. Hazırlanan madde havuzu içerik ve kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere konu ile ilgili uzman görüşüne sunulmuş ve Kapsam Geçerlik İndeksi- KGİ (Content Validity Index = CVI) ile maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman sayısının ise minimum 5 maksimum 40 arasında olması önerilmektedir (Alpar 2010). Araştırmada 15 uzmanın görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması literatürle paralellik göstermektedir. Değerlendirme hem madde hem de toplam ölçek boyutunda yapılabilmektedir (Talbot 1995; Burns and Grove 1997; Erefe 2002; Wynd ve ark 2003; Polit ve Beck 2006). Lynn (1986) KGİ değerinin en az 0,83 olması gerektiğini belirtmiştir. Polit ve Beck (2006) ise bu oranı 0,80 olarak bildirmiştir. Buna göre değerlendirme sonucunda DEÖ içerik geçerlilik oranları Lawshe tekniğine göre madde düzeyinde 0,73 ile 1,00 arasında değişen toplamda 63 madde elde edilmiş; toplam ölçek düzeyinde ise KGO=0,88 çıkmış elde edilen oranların literatüre göre ölçeğin yeterli kapsam geçerliliğine sahip olduğunu göstermiştir .

Kullanılan bir ölçeğe faktör analizi yapıp yapılamayacağı ve verilerin uygunluğu Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testi ile değerlendirilmektedir.

KMO testi, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmektedir. KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması beklenmekte 0,80-0,90 aralığı ise çok iyi olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Çalışmada KMO değeri 0,92 olup, faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğü yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Faktör analizi yapabilmeyen bir diğer şartı evrendeki dağılımın normal olmasıdır. Verilerin çok değişkenli ve normal dağılımdan geldiği Barlett testi ile belirlenmektedir. Başka bir deyişle Barlett testi "korelasyon matrisi birim matrise eşittir hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1,00'den farklı olduğu anlamına gelmekte ve ölçüm yaptığımız değişkenin evren parametresinde çok değişkenli olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucu ne kadar yüksekse anlamlı olma olasılığı da o kadar yüksektir (Şencan 2005, Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). DEÖ'ne ait Barlett testi sonucu ise 8000,84

($p=0,000$) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, verilerin faktör analizi yapabilmek için uygun olduğu söylenebilir (Tablo 6.9).

DEÖ yapı geçerliliği faktör analizi ile test edilmiştir. Yapı, birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (Ercan ve Kan 2004). Yapısal geçerlilik ise ölçekte yer alan maddelerinin ölçülmek istenen soyut bir kavramı, boyutu, faktörü doğru bir şekilde ölçme derecesini gösterir. Yapı geçerliliğini incelemek için faktör analizi yöntemi kullanılır. Davranış bilimlerinde faktör analizi, ölçekte yer alan maddelerin hangi yapı ya da yapıları ölçtüğünü ortaya çıkarmak amacıyla uygulanır. Bu yapılar ölçeğin faktörleri olarak tanımlanır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) (Confirmatory Factor Analysis: CFA), ölçme modellerinin geliştirilmesinde sık kullanılan bir analiz yöntemidir. Bu yöntem, önceden oluşturulan bir model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden yola çıkarak gizil değişken oluşturmaya yönelik bir işlemdir (Aytaç ve Öngen, 2012).

DFA genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde kullanılmakta veya önceden belirlenmiş bir yapının doğrulanmasını amaçlamaktadır (Bayram, 2010). DFA'da ilk aşama, modelin belirlenmesidir. Doğrulayıcı faktör modelinde ortak faktörlerin ve gözlenen değişkenlerin sayıları, özgün faktörler arasındaki varyans ve kovaryans arasındaki ilişki, ortak faktörler arasındaki ilişki, gözlenen ve ortak faktörler arasındaki ilişkilerin belirtilmesi gerekir. DFA bir hipotez testidir. Bu analizin temelinde kuramsal bilgiye dayalı belirlediği gözlem değişkenlerinin gizil faktörlere, ayrıca gizil faktörlerinde kendi aralarında birbirleriyle ilişkili olduğunu açıklamaya çalışan yöntemdir (Şencan, 2005). DEÖ'de gözlem değişkenlerin gizil faktörleri, gizil faktörlerin de kendi aralarında birbirleriyle istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) olduğu gözlenmiştir (Tablo 6.11, tablo 6.12, tablo 6.13).

Bu aşamada araştırmacılar teorik bir temele dayanan modeli oluşturmaktadırlar (Konak, 2010). DFA'da model tanımlanırken modeldeki faktörler gözlenemez ve içsel ölçeklere sahip olmadıkları için her bir modele ait tek bir çözüm bulunmaktadır. Bu nedenle faktörler kendilerine has ölçeklerle ölçülmektedir. Model tanımlanması oluşturulduktan sonra; faktör yükleri, faktör

korelasyonu ve ölçüm hata varyansı tahmin edilir. Ana kütle parametreleri tahmin aşamasında örnek veriler kullanılarak tahmin edilmektedir. Modeli tanımlarken tek tek bütün parametrelerin tanımlanması gerekmektedir (Aytaç ve Öngen, 2012). Doğrulayıcı Faktör Modelinde; ölçüm modelinde tahmin edilen her bir parametrenin, tahmin edilen varyans – kovaryans matrisi ile örneklem varyans-kovaryans matrisiyle mümkün olduğunca yakın değerlerin tahmini amaçlanmaktadır (Tablo 6.12). Doğrulayıcı Faktör Modelinin tahmininde en çok olabilirlik, genelleştirilmiş en küçük kareler ve ağırlıksız en küçük kareler tahmin yöntemleri kullanılmaktadır. Veriye model uyumunun test edilmesi için çeşitli istatistikler bulunmaktadır. En çok kullanılan istatistikler; Ki-kare istatistiği, SRMR, CFI ve RMSEA sayılabilir. Ki-karenin anlamsız çıkması, RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması, SRMR'nin 0,10'dan küçük olması (Güngör, 2009; Harrington 2009), CFI indisinin 0,8'ya da üstünde olması ölçeğin teorik modele uyumunu gösterir (Schumacker et al., 2010).

Ölçeğin SRMR indisi 0,061, RMSEA indisi 0,059 ve $p=0,000$, CFI indisi ise 0,811 olarak bulunmuştur. Literatür bilgisine dayanılarak bu değerlerin ölçeğin teoriye uyumlu olduğu sonucu çıkarılabilir. Fakat ki-kare değeri anlamlı sonuç vermiştir ve bu durum model veri uyumunun zayıf olduğunu göstermektedir. Bu duruma örneklem büyüklüğünün yüksek olmasının sebep olduğu söylenebilir. Kline (2005) büyük örneklerde Ki-kare istatistiği toplamalı bir istatistik olduğundan değişken sayısı arttıkça yüksek çıkacağından χ^2/sd derecesinden yararlanılması gerektiğini belirtmiştir. Örneklem büyüklüğünün yüksek olmasından ($n=660$) dolayı χ^2/sd değerinden yararlanarak ölçeğin teoriye uyum indisi tekrar değerlendirilmiştir. Büyük örneklerde χ^2/sd oranının 3'ün altında olması mükemmel uyuma, 5'in altında olması orta düzeyde veri uyumuna karşılık geldiği belirtilmiştir (Kline, 2005; Şekercioğlu ve Çokluk, 2010). Ölçekte bu değer 2,4 olarak elde edilmiştir ve modelin çok iyi veri uyumuna işaret ettiği söylenebilir (Tablo 6.11).

Geçerlilik analizlerinde diğer bir yöntem olan ölçüt geçerliliğinde, ölçek puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisi incelenmektedir. Bu yöntem Eşzaman (Benzer ölçek geçerliliği, Uyum geçerliliği, Halihazır geçerlilik)

ve yordama geçerliliği olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Eş zaman geçerliliğinde varsa aynı kavramsal yapıyı ölçen daha önceden geliştirilmiş bir ölçek, böyle bir ölçek yoksa da benzer veya ilgili kavramları ölçen farklı ölçekler kullanılarak geliştirilen ölçekle aralarındaki ilişki pearson/spearman korelasyonu analiziyle incelenmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Çalışmamızda Ölçüt geçerliliğinde eş zaman geçerliliği yöntemi uygulanarak, DEÖ ve FEDÖ arasındaki ilişki pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir. DEÖ ve FEDÖ'nin toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında ileri derecede anlamlı pozitif bir ilişki olduğu ($r=0,741$) ve ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<0,001$) bulunmuştur (Tablo 6.15). Bu değerlere göre DEÖ'nin eş zaman geçerliliğini sağladığı söylenebilir.

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlığının hesaplanmasında günümüzde en sık kullanılan yöntemlerden biri cronbach alfa katsayısıdır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısı ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır (Akgül ve Çevik, 2005). Cronbach alfa katsayısının 1'e yakın olması tercih edilir. Bu değer $< 0,40$ ise güvenilir değil; $0,40-0,59$ arasında ise düşük güvenilikte; $0,60-0,79$ arası oldukça güvenilir; $,80-1.00$ arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Talbot, 1995; Netemeyer et al., 2003; Akgül ve Çevik, 2005). İlk kez geliştirilmiş bir ölçek için güvenilirlik katsayısının $0,70$ yeterli olabilirken olgunlaştırılmış bir ölçek için katsayının $0,80$ 'i aşması istenir (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003).

Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin alt boyut ve Ölçeğin toplamına ait güvenilirlik oranlarını belirlemek üzere Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek alt boyutlarına ait Cronbach Alfa katsayılarının $0,47$ ile $0,79$ arasında değiştiği görülmektedir. Alt boyutların bazılarında elde edilen düşük Cronbach alfa katsayılarının alt boyutlardaki madde sayılarının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim, literatürde madde sayısı ile Cronbach alfa değeri arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu bilinmektedir (Wells and Wollack, 2003). Bununla birlikte ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri $0,90$ olarak bulunmuş; ilk kez geliştirilen bir ölçeğe göre oldukça yüksek güvenilirliğe sahip olduğu gözlenmiştir. Ek olarak DEÖ'nin iç tutarlılık güvenilirliğini test etmek için ayrıca

Guttman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları da kullanılmıştır. Bu yöntemde güvenilirlik katsayısının en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran, 1996; Baykul, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2002; Şencan, 2005; Büyüköztürk, 2012). Çalışmamızda testin birbirine eşit iki ayrı yarıya ayrılması ile hesaplanan Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları 0,84 olarak bulunmuştur (Tablo 6.16). Guttman ve Spearman-Brown iç tutarlılık katsayıları da ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçek güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutu da uygulanan ölçeğin belli bir aralıkla (2 ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır. Test tekrar test korelasyon katsayısı yeni geliştirilen ölçekler için 0,70 önceden geliştirilmiş ve tekrar kullanılan ölçeklerde ise en az 0,80 olmalıdır (Ereife, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini zaman geçse bile hep aynı şeyi ölçtüğünü göstermektedir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini test edebilmek için 40 kişilik bir gruba aynı test bir ay sonra tekrar uygulanmış ve korelasyonlarına bakılmıştır. Ölçeğin tamamında $r=0,95$ ve alt boyutlarında $r=0,71-0,95$ düzeyleri arasında değişim gösteren pozitif yönde ileri derecede doğrusal ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,000$) (Tablo 6.17).

Sonuç olarak; DEÖ'nin Cronbach alpha, Spearman Brown ve Guttman güvenilirlik katsayılarının, kapsam geçerlilik oranının, yapı geçerlilik oranının, içerik geçerlilik oranının; birleşen geçerliliğinin ve test tekrar test tekniği analiz sonuçlarının bir bütün olarak değerlendirildiğinde dismenoreli kadınların değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır.

DEÖ değer ve inanç alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. 18-19 yaş ve 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalaması 22-23 yaş ve 24-25 yaş katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19). Bunun nedeninin yaşla birlikte üniversite eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak dismenoreye ilişkin bakış açısının ve baş etme mekanizmalarının gelişmesi sebebiyle olduğu düşünülebilir. Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe dismenore

prevelansının düştüğü eğitilmiş kadınların dismenore ile baş etme mekanizmalarının daha iyi olduğuna dair bulgular sonucumuzu destekler niteliktedir (Gagua et al., 2012; Reeder et al., 1997).

DEÖ cinsellik alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalamasının 22-23 yaş katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 6.19). Adölesan dönemi kapsayan 20-21 yaşlarında cinsel, fiziksel ve ruhsal gelişimin tamamlanarak, cinsel özellikler gelişmeye başladığı için kendini ve dünyayı keşfetme isteği olan adölesanların dismenoreden daha fazla etkilenmesi şaşırtıcı değildir.

DEÖ genel ve sağlığı algılama ve yönetim; boşaltım, kendini algılama ve benlik kavramı; aktivite ve egzersiz; rol ve ilişki; beslenme ve metabolik örüntü; bilişsel ve algısal örüntü ve değer ve inanç, rol ve ilişkiler, uyku ve dinlenme, alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür (Tablo 6.19). Ağrı kesici kullananların puan ortalamaları ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ağrı kesici kullanımı ağrı nedeniyle hissedilen rahatsızlığın sonucudur. Bu durumda ağrı nedeniyle ağrı kesici kullanmayı gerektirecek kadar hissedilen rahatsızlığın olması kişilerarası ilişkileri, uyku kalitesini, sağlığı, algılamayı ve diğer boyutları daha fazla olumsuz etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca benzer şekilde FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarında da ağrı kesici kullananların puan ortalaması kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.28). Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının TAT kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, TAT kullananların puan ortalamasının kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.19). TAT kullanımı ağrı nedeniyle hissedilen rahatsızlığın sonucudur. Bu durumda ağrı nedeniyle TAT kullanmayı gerektirecek kadar hissedilen rahatsızlığın olması kişilerarası ilişkileri, uyku kalitesini, sağlığı, algılamayı ve aktiviteyi daha fazla olumsuz etkilemesi beklenen

bir sonuçtur. Ayrıca benzer şekilde FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarında da TAT kullananların puan ortalaması kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.28). Benzer şekilde çoklu regresyon analizi sonuçlarında (Tablo 6.44) bulgularımızı destekler niteliktedir.

DEÖ rol ve ilişki uyku dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.19). Dismenorenin doktora gitmeyi gerektirecek düzeyde rahatsızlık hissettirmesinin kişiler arası ilişkileri, uyku kalitesini, algılamayı, aktivite ve boşaltım örüntülerini daha fazla olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Ayrıca benzer şekilde FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarında da doktora başvuranların puan ortalaması başvurmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.28). Bu sonuçta bulgularımızı destekler niteliktedir.

DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, 1 ve 2. sınıftakilerin puan ortalamasının 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. DEÖ uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. 2. sınıftakilerin puan ortalamasının 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. DEÖ kendini algılama, aktivite ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. 2. sınıftakilerin puan ortalamasının 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Görüldüğü gibi DEÖ ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların çoğunluğunun sınıf düzeyi yükseldikçe düştüğü bulunmuştur (Tablo 6.19). Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe dismenore prevalansının düştüğüne dair bulgular vardır (Gagua et al., 2012; Reeder et al., 1997). Bu durumda eğitimin düzeyinin yükselmesiyle birlikte baş etme mekanizmalarının gelişmesine paralel olarak üst sınıftakilerin dismenoreden daha az etkilendiği düşünülebilir. Ayrıca benzer şekilde FEDÖ

Fonksiyonel boyut puanlarının sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış 2. sınıftakilerin puanlarının 4. Sınıftakilerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 2. sınıftakilerin fonksiyonel olarak dismenoreden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (Tablo 6.28). Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEÖ sağlığı algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Ebelik, PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEÖ boşaltım alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEÖ kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Ebelik bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19). Bulgular incelendiğinde bölümler arası bazı alt boyutlardaki puan farklılıkları dikkat çekmektedir. Ağrı spesifik ve elementer bir durumdan ibaret değildir. Ağrı algısının yaşanmasına psişik faktörlerde rol oynar. Ağrı bireyler ve kültürler arasında yaygın bir değişim gösterir. Ayrıca ağrı algısını eğitimin etkilediği de bilinmektedir. Tüm insanların aynı duyuşsal ağrı eşiğine sahip oldukları bilinmektedir, ancak kültürel değerlere bağılı olarak bazıları ağrıya dayanırken, bazıları ağrı şikayetini fiziksel ve davranışsal ipuçlarıyla ortaya koyabilirler. Farklı kültür ve eğitim düzeylerinde ağrı algısı da değişmektedir. Kapı kontrol teorisine göre bir kişinin ağrı algısı ve ağrı toleransı kişisel ve psikososyal faktörlerden etkilenir. Bireylerin dört yıl öğrenim gördükleri farklı bölümlerin mevcut psikososyal faktörlerden biri olduğu ve kişiyi etkilediği düşünöldüğünde dismenore etkilenmişlik ölçeğinden alınan puanların bölümlere göre farklılık göstermesi şaşkırtıcı değildir. Ayrıca benzer şekilde FEDÖ'ndeki fonksiyonel

boyut ve toplam puanlarında bölümlere göre farklılık göstermesi bulgularımızı destekler niteliktedir (Tablo 6.28).

7.3. FEDÖ Geçerlilik ve Güvenirliliği

Ölçeğin çeviri-geri çeviri süreci tamamlandıktan sonra kapsam geçerliliğini belirlemek için alınan uzman görüşleri hem madde düzeyinde hem de ölçek düzeyinde değerlendirilmiştir. Çevirisi yapılan ölçek içerik ve kapsam geçerliliğini değerlendirmek üzere konu ile ilgili uzman görüşüne sunulmuş ve Kapsam Geçerlik İndeksi- KGİ (Content Validity Index = CVI) ile maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman sayısının ise minimum 5 maksimum 40 arasında olması önerilmektedir (Alpar, 2010). Araştırmada 15 uzmanın görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması literatürle paralellik göstermektedir. Değerlendirme hem madde hem de toplam ölçek boyutunda yapılabilmektedir (Talbot, 1995; Burns ve Grove, 1997; Erefe 2002; Wynd ve ark., 2003; Polit ve Beck, 2006). Lynn (1986) KGİ değerinin en az 0,83 olması gerektiğini belirtmiştir. Polit ve Beck (2006) ise bu oranı 0,80 olarak bildirmiştir. Buna göre değerlendirme sonucunda FEDÖ içerik geçerlilik oranları madde düzeyinde 0,87 ile 1,00 arasında değişen 14 madde; toplam ölçek düzeyinde ise KGO=0,93 çıkmış elde edilen oranların literatüre göre ölçeğin yeterli kapsam geçerliliğine sahip olduğunu göstermiştir.

Kullanılan bir ölçeğe faktör analizi yapıp yapılamayacağı ve verilerin uygunluğu Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testi ile değerlendirilmektedir.

KMO testi, dağılımın faktör analizi için yeterli olup olmadığını test etmektedir. KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olması beklenmekte 0,80-0,90 aralığı ise çok iyi olarak değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2010, Büyüköztürk, 2012). Çalışmada KMO değeri 0,92 olup, faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğü yeterliliğinin çok iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Faktör analizi yapabilmenin bir diğer şartı evrendeki dağılımın normal olmasıdır. Verilerin çok değişkenli ve normal dağılımdan geldiği Barlett testi ile belirlenmektedir. Başka bir deyişle Barlett testi "korelasyon matrisi birim matrise eşittir hipotezini test etmektedir. Hipotezin reddedilmesi değişkenler arasında korelasyonun 1,00'den

farklı olduğu anlamına gelmekte ve ölçüm yaptığımız değişkenin evren parametresinde çok değişkenli olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucu ne kadar yüksekse anlamlı olma olasılığı da o kadar yüksektir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). FEDÖ'ne ait Barlett testi sonucu ise 5200,17 ($p=0,000$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.20). Bu sonuca göre, verilerin faktör analizi yapabilmek için uygun olduğu söylenebilir.

FEDÖ yapı geçerliliği analizinde açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) (Explanatory Factor Analysis: EFA) ile belirlenen faktörlerin, hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek üzere yararlanılan faktör analizidir. AFA, hangi değişken gruplarının hangi faktör ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmek için kullanılır (Aytaç ve Öngen, 2012). Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra Temel Bileşenler Analizi ve varimax rotasyon (döndürme) yöntemi kullanılarak ölçęđi oluşturan faktör yapısı açıklanmıştır. Döndürme teknikleri arasında Varimax, Quartimax, Equamax ve Promax yöntemleri yer alır (Akgül ve Çevik, 2003; Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010). Faktör sayısına karar vermede özdeğer (eigen value) değerinden yararlanılmaktadır. Özdeğer, hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hemde önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır. Faktör analizinde özdeğer 1 ya da 1'den daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak kabul edilmektedir. Özdeğer artıkça açıklanan varyans oranları da artmaktadır. Faktör analizi sonucunda ulaşılan varyans oranları ne kadar yüksek olursa, ölçęđin faktör yapısının da o kadar güçlü olduğu kabul edilmektedir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010). FEDÖ faktör analizinde Temel Bileşenler Analizi Varimax Döndürme (Rotation) Metodu kullanılmıştır. Gerçekleştirilen faktör analiz sonuçlarına göre Eigen değer (özdeğer) 1 olarak alındığında iki faktör belirlenmektedir. Buna göre maddelerin genel olarak orjinal ölçekte olduğu gibi faktörlere dağıldığı görülmektedir (Li et al., 2012). Bu iki faktörün toplam varyansın %59,94'ünü açıkladığı görülmektedir (Tablo 6.21, 6.22). Li ve ark. (2012) araştırmalarında toplam varyansın %59,89'unu açıkladığı bulmuştur. Literatüre göre bu sonuçlar elde edilen varyans oranının ideal düzeyde olduğunu ve orijinal araştırmayla benzer sonuçlar içerdiğini göstermektedir.

Geçerlilik analizlerinde diğerk bir yöntem olan ölçüt geçerliliğinde, ölçek puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisi incelenmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Araştırmada ölçüt geçerliliğinde Eş Zaman Geçerliliği yöntemi uygulanarak, DEÖ ve FEDÖ arasındaki ilişki pearson korelasyonu ile değerlendirilmiştir. DEÖ ve FEDÖ'nin toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında ileri derecede anlamlı pozitif bir ilişki ($r=0,741$) ve ilişkinin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo 6.15). Bu değerlere göre FEDÖ'nin eş zaman geçerliliğini sağladığı söylenebilir.

Li ve ark. (2012) FEDÖ Fonksiyonel boyut güvenilirliğini 0,90, Emosyonel boyutu ise 0,86 olarak bulmuştur. Araştırmamızda benzer şekilde FEDÖ'nin Fonksiyonel boyutu 0,89 emosyonel boyutu ise 0,84 olarak bulunmuştur. Orijinal araştırmayla benzer şekilde fonksiyonel boyutun emosyonel boyuttan daha yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca ölçeğin toplam ölçeğe ait alfa değerinin 0,91 olduğu bulunmuş olup güvenilirliği yüksek bir ölçek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca orjinal ölçekten farklı olarak Spearman Brown ve Guttman katsayılarına bakılmış ve 0,80 olarak bulunmuştur. Bu değerler de ölçeğin güvenilir olduğunu destekler niteliktedir (Tablo 6.24).

Madde analizleri iç tutarlılık analizlerinde kullanılan yöntemlerden biridir. Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır. Madde analizleri (Madde toplam, madde kalan ve madde ayırtedicilik), test maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Başka bir deyişle madde toplam korelasyonu, ölçekte yer alan maddelerin ölçmek istediği yapıyı temsil etme derecelerini belirlemek amacıyla, o grubu oluşturan maddelerin her birinin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının (Madde kalan, corrected item total correlation) belirlenmesi işlemidir. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koyar Madde ayırt edicilik ise ölçekten alınan toplam puanlara göre grubun en yüksek

puandan en düşük puana göre sıralandığında uç grupların her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılması analizidir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Likert tipi derecelendirme ölçeklerinin kullanıldığı bir testte madde toplam korelasyonu, Pearson Momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanır.

Literatürde madde korelasyon katsayısı 0,20'nin altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005). Ayrıca madde toplamda sonuçların istatistiksel açıdan minimum $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olması beklenmektedir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010). FEDÖ maddelerine ait düzeltilmiş madde-toplam madde korelasyonları hesaplanmıştır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları hesaplanırken maddenin kendisi toplam puandan çıkartılmaktadır. Bu değerler her madde için hesaplanırken ölçeğin tamamı ve maddenin bulunduğu alt boyut için birer defa olmak üzere iki defa hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre, ölçeğin tamamı için düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının 0,376 ile 0,735 arasında değiştiği görülmektedir. Fonksiyonel boyut için 0,403 ile 0,753 arasında, emosyonel boyut için ise 0,350 ile 0,703 arasında değiştiği görülmektedir. Madde toplam, madde kalan ve madde ayır ediciliğe bakıldığında değerlerin istatistiksel olarak $p = 0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmüş (Tablo 6.25); bu nedenle tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Bu bulgular literatür ışığında değerlendirildiğinde maddelerin buldukları alt boyut ve ölçeğin tamamı ile aynı kavramı ölçmeye yönelik tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Ölçek güvenirlik çalışmasının bir başka boyutu da uygulanan ölçeğin belli bir aralıkla (2 ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır. Test tekrar test korelasyon katsayısı yeni geliştirilen ölçekler için 0,70 önceden geliştirilmiş ve tekrar kullanılan ölçeklerde ise en az 0,80 olmalıdır (Tezbaşaran, 1996; Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010; Büyüköztürk, 2012). Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği ve alt boyutlarından elde edilen test-tekrar test korelasyon sonuçlarına göre FEDÖ

ölçeğinin zamana göre kararlı ölçümler verdiği ($r=0,968$, $p=0,000$) (Tablo 6.26); diğer bir ifadeyle FEDÖ'nün güvenilir olduğunu göstermektedir.

Özetle mevcut araştırmada FEDÖ'nin güvenilirlik sonuçları oldukça tatmin edici düzeyde bulunmuştur. Cronbach alpha kullanılarak hesaplanan güvenilirlik katsayısının, kapsam geçerlilik oranının, madde toplam korelasyon katsayılarının hem de test tekrar test korelasyon katsayılarının, temel birleşenler analizinin, oldukça yüksek değerlerde olması FEDÖ'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu kanıtlamaktadır.

FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının ağrı kesici ve TAT kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, Ağrı kesici ve TAT kullananların puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.28). Ağrı kesici ve TAT kullanımı ağrı nedeniyle hissedilen rahatsızlığın sonucudur. Bu durumda ağrı nedeniyle TAT veya ağrı kesici kullanmayı gerektirecek kadar hissedilen rahatsızlığın olması kişinin fonksiyonel ve emosyonel yönlerinde olumsuz etkilemesine neden olabilir. Ayrıca benzer şekilde DEÖ'nin bazı alt boyut ve toplam puanlarında da TAT ve ağrı kesici kullananların puan ortalaması kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19). Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının dismenore nedeniyle doktora başvurma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamasının doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 6.28). Dismenorenin doktora gitmeyi gerektirecek düzeyde rahatsızlık hissettirmesinin kişinin fonksiyonel ve emosyonel durumlarını olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Ayrıca benzer şekilde DEÖ'nin bazı alt boyut ve toplam puanlarında da doktora başvuranların puan ortalaması başvurmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.19). Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

FEDÖ Fonksiyonel boyut puanlarının sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış 2. sınıftakilerin puanlarının 4. Sınıftakilerden

anlamli düzeyde daha yuiksek olduğu gözlenmiştir. 2. sınıftakilerin fonksiyonel olarak dismenoreden daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (Tablo 6.28). Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe dismenore prevalansının düştüğüne dair bulgular vardır (Gagua et al., 2012; Reeder et al., 1997). Bu durumda eğitimin düzeyinin yükselmesiyle birlikte baş etme mekanizmalarının gelişmesine paralel olarak üst sınıftakilerin dismenoreden daha az etkilendiği dşnlebilir. Ayrıca benzer şekilde DE rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, kendini algılama, aktivite ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının sınıflara göre anlamli farklılık gösterdiği bulunmuştur (tablo 6.19). Bu sonuç bulgularımızı destekler niteliktedir.

FED Fonksiyonel boyut ve toplam puanlarının bölüme göre istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği saptanmış olup, PDR bölümü fonksiyonel boyut ve toplam puanlarının Ebelik bölümünden anlamli düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.28). DE'nde ise rol ve ilişki, sağlığı algılama, kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamli farklılık gösterdiği grlmştir. Bulgular incelendiğinde benzer şekilde DE'ndeki gibi bölümler arası puan farklılıkları dikkat çekmektedir (Tablo 6.19).

7.4. Katılımcıların Tanıtıcı ve Sosyo-Demografik zelliklerinin Dismenore ile Karşılaştırılması

Araştırmamızda dismenore başlama zamanı ve ilk dismenore yaşama zamanı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamli fark yokken ($p=0,062$);($p=0,757$) dismeore süresi ile ağrı şiddeti arasındaki fark anlamli bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 6.29, Tablo 6.30, Tablo 6.31). Bu durumun bireylerin ağrı algısı ile ağrının başlama zamanı ve ilk ağrı yaşama zamanının birbirinden bağımsız olduğunu fakat ağrı süresinin uzamasına paralel olarak ağrıyı algılama düzeyinde arttığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda dismenore nedeniyle doktor başvurusu yapanlarda şiddetli ağrı oranı oldukça fazla olmakla birlikte aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamli bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 6.32). Bu durumun ağrı şiddetinin artmasıyla birlikte kadınların başetme mekanizmalarının yetersiz kaldığı bu yüzden doktora başvurmak zorunda kaldığını düşündürmektedir. Bulgularımız Potur ve ark. (2013) ile akır ve ark. (2007) bulgularıyla uyumludur.

Araştırmamızda sigara kullananlarda ağrı düzeyi %3,4 oranında zayıf, %58,6 orta, %37,9 oranında şiddetliken, sigara kullanmayan hastalarda %16,0 oranında zayıf, %54,4 orta ve %29,6 oranında şiddetlidir. Sigara kullananlarda kullanmayanlara oranla şiddetli ağrı oranı oldukça fazla bulunmasına rağmen farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,169$) (Tablo 6.33). Farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmamasının sebebi sigara kullanan sayısının yetersiz olmasıdır. Bulgularımız Potur ve ark. (2013), Tavallae ve ark. (2011), Wong (2011), Gagua ve ark. (2013) bulgularını destekler niteliktedir. Fakat sigara kullanımı ile dismenore arasında ilişki olduğunu bildiren Özerdoğan ve ark. (2009); Ünsal ve ark. (2010); Grandi ve ark. (2012); Gagua ve ark. (2012) bulguları ile farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda alkol kullanmayanlarda ağrı düzeyi zayıf olanların oranı kullananlara göre daha fazla iken farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,340$) (Tablo 6.34). Parazzini ve ark. (1994) çalışmasına göre de, alkol içmeyen kadınlarla, haftada 1-7 bardak içen kadınlar karşılaştırılmış ve alkol kullananların hafif derecede dismenore yaşadıkları saptanmıştır. Ancak haftada 7 bardaktan fazla şarap içenlerde, dismenore şiddetinin daha az oranda yaşandığı da belirlenmiştir. Kaba (2007) aktardığına göre bazı araştırmacılar alkolün dismenoreye neden olduğunu ileri sürmüşlerdir. Alkolün depolanmış besinleri tüketmesi ve kas spazmına neden olan karbonhidrat metabolizmasında değişikliğe neden olması olarak belirtilmektedir. Ayrıca alkol karaciğerin fonksiyonlarında bozukluğa neden olacağı östrojen seviyesi artıracığı, dokuların sıvı ve sodyum tutulumunda artış gözleneceği, buna bağlı olarakda menstrüel rahatsızlıkların daha ağır olabileceği bildirilmiştir. Bulgularımız Gagua ve ark. (2013), Grandi ve ark. (2012) bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Alkol kullanımının dismenore üzerine etkisi hala tartışmalıdır.

Araştırmamızda BKİ zayıf olanlarda şiddetli ağrı yaşama oranı BKİ normal ve kilolu olanlara göre daha fazla olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,093$) (Tablo 6.35). Bulgularımız Erdoğan (2013); Kamacı ve ark. (1997); Ünsal ve ark. (2010); Ohde ve ark. (2008), Tavallae ve ark. (2011); Charu ve ark. (2012) bulgularını destekler niteliktedir. Bununla birlikte

Özerdoğan ve ark. (2009); Harlow ve ark. (1996); Kamonsank ve ark. (2004) araştırmalarında dismenore BKI arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır. Araştırma bulgularının çoğu bulgularımızı destekler nitelikte olmasına rağmen bütün araştırma bulguları göz önüne alındığında dismenore ve BKI ilişkisinin hala tartışmalı olduğu düşünölmektedir.

Araştırmamızda arkadaşla beraber veya yalnız yaşayanlarda ağrı düzeyi bakımından şiddetli ağrı yaşama oranı yurttta ve aile ile yaşayanlara kıyasla daha yüksektir (Tablo 6.36). Ağrı düzeyini şiddetli yaşayanların oranı arkadaş yanında yaşayanlarda %36,3 ve yalnız yaşayanlarda %71,4 oranındadır. Farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,017$), (Tablo 6.36). Araştırmalarda menstruasyonla ilgili konuların anne, kız kardeş ve kız arkadaşlarla konuşulduğu bildirilmektedir (Taşcı, 2006; Potur, 2009; Wong, 2011). Ağrının algılanmasında fiziki, psikolojik, çevresel ve sosyal destek gibi multi-faktöriyel etmenlerin karşılıklı etkileşime neden olarak algılama düzeyini değiştirebileceği düşünölmektedir. Bu nedenle kız arkadaş çevresinin daha geniş olduğu kız öğrenci yurtlarında; anne ve/veya kızkardeşin bulunduğu aile ortamında sosyal desteğin daha fazla olmasına bağlı ağrı algısının azaldığı düşünölebilir.

Araştırmamızda düzenli kahvaltı yapanlarda şiddetli ağrı yaşayanların oranı %24,5 iken düzensiz kahvaltı yapanlarda %34,0 oranındadır ($p=0,017$), (Tablo 6.37). Fujiwara ve Nakata (2010) beslenme düzeninin uterin fonksiyonları etkileyebileceğini; kahvaltı öğününü atlayan kadınların dismenore semptomlarını daha şiddetli sergilediklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde Gagua ve ark. (2012) öğün atlama ile dismenore arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Grandi ve ark. (2012) ise kahvaltı alışkanlığı ile dismenore arasında ilişki olmadığını bildirmiştir. Bulgularımız Grandi ve ark. (2012) bulgularıyla farklılık göstermekle birlikte; Fujiwara ve Nakata (2010) ile Gagua ve ark. (2012) bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmamızda katılımcılarda defekasyon sıklığı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 6.38). Fakat defekasyon sıklığı ve ağrı şiddeti arasındaki oransal olarak farklılık dikkat çekicidir. Bu oransal farka göre defekasyon sıklığı azaldıkça ağrı şiddeti artmaktadır. Fujiwara

ve Nakata (2010) defekasyon alışkanlığı hergün olan kadınların haftada 1 kez veya 2-6 kez olanlardan daha az şiddette dismenore yaşadıklarını bulmuştur.

Araştırmamızda düzenli kafein tüketen katılımcılarda ağrı düzeyinde şiddetli ağrı oranı %27,8 iken tüketmeyenlerde %38,0 olarak bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,029$), (Tablo 6.39). Ünsal ve ark. (2010) kafein kullanımı ile dismenore arasında negatif yönlü ilişki bildirmiştir. Özerdoğan ve ark. (2009), Grandi ve ark. (2012), Tavallae ve ark. (2011) kafein kullanımı ile dismenore arasında ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte araştırmamızda dismenore tedavisinde katılımcıların kafein kombinasyonlu analjezik kullanım oranları 2. sıradadır. Araştırma bulgularımız kendi içerisinde birbirini desteklemesine rağmen diğer araştırma sonuçları hem bulgularımızla hem de birbirleriyle farklılık göstermiştir. Bütün araştırma bulguları göz önüne alındığında dismenore ve kafein tüketimi ilişkisinin hala tartışmalı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda beslenme alışkanlığı ve ağrı şiddeti arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir ($p=0,015$), (Tablo 6.40). Karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerde şiddetli ağrı oranı %35,0 iken dengeli beslenenlerde bu oran %23,6 protein ağırlıklı beslenenlerde %25,5'tir (Tablo 6.40). Yağ azaltılmış vejeteryan diyet, özellikle diyet döneminde menstüel ağrıda azalma görülmektedir (Durain, 2004). Nagata ve ark'ı (2005) lifli gıda tüketimi ile menstrüel ağrı arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamışlardır. Özerdoğan ve ark. (2009); Gagua ve ark. (2012) aşırı şeker kullanımı ile dismenore arasında ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Aykut ve ark. (2007) çikolata tüketimi ile dismenore arasında ilişki bulmuşlardır. Bulgularımız araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmamızda annesinde dismenore öyküsü olanlarla olmayanlar arasındaki ağrı şiddeti arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kardeşte dismenore öyküsü ise anlamlı bulunmamıştır ($p=0,923$), ($p=0,591$) (Tablo 6.41, Tablo 6.42). Potur ve ark. (2013) ailede dismenore öyküsü ile dismenore şiddeti arasında ilişki bulmuşlardır. Benzer şekilde Özerdoğan ve ark. (2009); Charu ve ark. (2012); Tavallae ve ark. (2011) araştırmalarında aile öyküsü ve dismenore arasında ilişki bulmuşlardır. Dismenorenin genetik geçiş özelliği bulunmamakla

birlikte, menstrüel şikayetleri olan annelerin kızlarında da, menstrüel semptomların yaşandığı belirlenmiştir. Bu sonucun görsel öğrenme davranışı sonucunda geliştiği bildirilmektedir (Çıtak, 2001). Çıtak (2001) dismenore yaşayanların %57,9'unun ailesinde dismenore öyküsü olduğunu; Kaba (2007) katılımcıların %10'unun annesinde, kızkardeşlerin ise %42,5'inde dismenore yaşadığını saptamıştır. Bulgularımız literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Araştırmamızda menstruasyon süresinin artması, TAT kullanımının azalması ağrı şiddetinin artmasında etkili olan faktörler olarak bulunmuştur (Tablo 6.44). Potur ve ark. (2013) menstruasyon süresinin dismenore şiddetiyle ilişkili olmadığını; buna karşın dismenore şiddeti arttıkça non-farmakolojik tedavi kullanımında arttığını bildirmişlerdir. TAT kullanımı konusunda bulgularımız Potur ve ark.(2013) bulgularıyla paralellik gösterirken menstruasyon süresi ve dismenore şiddeti bulgularıyla farklılık göstermiştir. Jang ve ark. (2013); Santina ve ark. (2012) dismenore ile menstruasyon süresi arasında ilişki belirtirken; Komonsank ve ark. (2004) mensruasyon süresinin artmasıyla dismenore şiddetinde anlamlı seviyede arttığını bildirmişlerdir. Bulgularımız Jang ve ark. (2013); Santina ve ark. (2012); Komonsank ve ark. (2004) bulgularını desteklemektedir.

8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

1. DEÖ geliştirme sürecinde geçerlik analizlerinden, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği; ölçüt geçerliliği; güvenirlik analizlerinden ise Chronbach alfa (0,90), Spearman Brown, Guttman analizleri ve test-tekrar test yöntemleri kullanılarak DEÖ değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlara göre DEÖ'nin primer dismenore yaşayan kadınların holistik değerlendirilmesini sağlayan güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. **Bu sonuca göre ‘Dismenore Etkilenmişlik Ölçeği primer dismenorenin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?’ araştırma sorusunun yanıtı alınmış bulunmaktadır.**

2. DEÖ ölçeği değer ve İnanç alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; 18-19 yaş ve 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalamasının 22-23 yaş ve 24-25 yaş katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

3. DEÖ cinsellik alt boyut puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ; 20-21 yaş grubu katılımcıların puan ortalamasının 22-23 yaş grubu katılımcıların puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4. DEÖ rol ve ilişkiler, uyku ve dinlenme, alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, ağrı kesici kullananların puan ortalamalarının ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5. DEÖ sağlığı algılama ve yönetim; boşaltım, kendini algılama ve benlik kavramı; aktivite ve egzersiz; rol ve ilişki; beslenme ve metabolik örüntü; bilişsel ve algısal örüntü ve değer ve inanç alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı kesici kullananların puan ortalamalarının ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur .

6. DEÖ genel puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı kesici kullananların puan ortalamasının ağrı kesici kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

7. DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının TAT kullanma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; TAT kullananların puan ortalamasının kullanmayanların puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

8. DEÖ Rol alt boyut puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamasının ağrı nedeniyle doktora gidemeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

9. DEÖ uyku dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, aktivite egzersiz alt boyut puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamalarının ağrı nedeniyle doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

10. DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; 1 ve 2. sınıftakilerin puan ortalaması 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

11. DEÖ uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; 2. sınıftakilerin puan ortalamasının 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

12. DEÖ kendini algılama, aktivite ve egzersiz alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; 2. sınıftakilerin puan ortalamasının 4. sınıftakilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

13. DEÖ rol ve ilişki alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalamasının Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

14. DEÖ sağlığı algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; Ebelik, PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalaması Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

15. DEÖ boşaltım alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalamasının Sosyoloji bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

16. DEÖ kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; PDR ve Hemşirelik bölümündekilerin puan ortalamasının Ebelik bölümündekilerin puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

17. DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama ve yönetim, boşaltım, Kendini algılama ve benlik kavramı, Beslenme ve metabolik örüntü, bilişsel ve algısal örüntü, Başetme stres alt boyutları ile genel ölçek puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

18. DEÖ cinsellik ve üreme alt boyut puan ortalamalarının ağrı kesici kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

19. DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme; sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama alt boyut puan ortalamalarının ağrı şiddetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür

20. DEÖ rol ve ilişki, uyku ve dinlenme, sağlığı algılama, boşaltım, kendini algılama, alt boyut puan ortalamalarının adet gün sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür

21. DEÖ sağlığı algılama, boşaltım alt boyut puan ortalamalarının sınıfına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

22. DEÖ uyku ve dinlenme alt boyut puan ortalamalarının bölümüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür

23. FEDÖ Türkçe adaptasyon sürecinde geçerlik analizlerinden, kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği; ölçüt geçerliliği, güvenilirlik analizlerinden ise Chronbach alfa (0,91), Spearman Brown, Guttman analizleri ve test-tekrar test yöntemleri kullanılarak FEDÖ değerlendirilmiş ve elde edilen sonuçlara göre FEDÖ'nin primer dismenore yaşayan kadınların holistik değerlendirilmesini sağlayan güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu sonucuna varılmıştır. **Bu sonuca göre Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?" araştırma sorusunun yanıtı alınmış bulunmaktadır.**

24. FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının yaş gruplarına, ağrı şiddetine; menstruasyon süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

25. FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının ağrı kesici ve TAT kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; Ağrı kesici ve TAT kullananların puanlarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

26. FEDÖ'nin alt boyut ve toplam puanlarının dismenore nedeniyle doktora başvurma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; ağrı nedeniyle doktora gidenlerin puan ortalamasının doktora gitmeyenlerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur

27. FEDÖ fonksiyonel boyut puanlarının sınıfa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmış olup 2. sınıf puanlarının 4. sınıflardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Emosyonel boyut ve toplam puanlarının ise sınıfa göre anlamlılık göstermediği belirlenmiştir.

28. FEDÖ fonksiyonel boyut ve toplam puanlarının bölüme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; PDR bölümü fonksiyonel boyut ve toplam puanlarının ebelik bölümünden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Emosyonel boyut puanları ise bölüme göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir.

29. İlk dismenore yaşama zamanı, dismenore başlama zamanı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, BKİ, defekasyon sıklığı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

30. Dismenore nedeniyle doktora başvuranların başvurmayanlara oranla; yalnız ve arkadaşlarıyla kalanların ailesiyle ve yurttan kalanlara oranla, düzenli kahvaltı yapmayanların yapanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ağrı hissettikleri saptanmıştır.

31. Düzenli kafein tüketmeyenlerin tüketenlere oranla; ailesinde dismenore öyküsü olanların olmayanlara oranla, karbonhidrat ağırlıklı beslenenlerin diğer beslenme türlerini tercih edenlere oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek ağrı hissettikleri saptanmıştır. **29,30 ve 31. Sonuçlara göre Primer dismenoresi olanlarda sosyo-demografik değişkenler ile dismenore şiddeti arasında ilişki var mıdır? Sorusunun cevabı yanıtlanmış bulunmaktadır.**

8.2.Öneriler

1. Dismenoreli kadınların değerlendirilmesinde sadece ağrı şiddetini ölçen GKÖ değil DEÖ ve FEDÖ kullanılarak daha kapsamlı bir bakış açısıyla dismenoreyi değerlendiren daha geniş çapta yeni çalışmalar yapılması,
2. Kadınların yoğun olduğu okul, iş, toplum sağlığı alanlarında, üniversitelerin mediko sosyal birimlerinde, kadın doğum klinik ve polikliniklerinde çalışan hemşireler tarafından, dismenoreli kadınların DEÖ ile değerlendirilmesi ve gerekli hemşirelik bakımının planlanması,
3. Genç kadınlarda en çok yaşanan problem olan menstruel sorunlara ilişkin sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi ve bu konuya yönelik eğitim programları hazırlanması,
4. Sağlık çalışanlarının dismenorenin analjezik kullanımı ve TAT konusunda kanıt temelli yeterli bilgi ve donanıma sahip olması, bunun için gerekli eğitim programlarının düzenlenmesi,

5. Gençlerin beslenme şekli, egzersiz ve defekasyon alışkanlıkları gibi konularda sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye yönelik sağlık hizmeti sunan özel hizmet veren birimlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması;
6. Primer dismenore tanısının konulmasında anamnez önemli olduğundan, dismenoreli genç kadınlarda sağlık personelinin doğru ve detaylı bir şekilde anamnez alması ve standart bir tanılama formu geliştirilmesi,
7. Dismenorenin genç kadınlarda yüksek oranda yaşanan bir sorun olması nedeniyle hemşirelerin dismenorenin azaltılması veya iyileştirilmesinde rol oynayacak alternatif tedavi yöntemleri konusunda daha fazla araştırma yapması,
8. Dismenorenin değerlendirilmesinde dismenore şiddetini etkileyen risk faktörlerinin göz ardı edilmemesi ve bu risk faktörlerini ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik araştırmaların yapılması,
9. Genç kadınlarda yüksek oranda görülen dismenore prevalansına ilişkin ülke çapında araştırmaların yapılması,
10. Genç kadınlara dismenoreyle baş etmek için arkadaş önerisi yerine uzman sağlık personelinden yardım alması konusunda farkındalık sağlanması, bu nedenle gençlere yönelik üreme sağlığını geliştirici eğitim programları düzenlenmesi ve üreme sağlığı ile üreme sağlığını koruyucu, iyileştirici önerilerin ders kitaplarında, basın, internet ve medyada daha fazla yer alması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Abbaspour Z, Rostami M, Najjar S. The effect of exercise on primary dysmenorrhea. *Journal of Research in Health Sciences*. 2006;6:26-31.
2. Abdul-Razzak KK, Ayoub NM, Abu-Taleb AA, Obeidat BA. Influence of dietary intake of dairy products on dysmenorrhea. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2010;36(2):377-383.
3. Agarwal K, Agarwal A. A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls. *Indian Journal of Community Medicine*. 2010;35(1):159-164.
4. Akgül A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri. Emek Ofset., Ankara;2005, s:91-110.
5. Akin MD, Price W, Rodriguez G, Erasala G, Hurley G, Smith RP. Continuous low-level topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *Journal of Reproductive Medicine*. 2004;49(9):739-745.
6. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2001;97(3):343-349.
7. Alpar R. Geçerlilik ve Güvenirlilik. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenirlilik. 1. baskı, Dayay Yayıncılık, Ankara, 2010, s:316-366.
8. Al-Kindi R. Al-Bulushi A. Prevalence and impact of dysmenorrhoea among omani high school students. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2011;11(4):485-491.

9. Ambresin AE, Belanger RE, Chamay C, Berchtold A, Narring F. Body dissatisfaction on top of depressive mood among adolescents with severe dysmenorrhea. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012;25:19-22.
10. Amodei N, Nelson RO. Reactions of dysmenorrheic and nondysmenorrheic women to experimentally induced pain throughout the menstrual cycle. *Journal of Behavioral Medicine*. 1989;12(4):373-385.
11. Apay SE, Arslan S, Akpınar RE, Celebioglu A. Effect of aromatherapy massage on dysmenorrhea in turkish students. *Pain Management Nursing*. 2012;13:236-240.
12. Arısan K. Kadın Hastalıkları. Çeltik Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., İstanbul, 1991, s:287-283.
13. Arslan Özkan İ, Kulakaç Ö. Kadın mahkumlarda genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;14(2):31-38.
14. Atarod Z, Alami S, Bahari M, Hashemi SA, Kianejad A. Prevalence of menstrual disorders and associated factors in high school girls in sari during 2010 to 2011. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2013;23(104):42-49.
15. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2001, s:521-526.
16. 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.
17. Aytaç M, Öngen B. Doğrulayıcı Faktör Analizi İle Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi. *İstatistikçiler Dergisi*. 2012;5:14-22.

18. Baird DT, Cameron ST, Critchley HO, Drudy TA, Howe A, Jones RL, Lea RG, Kelly RW. Prostaglandins and menstruation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1996;70:15-17.
19. Baker FC, Driver HS, Rogers GG, Paiker J, Mitchell D. High nocturnal body temperatures and disturbed sleep in women with primary dysmenorrhea. *American Journal of Physiology*. 1999;277(6):1013-1021.
20. Banikarim C, C MR, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on hispanic female adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000;154:1226-1229.
21. Barnard ND, Scialli AR, Hurlock D, Bertron P. Diet and sex-hormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol*. 2000;95:245-250.
22. Bayram, N. Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Ezgi Kitabevi. Bursa.2009.
23. Baysal N. Primer Dismenorede Transkutaneal Elektriksel Sinir Stimülasyonunun (TENS) Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, 1995, Ankara (Danışman:Doç. Dr. Ayşe Karaduman).
24. Beal MW. Acupuncture and acupressure. Applications to Women's Reproductive Health Care. *Journal of Nurse-Midwifery*. 1999;44(3):217-230.
25. Bitner M, Kattenhorn J, Hatfield C, Gao J, Kellstein D. Efficacy and tolerability of lumiracoxib in the treatment of primary dysmenorrhoea. *International Clin Practice*. 2004;58(4):340-345.

26. Braverman PK, Sondheimer SJ. Menstrual disorders. *Pediatrics in Review*. 1997;18:17-24
27. Bokaie M, Farajkhoda T, and KZ Mojgan. Oral fennel (*Foeniculum vulgare*) drop effect on primary dysmenorrhea: effectiveness of herbal drug. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(2): 216
28. Bullock BL. *Pathophysiology Adaptations and Alterations in Function*. 4. Ed., Lippincott, Philadelphia; 1998, s:1141-1148.
29. Burnett MA, Antao V, Black A. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2005;27(8):765-770.
30. Burns, N. ve Grove, S.K. *The practice of nursing research*. 3.ed. WB Saunders company, Philadelphia, 1997.
31. Busari AO. Menstrual knowledge and health care behavior among adolescent girls in rural, nigeria. *International Journal of Applied Science and Technology*. 2012;2(4);149-154.
32. Büyüköztürk Ş. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. 2002;32:470-483.
33. Büyüköztürk Ş. Testlerin Geçerlilik ve Güvenirliliğinde Kullanılan Bazı İstatistikler. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 16. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2012, s:167-182.
34. Cakır M, Mungan I, Karakas T, Giriskan I, Okten A. Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatrics International*. 2007;49(6):938-942.
35. Campbell MA, McGrath PJ. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1997;151:905-913.

- 36.** Can HÖ, Kadın Sağlığı, Ed. Şirin A, Kavlak O. İçinde: Menstrual Siklus Bozuklukları, İstanbul, Bedray Yayıncılık, 2008. s:148–172.
- 37.** Chan SS, Yü KW, Yuen PM, Sahota DS, Chung TK. menstrual problems and health-seeking behaviour in hong kong chinese girls. The Hong Kong Medical Journal. 2009;15(1):18-23.
- 38.** Chang SF, Chuang MH. Factors that affect self care behavior of female high school students with dysmenorrhea. International Journal of Nursing Practice. 2012;18(2):117-124.
- 39.** Chantler I, Mitchell D, Fuller A. Actigraphy quantifies reduced voluntary physical activity in women with primary dysmenorrhea. The Journal of Pain. 2009;10(1):38-46.
- 40.** Chantler I., Duncan M., Fuller A. Diclofenac Potassium Attenuates Dysmenorrhea and Restores Exercise Performance in Women with Primary Dysmenorrhea. The Journal of Pain. 2009;10(2):191-200.
- 41.** Charu S, Amita R, Sujoy R, Thomas GA. Menstrual characteristics and prevalence and effect of dysmenorrhea on quality of life of medical students. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. 2012;4(4):275-294.
- 42.** Chen C. Cho S. Damokosh A. Chean D. Li G. Wang X. Prospective study of exposure to environmental tobacco smoke and dysmenorrhoea. Environmental Health Perspectives. 2000;108(11):1019-1022.
- 43.** Chen CH, Lin YH, Heitkemper MM, Wu KM. The self-care strategies of girls with primary dysmenorrhea: a focus grup study in taiwan. Health Care for Women International. 2006;27(5):418-427.

- 44.** Chen HM, Chen CH. Effects of acupressure at the sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;48(4):380-387.
- 45.** Chen HM, Chen CH. Effects of acupressure on menstrual distress in adolescent girls: a comparison between hegu-sanyinjiao matched points and Hegu, Zusanli Single Point. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(7-8):998-1007.
- 46.** Chen YW, Wang HH. The Effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review. *Pain Management Nursing*. 2013; 1-12.
- 47.** Chia CF, Lai JHY, Cheung PK, Kwong LT, Lau FPM, Leung KH, Leung MT, Wong FCH, Ngu SF. Dysmenorrhoea among hong kong university students: prevalence, impact, and management. *The Hong Kong Medical Journal*. 2013;19:222-228.
- 48.** Chiou MH, Wang HH, Yang YH. Effect of systematic menstrual health education on dysmenorrheic female adolescents' knowledge, attitudes, and self-care behavior. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2007;23(4):183-190.
- 49.** Chiou MH, Wang HH. Predictors of dysmenorrhea and self-care behavior among vocational nursing school female students. *Journal of Nursing Research*. 2008;16(1):17-24.
- 50.** Chrisler JC. Teaching Taboo Topics: Menstruation, menopause, and the psychology of women. *Psychology of Women Quarterly*. 2013;37(1):128-132.
- 51.** Creatsas G, Deligeoroglou E, Zachari A, Loutradis D, Papadimitriou T, Miras K, Aravantinos D. Prostaglandins: PGE2 alfa, PGE2, 6-keto -PGF1 alfa and TXB2 serum levels in dysmenorrheic adolescent before, during and after treatment with oral contraceptives. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1990;36(3):292-298.

- 52.** Crowell MD, Dubin NH, Robinson JC, Cheskin LJ, Schuster MM, Heller BR, Whitehead WE. Functional bowel disorders in women with dysmenorrhea. *The American of Journal of Gastroenterology*. 1994;89(11):1973-1997.
- 53.** Çepni İ. Dismenore. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri. 2005; s:151-157.
- 54.** Çıtak N. Abant İzzet Baysal Üniversitesinde Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Dismenoreye İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2001, Ankara (Danışman: Yard. Doç.Dr. F. Terzioğlu).
- 55.** Çifçi ES. Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Sivas (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Yılmaz).
- 56.** Daley AJ. Exercise and Primary Dysmenorrhea. *Sports Medicine*. 2008;8:659-670.
- 57.** Dawood YM. Primary dysmenorrhea adevences in pathogenesis and management. *Obstetrics@Gynecology*. 2006;108(2):428-441.
- 58.** Deb S, Fenning NR. Dysmenorrhea. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2008;18(11):294-298.
- 59.** Dmitrovic R, Kunselman AR, Legro RS. Sildenafil Citrate in the treatment of pain in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*. 2013;28(11):2958-2965.
- 60.** Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms and anxiety. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 44(3):237-43.

- 61.** Doty E, Attaran M. Managing primary dysmenorrhea. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*. 2006;19:341-344.
- 62.** Durain D. Primary Dysmenorrhea: Assesment and Managment Update. *American College of Nurse-Midwives*. 2004;49(6):520-8.
- 63.** Ebrinç, S. Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2000;10:109-116.
- 64.** Eby GA. Zinc treatment prevents dysmenorrhea. *Medical Hypotheses*, 2007; 69(2):297-301
- 65.** El-Gilany AH, Badawi K, El-Feawy S. Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent in Moansoura Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005;11(1/2):155-159.
- 66.** Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-216.
- 67.** Erdoğan M. Genç Kızlarda Primer Dismenore Ve Vücut Kitle İndeksi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Aydın (Danışman: Yard. Doç. Dr. S Özsoy).
- 68.** Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İçinde:Veri Toplama Araçlarının Niteliği. Erefe İ. ed. Odak Ofset, Ankara, 2002, s:169-188.
- 69.** Ersun A, Zaybak A. Duygusal özgürlük teknikleri'nin dismenore üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28(2):13-21.
- 70.** Eryılmaz G, Özdemir F, Pasinlioglu T. Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: its effects on school performance and relationships

with family and friends. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2010;23:267-272.

71. Fenning NR. Dysmenorrhea. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 2005;15(6):394-401.

72. Fettes I. Menstrüel Migren. *Postgraduate Medicine*. 1997;101(5):77-85.

73. Fontana-Klaiber H, Hogg B. Therapeutic Effects of magnesium in dysmenorrhea. *Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis*. 1990;79:491-494.

74. Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ. Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1993;14:41-50.

75. French L. Dysmenorrhea. *American Family Physician*. 2005;71(2):285-291.

76. Fujiwara T, Nakata R. Skipping breakfast is associated with reproductive dysfunction in post-adolescent female college students. *Appetite*. 2010;55:714-717.

77. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D. Primary dysmenorrhea: prevalence in adolescent population of Tbilisi, Georgia and risk factors. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2012;13:162-168.

78. Gidwani GP. Longitudinal study of risk factors for occurrence, duration and severity on menstrual cramps in a cohort of college women. *Clinical Pediatrics*. 1998;37:51-52.

79. Goldfarb S, Waddell R. *Heat Therapy / Cold Therapy. İçinde: Relieving Pain Naturally*. Squareone Publishers. 2005; p:190-192

- 80.** Golomb LM, Solidum AA, Warren MP. Primary dysmenorrhea and physical activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 1998;30, 906-909.
- 81.** Gordon, M. (2003). Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış, İçinde: Erdemir F, Yılmaz E.(Eds), Hemşirelik Sınıflama Sistemleri, 1st ed. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın ve Halkla İlişkiler Bürosu; 2003, s:11-93.
- 82.** Gökhale LB. Curative treatment of primary (spasmodic) dysmenorrhea. *Indian Journal of Medical Research*. 1996;103:227-231.
- 83.** Gözüm, S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 11: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2002;4(2):9-20.
- 84.** Grandi G, Ferrari S, Xholli A, Cannoletta M, Palma F, Romani C, Volpe A, Cagnacci A. Prevalence of menstrual pain in young women: what is dysmenorrhea? *Journal of Pain Research*. 2012;5:169-174.
- 85.** Güler S. Genç Kızlarda Menstruasyon Özellikleri ve Antropometrik Ölçümleri. Selcuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1996, Konya (Danışman: Prof. Dr. S Çivi).
- 86.** Gupta M, Duckitt K. Dysmenorrhea. *Women's Health Medicine*. 2005;2(3):10-13.
- 87.** Güngör İ. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N Kızılkaya Beji).
- 88.** Gürel H, Gürel SA. Dyspareunia, back pain, and chronic pelvic pain: the importance of this pain complex in gynecological practice and its relation with

grandmultiparity and pelvic relaxation. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 1999;48(2):119-122.

89. Han SH, Hur MH, Buckle J, Choi J, Lee MS. Effect of aromatherapy on symptoms of dysmenorrhea in college students: a randomized placebocontrolled clinical trial. *The J Altern Complement Med* 2006;12:535-541.

90. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescent and young adults etiology and management. *Journal Pediatrics Adolescent Gynecology*. 2006;19(6):363-371.

91. 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. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996;103:1134-1142.

92. Harrington, D. *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press. Newyork, USA, 2009.

93. Heitkemper M, Jarrett M, Bond EF, Tunner P. GI Symptoms, Function, and Psychophysiological Arousal in Dysmenorrheic Women. *Nursing Research*. 1991;40(1):20-26.

94. Hillen TI, Grbavac SL, Johnston PJ, Straton JA, Keogh JM. (1999). Primary dysmenorrhea in young western australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *The Journal of Adolescent Health*. 1999;25(1):40-45.

95. Holtzman DA, Ptrocchio-Napuli K, Burke JR. Prospective case series on the effects of lumbosacral manipulation on dysmenorrhea. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2008;31:237-246.

96. Hondras MA, Long CR, Brennan PC. Spinal manipulative therapy versus a low force mimic maneuver for women with primary dysmenorrhea: a randomized, observer-blinded, clinical trial. *Pain*. 1999;81:105-114.

- 97.** Hudson T. Using nutrition to relieve primary dysmenorrhea. *Alternative and Complementary Therapie.* 2007;13(3):125-128.
- 98.** Jahromi NB, Tartifizadeh A, Khabnadideh S. Comparison of fennel and mefenamic acid for the treatment of primary dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2003;80:153-157.
- 99.** Jamieson DJ and Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology.* 1996;87:55-58.
- 100.** Jang IA, Kim MY, Lee SR, Jeong KA, Chung HW. Factors related to dysmenorrhea among Vietnamese and Vietnamese marriage immigrant women in South Korea. *Korean Society of Obstetrics and Gynecology.* 2013;56(4):242-248.
- 101.** Johnson N. Management of Dysmenorrhea. *Gynaecologic and Perinatal Practise.* 2006;6(1-2):57-62.
- 102.** Jolin JA, Rapkin A, Pelvik Ağrı ve Dismenore, Ed. Berek JS, MD, Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevi, İzmir; 2004, s:421-448.
- 103.** Jun EM, Chang S, Kang DH, Kim S. Effects of acupressure on dysmenorrhea and skin temperature changes in college students: a non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies.* 2007;44(6):973-981.
- 104.** Jung HM, Kim YS. Factors affecting dysmenorrhea among adolescents. *Journal of Korean Academy of Child Health Nursing.* 2004;10(2):196-204.
- 105.** Jung HS, Lee J. The effectiveness of an educational intervention on proper analgesic use for dysmenorrhea. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2013;170:480-486.

- 106.** Kaba H. Enterferansiyel Akım ve Mobilizasyonun Primer Dismenore Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. T.C. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara (Danışman: Doç. Dr. T Akbayrak).
- 107.** Kamacı M, Önder Y, Akman N. Adolesanlardaki primer dismenorenin vücut kitle indeksi ile ilişkisi. Van Tıp Dergisi, 1997;4 (3) :154-157.
- 108.** Kaplan B, Peled Y, Pardo J, Rabinerson D, Hirsh M, Ovadia J, Neri A. Transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) as a relief for dysmenorrhea. Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology. 1994;21(2):87-90.
- 109.** Karadağ N, Dinç G, Özcan, C. Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Menstruasyon Hijyeni Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Saptanması. Hemşire. 1999;49:37-40.
- 110.** Karanisoğlu H, Dinç H. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı İçinde: Üreme Organı Yapı ve Fonksiyon Bozuklukları. Coşkun A, eds. 1. Ed. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları; 2012, s:417-443.
- 111.** Karanisoğlu H. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği İçinde:Üreme Organları Fizyolojisi. Seçim H, eds. 3. Baskı, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web Ofset; 1998, s:40-57.
- 112.** Katharyn A, Laura R. Maternal and Neonatal Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1994, p:411-527.
- 113.** Khorshidi N, Ostad SN, Mosaddegh M, Soodi M. Clinical effects of fennel essential oil on primary dysmenorrhea. Iranian Journal of Pharmaceutical Research. 2003;2:89-93.
- 114.** Kılıç İ. Dismenore Patogenezinde Lökotrienlerin Rolü. H.Ü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. T Kutluk).

- 115.** Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgi ve inanışları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3):297-306.
- 116.** Kitamura M, Takeda T, Koga S, Nagase S, Yaegashi N. Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in japanese high school students. Archives of Women's Mental Health. 2012;15:131-133.
- 117.** Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling (2nd Edition ed.). The Guilford Press, New York. 2005.
- 118.** Konak, N. Çevre Sosyolojisi: Kavramsal ve Teorik Gelişmeler. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2010; 24:271-283.
- 119.** Kumbhar SK, Reddy M, Sujana B, Roja Reddy K, Divya Bhargavi K, Balkrishna C. Prevalence of dysmenorrhea among adolescent girls (14-19 yrs) of kadapa district and its impact on quality of life: A cross sectional study. National Journal Of Community Medicine. 2011;2(2):265-268.
- 120.** Küçükşahin N. Kırsal Bölgedeki 15-24 Yaş grubu kızlarda üreme sağlığı, sorunları ve gereksinimleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. H Yıldız).
- 121.** Laszlo KD, Gyorffy Z, Adam S, Csoboth C, Kopp MS. Work-related stres factors and menstrual pain: a nation representative survey. Journal of Psyhosomatic Obstetrics & Gynecology. 2008;29(2):133-138.
- 122.** Latthe P, Mignini L, Gray R. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. BMJ Journal. 2006;332-749.

- 123.** Lefebvre G, Pinsonneault O, Antao V, Black A, Burnett M, Feldman K, Lea R, Robert M. Primary dysmenorrhea consensus guideline. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada*. 2005;27(12):1117-1146.
- 124.** Letzel H, Megard Y, Lamarca R, Raber A, Fortea J. The efficacy safety of aceclofenac versus placebo and naproxen in women with primary dysmnorrhoea. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2006;129:162-168.
- 125.** Li L, Huangfu L, Chai H, He W, Song H, Zou X, & Wang W. Development of a Functional and Emotional Measure of Dysmenorrhea (FEMD) in Chinese University Women. *Health Care for Women International*. 2012;(33)2:97-108
- 126.** Locke R, Warren P. Exercise and primary dysmenorrhoea. *British Journal of Sports Medicine*. 1999;33:227.
- 127.** Loto MO, Adewumi TA, Adewuya AO. Prevalence and correlates of dysmenorrhea among Nigerian college women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 48: 442–444.
- 128.** Fogel CI. Reproductive System Concern. In: *Maternity & Women's Health Care*. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, 8. Edition, Mosby Inc, USA, 2011, p:155-167.
- 129.** MacCallum RC, Austin JT. Applications of structural equation modeling in psychological research. *Annual review Psychology*. 2000;51:201-226.
- 130.** Madhubala C, Jyoti K. Relation between dysmenorrhea and body mass index in adolescents with rural versus urban variation. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2012;62(4):442-445.
- 131.** Mazza D. Primary dysmenorrhea. *Women's Health Medicine*, 2006; 3(5):207-210

- 132.** Mercan R. Dismenore ve tedavisi. *Romatizma ve Ağrı Bülteni*. 1994;1;22-24;37-39.
- 133.** Metheny WP, Smith RP. The Relationship among exercise, stress, and primary dysmenorrhea. *Journal of Behavioral Medicine*. 1989;12:570-586.
- 134.** Mitcheal E, Woods NF, Lentz MJ. Differantion of women with three perimenstrual symptom patterns. *Nursing Research*. 1994;43(1):25-30.
- 135.** Mohamed, E. M. Epidemiology of dysmenorrhea among adolescent students in Assiut City, Egypt. *Life Science Journal*. 2012; 9(1), 348–352.
- 136.** Molnar BG, Bauman R, Magos A. Does endometrial resection help dysmenorrhea? *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1997;76:261-265.
- 137.** Montero P, Bernis C, Fernandez V. İnfluence of body mass index and slimming habits on menstrual pain and cycle irrigrularity. *Journal of Biosocial Science*. 1996;28:315-323.
- 138.** Nagata V, Hirokawa K, Shimizu N, Shimizu H. Associations of menstrual pain with intakes of soy, fat and dietary fiber in japanese women. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2005;59:88-92.
- 139.** Nathan A. Primary dysmenorrhoea. *Practice Nurse*. 2005;30(6):49.
- 140.** Nazarpour S, Khazai K. Correlation between body image and coping styles with severity of primary dysmenorrhea. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013;14(4):344-355.
- 141.** Neinstein LS. Menstrual problems in adolescent. *Medical Clinics of North America*. 1990;74:1181-1187.

- 142.** Netemeyer RG, Bearden WO, Sharma S. *Scaling Procedures: Issues and Applications*. Sage Publications, Inc Thousand Oaks, California. 2003.
- 143.** O'Connell K, Davis AR, Westhoff C. Self-treatment patterns among adolescent girls with dysmenorrhea. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2006;19:285-289.
- 144.** Ohde S, Tokuda Y, Takahashi O, Yanaib H, Hinohara S, Fukui T. Dysmenorrhea among Japanese women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;100:13-17.
- 145.** Ortiz MI. Primary Dysmenorrhea among Mexican university students: prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 152 (2010);73-77.
- 146.** Oskay Ü, Can G, Taş D, Sezgin Ö. (2008). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde görülen perimenstrual sorunlar. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;16(63):157-164.
- 147.** Osuga Y, Hayashi K, Kobayashi Y, Toyokawa S, Momoeda M, Koga K, Yoshino O, Hoshiai H, Terakawa N, Taketani Y. Dysmenorrhea in Japanese Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2005;88(1):82-83.
- 148.** Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of Effects of Ginger, Mefenamic Acid, and Ibuprofen on Pain in Women with Primary Dysmenorrhea. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*. 2009;15(2) :129–132
- 149.** Özerdoğan N, Sayiner D, Ayrancı U, Unsal A, Giray S. Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;107:39-43.
- 150.** Öner N. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*. Bir başvuru kaynağı. Genişletilmiş 2. Baskı. Bogaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul, 2006.

- 151.** Öztürk A. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran kadınlarda dismenore sıklığı ve etkileyen faktörler. Türk Medline: MN-Klinik Bilimler & Doktor. 2004;2:208-213.
- 152.** Polit, DF and Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in Nursing and Health. 2006;29;5:489-97.
- 153.** 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):469-472.
- 154.** Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2006;113(4): 453-463.
- 155.** Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1. Baskı 2013. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013.
- 156.** Pirkalani KK, Rad ZT. Comparative Evaluation of Sexual Attitude and Function of Normal and Dysmenorrhea Patients with the QSAF 2009. European Psychiatry. 2013;28(1):1
- 157.** Pirotta M. (2008). Commentary on the Cochrane Review of Chinese Herbal Medicine for Dysmenorrhea. The Journal of Science and Healing. 2008;(4):6: 389-391.
- 158.** Pitanguí ACR, Gomes MRA, Lima AS, Schwingel PA, Albuquerque APS, Araujo RC. Menstruation Disturbances: Prevalence, characteristics, and effects on the activities of daily living among adolescent girls from Brazil. Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology. 2013;26:148-152.

- 159.** Pittrof R, Lees C, Thompson C, Pickles A, Martin JF. Crossover study of glyceryl trinitrate patches for controlling pain in women with severe dysmenorrhea. *British Medical Journal*. 1996;312:884-885.
- 160.** Polat A, Celik H, Gurates B, Kaya D, Nalbant M, Kavak E, Hanay F. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2009;279:527-532.
- 161.** Potur DC, Bilgin NC, Kömürcü N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Management Nursing*. 2013;11:1-10. doi: 10.1016/j.pmn.2013.07.012
- 162.** Potur D, Kömürcü N. Dismenore Y netiminde Tamamlayıcı Tedaviler. *Hem irelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(1):8-13.
- 163.** Potur D, Kömürcü N. The Effects of Local Low-Dose Heat Application on Dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2013; doi: 10.1016/j.jpag.2013.11.003.
- 164.** Potur D. Lokal D ş k Doz Isı Uygulamasının Dismenore  zerine Etkileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nuran Kömürcü).
- 165.** Poureslami M, Osati-Ashtiani F. Assessing knowledge, attitudes, and behavior of adolescent girls in suburban districts of tehran about dysmenorrhea and menstrual hygiene. *Journal of International Women's Studies*. 2002;3(2):51-61.
- 166.** Proctor M, Murphy AP. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2001;3:CD002124.

- 167.** Rakhshae Z. Effects of Three yoga poses (cobra, cat and fish poses) in women with primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2011;24:192-196.
- 168.** Reeder SS, Martin LL, Koniak-Griffin D. Common Problems in Women's Health. *Maternity Nursing Family, Newborn and Womens Health Care*. VIII. Ed., JB. Lippincott Company, Philadelphia, 1997.
- 169.** Santera M, Wykeb S, Warner P. Women's management of menstrual symptoms: findings from a postal survey and qualitative interviews. *Social Science & Medicine*. 2008;66:276-288.
- 170.** Santina T, Wehbe N, Ziade F. Exploring dysmenorrhoea and menstrual experiences among Lebanese female adolescents. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012;18(8):857-863.
- 171.** Sarracino R, Rossi R. Dysmenorrhea and female sexuality. *Sexologies*. 2008;17(S1):137.
- 172.** Schorge JO, Schaffer JI, Halvorsan LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG. *Williams Jinekoloji*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2010.
- 173.** Şekercioğlu, G, Çokluk, Ö, Büyüköztürk, Ş. *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik*. Pegem A Akademi. Ankara;2010.
- 174.** Sharma P, Malthotra C, Taneja DK, Saha R. Problems related to menstruation amongst adolescent girls. *Indian Journal of Pediatrics*. 2008;75(2):125-129.
- 175.** Sharp BAC, Taylor DL, Thomas KK, Killen MB, Dawood MY. Cyclic perimenstrual pain and discomfort: the scientific basis for practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2002;31(6):637-649.

- 176.** Schumacker, Randall E. and Richard G. Lomax. A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1996
- 177.** Smith CA, Crowther CA, Petrucco O, Beilby J, Dent H. Acupuncture to treat primary dysmenorrhea in women: a randomized controlled trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011;1-11.
- 178.** Strinic T, Bukovic D, Pavelic L, Fakdic J, Stipic I. Anthropological and clinical characteristics in adolescent women with dysmenorrhea. Coll Antropol. 2003;27(2):707-711
- 179.** Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1990 Jul;97(7):588-594.
- 180.** Sümer, J. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. Türk Psikoloji Yazıları, (2000);3(6), 49-74.
- 181.** Şentürk Erenel A, Şentürk İ. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;48-60.
- 182.** Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Cem web Ofset, Ankara, 2007, s:2-16..
- 183.** Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. *Using multivariate statistics* (4th ed.). Allyn & Bacon, Boston, 2001.
- 184.** Talbot, L.A. Principles and Practice of Nursing research. Mosby Year Book, USA, 1995.
- 185.** Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea Thai adolescent: prevalence, impact and knowledge of treatment. Journal Medical Association Thai. 2004;87(3):69-73.

- 186.** Taşcı KD. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2006;5(6):434-443.
- 187.** Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı, Sistem Ofset Matbacılık, Ankara; 2011.
- 188.** Tavallaee M, Joffres MR, Corber SJ, Bayanzadeh M, Rad MM. The prevalence of menstrual pain and associated risk factors among Iranian women. J. Obstet. Gynaecol. Res.2011; 37(5):442-451.
- 189.** Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 4. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2010.
- 190.** Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Gelistirme Klavuzu. Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 1996.
- 191.** Tseng YF, Chen CH, Yang Y. Rose tea for relief of primary dysmenorrhoea in adolescent: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. Journal of Midwifery & Women's Health. 2005;50(5):51-57.
- 192.** Twigg J. Dysmenorrhea. Current Obstetrics Gynaecology. 2002;12:341-345.
- 193.** Unsal A, Ayrancı A, Tozun M, Arslan G, Calık E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. Upsala Journal of Medical Sciences. 2010;115:138-145.
- 194.** Vicdan K, Kükner S, Dabakoğlu T. Demographic and epidemiological features of female adolescents in Turkey. Journal of Adolescent Health.1996 ;1:54-58.
- 195.** Walsh MT, LeBlanc L, McGrath PJ. Menstrual pain intensity, coping, and disability: the role of pain catastrophizing. Pain Medicine. 2003;4(4):352-361.

- 196.** Wang L, Wang X, Wang W, Chen C, Ronnennberg AG, Guang W, Huang A, Fang Z, Zang T, Wang L, Xu X. Stress and dysmenorrhoea: a population based prospective study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2004a;61:1021-1026.
- 197.** Wang L, Zhao W, Yu J, Cardini F, Forcella E, Regalia AL, Wade C. Vitamin K acupuncture point injection for severe primary dysmenorrhea: An International Pilot Study. *Medscape General Medicine*. 2004b;6(4):45.
- 198.** Wells, Craig S. ve Wollack, James A. (2003). *An Instructor's Guide to Understanding Test Reliability*. Testing & Evaluation Services. Madison.
- 199.** Wijesiri HSMSK, SureshTS. Knowledge and attitudes towards dysmenorrhea among adolescent girls in an urban school in Sri Lanka. *Nursing and Health Sciences*. 2013;15:58-64.
- 200.** Wong LP. Attitudes towards dysmenorrhoea, impact and treatment seeking among adolescent girls: A rural School-Based Survey. *The Australian Journal of Rural Health*. 2011a;19:218-223.
- 201.** Wong LP. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: urban-rural and multiethnic differences in perception, impacts, and treatment seeking. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*. 2011b;24:272-277.
- 202.** Woosley JA. *The Menstrual Cycle, Dysmenorrhea and Sleep*. The Graduate School of the University of Alabama, the Degree of Master of Arts in the Department of Psychology, 2012, Tuscaloosa, Alabama (Lichstein KL).
- 203.** Wynd CA, Schmidt B, Schaefer M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. *Western Journal of Nursing Research*, 25;5:508-18.
- 204.** Yılmaz T, Yazıcı S. Characteristics of dysmenorrhea situations of midwifery and nursing students. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11(3):1-8.

205. Zhu X, Bensoussan A, Zhu L, Qian J, Xu M, Zhou C, Chao P, Lo S. Primary dysmenorrhoea: a comparative study on australian and Chinese Women. *Complementary Therapies in Medicine*. 2008;17:155-160.

206. Ziaei S, Zakeri M, Kazemnejad A. A randomised controlled trial of vitamin E in the treatment of primary dysmenorrhoea. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2005;112:466-469.

10. EKLER

EK 1. Dismenore Tanılama Formu

BİLGİLENDİRME

Sayın Katılımcı;

Dismenorenin (Ağrılı Adet) kadın yaşamına olan etkilerini belirlemek amacıyla planladığımız bu çalışmada, bazı sosyo-demografik özellikler ve sağlıkla ilgili bazı verileri içeren bir anket ve ağrılı adet fonksiyonel ve emosyonel ölçümüne yarayan bir ölçek ile ağrılı adetten etkilenmişlik düzeyinizi sorgulayan ikinci bir ölçek bulunmaktadır. Ölçekleri cevaplama süresi yaklaşık 20-30 dakikadır. Lütfen sizi **en iyi tanımlayan ifadeyi** daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkürler...

Arş. Gör. Uzm. Çiğdem GÜN
Marmara Üni. SBF.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD

Adet döneminde ağrınız oluyor mu? a) Evet

b) Hayır

Bölümünüz:

Kaçıncı sınıftasınız? a)1

b)2

c)3

d)4

Yaşınız:

İlk adet görme yaşınız:

Medeni durumunuz: a) Bekar

b) Evli

Hiç gebelik yaşadınız mı? a) Hayır

b) Evet

Adet ağrınız ne zaman başlar? a) Adetimle birlikte başlar

b) Adetimden birkaç saat önce başlar.

c) Adet olmadan birkaç gün önce başlar.

Adet döneminde ağrınız kaç gün sürer?

a) Adet olduğum gün

b) İlk 2-3 gün

c) Adetim bitinceye kadar

Ağrılı adetiniz ne zaman başladı?

a) İlk adetimden 6 ay-2 yıl sonra

b) İlk adet olduğumdan beri var

c) Üreme organlarımla alakalı enfeksiyon/ameliyat geçirdikten sonra

Adet ağrınız olduğunda hiç doktora başvurduğunuz mu?

a) Hayır, başvurmadım

b) Evet ise ağrılı adetinizin nedeni bulundu mu?

Aşağıdaki jinekolojik hastalıklardan herhangi birinin tanısı kondu mu?

a) Jinekolojik bir hastalığım yok

b) Endometriozis

c) Yumurtalık/kisti/tümörü

d) Myom/rahim Tümörü

e) Rahimde polip/yapışıklık

f) Enfeksiyon

Kadın hastalıklarıyla ilgili herhangi bir operasyon geçirdiniz mi?

a) Hayır geçirmedi

b) Evet.....operasyonu geçirdim

Vajinal akıntım a) Kokusuz/şeffaf

b) Koyu sarı/Yeşil

c) Kahverengi

d) Peynirimsi

e) Kötü Kokulu özelliğindedir.

⇒ Aile Planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

a) Hayır kullanmıyorum

b) Evet Hap

Spiral

Kondom

İğne

enjeksiyon

Geri çekme

Diğer ise belirtiniz.....

kullanıyorum

⇒ Korunma amacı dışında herhangi bir nedenle (kist, ağrılı adet vb.) doğum kontrol hapı/iğnesi kullanıyor musunuz? a) Hayır

b) Evet

⇒ Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? a) Hayır

b) Evet ise ismi.....

⇒ Aşağıdaki hastalıklardan (tıbbi tanılardan) birine/birkaçına sahip misiniz?

a) Herhangi bir hastalığım yok

b) Şeker hastalığı

c) Kalp-damar hastalığı

d) Kan hastalığı

e) Depresyon, anksiyete vb. ruhsal rahatsızlık

f) Diğer.....

→ **Adet kanamam** a) 22-35 günde bir b) 21 gün ve daha kısa c) 36 gün ve daha uzun d) Sürekli oluyor. (bir önceki adetinizin 1. Gününden bir sonraki adetinizin 1.gününe kadarki süre)

→ **Adetim** gün sürüyor.

→ **a) Günde**..... tane sigara içiyorum b) Sigara kullanmıyorum

→ **Boyunuz:** **Kilonuz:**

→ **a) ailemle** b) arkadaşlarımla evde c) yurttan d) yalnız e) partnerimle yaşıyorum.

→ **a) Alkol kullanıyorum** b) Alkol kullanmıyorum

→ **Kahvaltım** a) Hergün düzenli yaparım b) Düzenli yapmam

→ **Barsak boşaltım alışkanlığım** a) haftada 1 b) haftada 2-6 kez c) hergün

→ **Hergün mutlaka çay/kahve/kola** a) tüketirim b) tüketmem

→ **Genelde** a) düzenli/dengeli beslenirim b) Bol karbonhidrat (şekerli gıda, atıştırmalık vb.) c) bol sebze/meyve ağırlıklı d) Bol protein (et-tahıl-baklagil vb.) beslenirim.

→ **Düzenli egzersiz** a) yaparım b) yapmam

→ **Ailemde ağırlı adet gören** a) yok b) annem c) kardeşim d) teyzem e) diğer.....

→ **Adet ağrınız olduğunda ağrı kesici ilaç/alternatif tıp (sıcak uygulama vb.) kullanır mısınız?**

a) Evet ise ilaç adıgünde.....kere alıyorum

veya kullandığınız alternatif yöntem a) karına ısı uygulaması

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) b) masaj

c) egzersiz

d) gevşeme teknikleri

e) Müzik dinleme

f) Bitkisel tedavi ise.....bitkisi.....

(çay, hap, toz, yağıyla masaj vb.) şeklinde kullanıyorum.

g) diğer yöntemler belirtiniz:(.....)

b) Hayır kullanmam.

→ **Kullandığımız ağrı giderici yöntem ağrınızı ne kadar gideriyor?**

a) Tamamen rahatlatıyor, hiçbir şey hissetmiyorum. b) Ortalama rahatlama sağlıyor.

c) Biraz rahatlatıyor. d) Hiç rahatlatmıyor.

→ **Ağrı kesici ilaç kullanıyorsanız ilacı:** a) kendim buldum b) doktor c) hemşire d) arkadaş/ailem önerdi.

→ **Adet döneminizde yaşadığımız ağrının şiddetini 0'dan (ağrı yok), 10'a kadar (dayanılmaz ağrı) işaretleyiniz**

10

AĞRI YOK 0

EK 2. Fonksiyonel ve Emosyonel Dismenore Ölçeği

FONKSİYONEL VE EMOSYONEL DİSMENORE (AĞRILI ADET) ÖLÇEĞİ (FEDÖ):

Aşağıda ağrılı adet dönemi ile ilgili verilen maddeler verilmiştir. Lütfen sizi en iyi tanımlayan ifadeyi daire içine alarak belirtiniz.

FONKSİYONEL VE EMOSYONEL DİSMENORE (AĞRILI ADET) ÖLÇEĞİ					
	Benim durumuma hiç benzemiyor	Benim durumuma pek benzemiyor	Benim durumuma hem benziyor hem	Benim durumuma biraz benziyor	Benim durumuma çok benziyor
1. Adet ağrım nedeniyle seyahat etmekten kaçınıyorum.	1	2	3	4	5
2. Adet ağrım nedeniyle gergin olurum. (örn. kas gerginliği)	1	2	3	4	5
3. Adet ağrım nedeniyle net düşünemeyebilirim.	1	2	3	4	5
4. Adet ağrım nedeniyle birşeyler okurken zorlanırım.	1	2	3	4	5
5. Adet ağrım nedeniyle sosyal ortamlardan keyif almam.	1	2	3	4	5
6. Adet ağrım dışındaki şeylere dikkatimi vermekte güçlük çekerim.	1	2	3	4	5
7. Adet ağrım nedeniyle günlük rutin aktivitelerimi gerçekleştirmede kendimi kısıtlanmış hissedirim.	1	2	3	4	5
8. Adet ağrım nedeniyle kendimi çaresiz hissedirim.	1	2	3	4	5
9. Adet ağrım nedeniyle kendimi engellenmiş hissedirim.	1	2	3	4	5
10. Adet ağrısı nedeniyle bazen kontrolümü kaybedeceğimi hissedirim.	1	2	3	4	5
11. Adet ağrım ailem ve arkadaşlarımla olan ilişkilerimde stres yaratır.	1	2	3	4	5
12. Adet ağrım kafamı karışık hissetirir	1	2	3	4	5
13. Adet ağrım dünyaya bakış açımı etkiler.	1	2	3	4	5
14. Hiç kimse adet ağrısının günlük hayatıma olan etkisini anlamaz.	1	2	3	4	5

EK 3. FEDÖ Kullanım için Yazar İzni

(Ek 5) FEMD ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinin yapılabilmesi için izin yazısı

09.07.2013

Outlook İletiy Yazdır

(Konu yok)

Kimden: **idealistce41@hotmail.com**
Kaydedildi: 09 Temmuz 2013 Salı 10:04:50
Kime: Wei WANG (wangmufan@msn.com)

From: wangmufan@msn.com
To: idealistce41@hotmail.com
Subject: RE: I'm so sorry for my previous e mail subject
Date: Tue, 28 May 2013 06:57:14 +0800

Dear Dr. Gun:
Thanks for your interest in FEMD. No problem, you can use it.
Good luck,
Yours,
Wei

Dear WEI WANG;

I'm sending this mail from Turkey. I'm PHD student on Women Health and Disease Nursing of Marmara University. I want to study on women with dysmenorrhea. I didn't reach your Functional and Emotional Measure of Dysmenorrhea (FEMD) Scale in Turkish version. If you let me to use your Functional and Emotional Measure of Dysmenorrhea (FEMD), I want to research your questionnaire's validity and trustworthy in my country (TURKISH VERSION).

I'm waiting your answer about your permission.

My best regards,

RESEARCH ASSISTANT ÇİĞDEM GÜN
Marmara University
Faculty of Health Sciences Division of Nursing
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Tıbbiye Cad No:40 Haydarpaşa İstanbul, Turkey

<https://dub104.mail.live.com/mail/PrintMessage.aspx?cpids=d6cab7aa-e865-11e2-9b64-1cc1de6d0aee.m&isSafe=true&FolderID=66666666-6666-6666-66...> 1/2

EK 4. Kurum İzinleri



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sayı : 80355971-302.06-1400042572

21.02.2014

Konu : Çiğdem GÜN'ün Araştırma İzni Hk.

HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 20.02.2014 tarihli ve 68960314-100-1400041258 sayılı belge.

Bölümünüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Çiğdem Gün'ün Öğretim Üyelerimizden Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ danışmanlığında hazırlamış olduğu "Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Kız Öğrencilerine (1-2-3-4 Sınıf) 03.03.2014 - 30.05.2014 tarihleri arasında yapabilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mine Gülden POLAT
Dekan

EK 4. Kurum İzinleri (Devam)

28.02.2014

EĞİTİM BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA,

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Çiğdem Gün'ün "Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı kız öğrencilerine 03.03.2014-30.05.2014 tarihleri arasında yapmasında anabilim dalımızca bir sakınca bulunmamaktadır.

Gereğini saygılarımla, arz ederim.


Prof. Dr. Halil Ekşi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Başkanı

EK 4. Kurum İzinleri (Devam)



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Atatürk Eğitim Fakültesi

Sayı : 65796619-000-1400052185

05.03.2014

Konu : Çiğdem Gün'ün Araştırma İzni hak.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.02.2014 tarihli ve 80355971-100-1400041271 sayılı belge.

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Çiğdem Gün'ün "Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı kız öğrencilerine 03.03.2014-30.05.2014 tarihleri arasında yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof. Dr. Ramazan ÖZEY
Dekan

EK 4. Kurum İzinleri (Devam)



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Fen Edebiyat Fakültesi

Sayı : 73161850-000-1400045201

25.02.2014

Konu : Çiğdem Gün'ün Araştırma İzni Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.02.2014 tarihli ve 80355971-100-1400041298 sayılı belge.

İlgi yazınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Çiğdem GÜN'ün "Dismonere Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi" konulu tez çalışma ve uygulama isteği Fakültemizde uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Nilhan KAYAMAN APOHAN
Dekan Vekili

EK 5. Etik Kurul İzni



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Çiğdem GÜN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 16.07.2013-11

Sayın Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ

98 protokol nolu "Dismenore Etkilenmişlik Ölçeğinin Geliştirilmesi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. İnci ALİCAN

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Levent KABASAKAL

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Doç. Dr. Neşise BAHÇECİK

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Doç. Dr. Pinar AY

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:

Ek 6. Görüşleri Alınan Uzmanlar

1.PROF. DR. ŞULE ECEVİT ALPAR	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
2.PROF. DR. FATMA ETİ ASLAN	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
3. PROF. DR. Nezihe KIZILKAYA BEJİ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
4.DOÇ. DR. NURDAN DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
5.DOÇ. DR NEVIN HOTUN ŞAHİN	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
6.DOÇ. DR. ÜKKE KARABACAK	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
7.DOÇ. DR. ÜMRAN YEŞİLTEPE OSKAY	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
8.YRD.DOÇ. DR. SERAP EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
9.YRD.DOÇ. DR. GÜLİZ ONAT BAYRAM	Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
10. YRD.DOÇ. DR. NEŞE ÇELİK	Osmangazi Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
11. YRD.DOÇ. DR. NEVİN ÇITAK BILGIN	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
12. YRD.DOÇ. DR. İLKAY GÜNGÖR	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
13.YRD.DOÇ.DR. MUSTAFA OTRAR	Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi
14.YRD.DOÇ. DR. ESİN ÇETİNKAYA USLUSOY	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
15. YRD.DOÇ. DR. FERIDE YIĞIT	Bilim Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu
16. ARŞ. GÖR. DR. DİLEK COŞKUNER POTUR	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ek 7. Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı;

Ağrılı adetini yaşamınızdaki etkilerini belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmayı siz ve sizin gibi ağrılı adet yaşayan kadınlar üzerinde uygulamayı ve elde ettiğimiz bu bilgiler çerçevesinde sağlık profesyonelleri olarak ağrılı adet yaşayan kadınların bütüncül olarak değerlendirilebilmesini sağlayacak olan bir ölçek geliştirmeyi amaçlamaktayız. Bu nedenle ağrılı adet olduğunuz günlerde yaşadıklarınız, duygularınız, düşünceleriniz ve ağrılı adeti algılama durumunuzu değerlendirmemiz gerekmektedir.

Araştırmamız anket tarzında olup sizin için herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu araştırmaya katılmak için herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz ve size de çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Ölçek içerisindeki bazı maddeler mahremiyet içermekte olup, elde edilen tüm bilgileriniz araştırmacı tarafından toplanarak güvenli bir şekilde saklanacaktır. Sizin onayınız olmadan verdiğiniz bilgiler her ne sebeple olursa olsun başka çalışmalar için kullanılmayacak, kesinlikle üçüncül şahıslara aktarılmayacaktır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmamızın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz. Araştırma uygulamaları için gerekli olan izinler alınmıştır.

Yazılı onam vermiş olsanız dahi araştırmamızın herhangi bir döneminde araştırmadan vazgeçmekte özgürsünüz aynı şekilde gerekirse araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Araştırmacıya araştırma hakkında sormak istediğiniz, bilgi edinmek istediğiniz konularda verilen iletişim numarasından ulaşabilirsiniz.

Yapılacak olan araştırmamızın süresi, amacı uygulanacak yöntemler, yararları konusunda bilgilendirildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait verdiğim bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının
Adı-Soyadı:
Tel.-Faks

Tarih ve İmza:

Araştırmacının
Adı-Soyadı :
Arş.Gör.Uzm.Çiğdem GÜN
Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ
Tel.-Faks: 0216 330 20 70 (1150)
Tarih ve İmza:

Tanıktanık
Adı-Soyadı:
Tel.-Faks
Tarih ve İmza:

Ek 8. DEÖ

	DİSMENORE ETKİLENMİŞLİK ÖLÇEĞİ MADELERİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Adet ağrım olduğunda insanlara karşı anlayışlı olamam.	1	2	3	4	5
2	Adet ağrım olduğunda idrar yapma sıklığım artar.	1	2	3	4	5
3	Adet ağrım olduğunda insanlarla iç içe olmak istemem	1	2	3	4	5
4	Adet ağrım olduğunda karın bölgemi sıkmayacak şekilde giyinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Adet ağrım olduğunda terlemelerim olur	1	2	3	4	5
6	Adet ağrım olduğunda vücudumda uyuşukluk hissederim	1	2	3	4	5
7	Adet ağrım olduğunda çevremdekilerin bana karşı daha anlayışlı olmasını beklerim.	1	2	3	4	5
8	Adet ağrım olduğunda önemli bir işim yoksa evde dinlenmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
9	Adet ağrım olduğunda keyifsiz olurum.	1	2	3	4	5
10	Adet ağrım olduğunda parti, piknik gibi sosyal aktivitelere katılmak istemem.	1	2	3	4	5
11	Adet ağrım günümün iyi geçmesini etkilemez	1	2	3	4	5
12	Adet ağrısı yaşadığım günlerde hayatımı kontrol edebilmek için önce adet ağrımı kontrol altına almam gerekir	1	2	3	4	5
13	Adet ağrım günlük rutinlerimi yapmama engel değildir.	1	2	3	4	5
14	Adet ağrım olduğunda fiziksel görünüşüme her zamanki özeni gösteremem	1	2	3	4	5
15	Adet ağrım nedeniyle derse/işe gelemediğim zamanlar olur.	1	2	3	4	5
16	Adet ağrım olduğunda kendimi sağlıklı hissetmem.	1	2	3	4	5
17	Adet ağrım olduğunda duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
18	Adet ağrım olduğunda karşı cinsle ilişkilerimde rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
19	İnsanların adet ağrısını sorumluluktan kaçmak için bahane olarak kullandığını düşünmelerinden çekinirim.	1	2	3	4	5
20	Adet ağrım olduğunda cinsel konularla ilgilenmem	1	2	3	4	5
21	Adet ağrısı herkesle (kadın/erkek/aile vb.)konuşulabilecek bir konu değildir.	1	2	3	4	5
22	Adet ağrım olduğunda iştah değişiklikleri (iştahta artma/azalma) yaşarım.	1	2	3	4	5

	DİSMENORE ETKİLENMİŞLİK ÖLÇEĞİ MADDELERİ (DEVAM)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
23	İlaç, sıcak uygulama gibi ağrı giderici herhangi bir yöntem kullanmadan adet ağrımın üstesinden gelebilirim.	1	2	3	4	5
24	Adet ağrısında; ağrı kesiciler kanamayı keseceğinden ağrı kesici kullanmak doğru değildir.	1	2	3	4	5
25	Adet ağrım olduğunda o anda yapmakta olduğum faaliyete odaklanamam.	1	2	3	4	5
26	Adet ağrısı adet olmanın doğal bir parçasıdır	1	2	3	4	5
27	Adet ağrım olduğunda bazı gıdaları (baharatlı/asitli/tuzlu/kafeinli vb.) tüketmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
28	Her ay yaşadığım adet ağrısı Allah'ın sabrımı sınamasıdır.	1	2	3	4	5
29	Adet ağrım olduğunda sindirim problemleri (bulantı, kusma, şişkinlik) yaşarım.	1	2	3	4	5
30	Adet ağrısı kişisel mahremiyete girdiğinden gizlenmesi gerekir.	1	2	3	4	5
31	Adet ağrım olduğunda okuduğumu anlayamam.	1	2	3	4	5
32	Adet ağrısı bir çeşit hastalıktır.	1	2	3	4	5
33	Adet ağrım başarı durumumu olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
34	Adet ağrım nedeniyle uyumun bölündüğü zamanlar olur.	1	2	3	4	5
35	Adet ağrıyla başa çıkabilmek için karın bölgemi ve/veya ayaklarımı sıcak tutacak şekilde giyinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
36	Adet ağrım olduğunda uyku pozisyonum (elim karnımda/kıvrılmış/dizler karına çekilmiş şekilde) değişir	1	2	3	4	5
37	Adet ağrım başladığında önceliğim ağrımı gidermeye çalışmaktır.	1	2	3	4	5
38	Adet ağrım olduğunda her zamankinden daha çok uyumak-dinlenmek isterim.	1	2	3	4	5
39	Adet ağrımın ne kadar şiddetli olursa olsun sorumluluklarımı yerine getirmeme engel değildir.	1	2	3	4	5

Ek 9. DEÖ Uygulama Rehberi

DEÖ toplam 39 soru ve 11 alt boyuttan oluşan 18 yaş ve üzeri dismenore yaşayan kadınların Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli çerçevesinde değerlendirilmesini sağlayan bir ölçektir. Ölçek kalem kağıtla öz- bildirime dayalı olarak katılımcı tarafından doldurulmaktadır. Cevaplama süresi katılımcının okuma kavrama durumuna göre yaklaşık 25-30 dakikadır. DEÖ alt boyutları ve içerdiği maddeler aşağıdaki gibidir:

1. Sağlığı algılama, sağlığın yönetimi örüntüsü (Maddeler:6,16)
2. Beslenme ve metabolik örüntü (Maddeler:22,27,29)
3. Boşaltım örüntüsü (Maddeler:2,5)
4. Aktivite-egzersiz örüntüsü (Maddeler:8,10,13,15)
5. Bilişsel- algısal örüntü (Maddeler:25,31,33)
6. Uyku dinlenme örüntüsü (Maddeler:34,36,38)
7. Kendini algılama ve benlik kavramı örüntüsü (Maddeler:4,9,11,12,14,17)
8. Rol ilişki örüntüsü (Maddeler:1,3,7)
9. Cinsellik üreme örüntüsü (Maddeler:18,20)
10. Başatme, stres toleransı örüntüsü (Maddeler:23,35,37,39)
11. Değer inanç örüntüsü (Maddeler:19,21,24,26,28,30,32)

Ölçek 5'li likert tipidir. 5'li dereceleme; Tamamen katılıyorum=5, katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 şeklinde belirlenmiştir. Katılımcıların ölçekten aldıkları puan arttıkça dismenoreden etkilenme düzeyleride artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 39, en yüksek puan 195'tir. Ölçekteki bazı maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde Tamamen katılıyorum=1, katılıyorum=2, kararsızım=3, katılmıyorum=4, kesinlikle katılmıyorum=5 şeklinde puanlanır.

EK 10. DEÖ Uygulama Aşaması Taslağı

DİSMENORE ETKİLENMİŞLİK ÖLÇEĞİ MADDELERİ	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. İnsanların adet ağrısını sorumluluktan kaçmak için bahane olarak kullandığını düşünmelerinden çekinirim.	1	2	3	4	5
2. Adet ağrım olduğunda karın bölgemi sıkmayacak şekilde giyinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
3. Adet ağrım olduğunda önemli kararlar vermek istemem.	1	2	3	4	5
4. Adet ağrımı artırdığını düşündüğüm aktivitelerden kaçınırım.	1	2	3	4	5
5. Adet ağrım olduğunda karşı cinse ilgim azalır.	1	2	3	4	5
6. Adet ağrısı olduğunda kanama kesileceğinden banyo yapmak doğru değildir.	1	2	3	4	5
7. Adet ağrım olduğunda yüz ifademden rahatsız olduğum anlaşılır.	1	2	3	4	5
8. Adet ağrım dersime/işime odaklanmamı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
9. Adet ağrım olduğunda önemli bir işim yoksa evde dinlenmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
10. Adet ağrım olduğunda cinsel konularla ilgilenmem	1	2	3	4	5
11. Adet ağrısı herkesle (kadın/erkek/aile vb.) konuşulabilecek bir konu değildir.	1	2	3	4	5
12. Adet ağrım olduğunda duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
13. Adet ağrım olduğunda okuduğumu anlayamam.	1	2	3	4	5
14. Adet ağrım olduğunda sosyal aktivitelere (parti, piknik vb.) katılmak istemem.	1	2	3	4	5
15. Adet ağrım olduğunda kendimi her zamanki kadar çekici hissedirim.	1	2	3	4	5
16. Her ay yaşadığım adet ağrısı Allah'ın sabrımı sınamasıdır.	1	2	3	4	5
17. Adet ağrım olduğunda keyifsiz olurum.	1	2	3	4	5
18. Adet ağrım başarı durumumu olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
19. Adet ağrım günlük rutinlerimi (ev işleri, özbakım vb.) yapmama engel değildir.	1	2	3	4	5
20. Adet ağrım olduğunda karşı cinsle ilişkilerimde rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
21. Adet ağrısı kişisel mahremiyete girdiğinden gizlenmesi gerekir.	1	2	3	4	5
22. Adet ağrım günümün iyi geçmesini etkilemez.	1	2	3	4	5
23. Adet ağrım olduğunda canım bir şey yapmak istemez.	1	2	3	4	5
24. Adet ağrım olduğunda istediğim gibi yolculuğa çıkarım.	1	2	3	4	5
25. Adet ağrım olduğunda karşı cinsle yakın fiziksel temastan (sarılma vb.) kaçınırım.	1	2	3	4	5
26. Adet ağrısı yaşayan kadının iş yükünün azaltılması gerekir.	1	2	3	4	5

EK 10. DEÖ Uygulama Aşaması Taslağı (devam)

27. Adet ağrısı yaşadığım günlerde hayatımı kontrol edebilmek için önce adet ağrımı kontrol altına almam (gidermem) gerekir	1	2	3	4	5
28. Adet ağrım olduğunda o anda yapmakta olduğum faaliyete odaklanamam.	1	2	3	4	5
29. Adet ağrım nedeniyle derse/işe gelemediğim zamanlar olur.	1	2	3	4	5
30. Adet ağrım olduğunda kadın olmanın ne kadar zor olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
31. Adet ağrısında; ağrı kesiciler kanamayı keseceğinden ağrı kesici kullanmak doğru değildir.	1	2	3	4	5
32. Adet ağrım olduğunda istediğim kadar verimli olamam.	1	2	3	4	5
33. Adet ağrım olduğunda çoğu şeyi kötüye yorma eğilimindeyim.	1	2	3	4	5
34. Adet ağrısı bir çeşit hastalıktır.	1	2	3	4	5
35. Adet ağrım olduğunda fiziksel görünüşüme her zamanki özeni gösteremem	1	2	3	4	5
36. Adet ağrıyla başa çıkabilmek için karın bölgemi ve/veya ayaklarımı sıcak tutacak şekilde giyinmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
37. Adet ağrım olduğunda insanlara karşı anlayışlı olamam.	1	2	3	4	5
38. Adet ağrım olduğunda kendimi sağlıklı hissetmem.	1	2	3	4	5
39. Adet ağrım olduğunda sıcak gıdalar (bitki çayları, çorba vb.) tüketmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
40. Adet ağrım olduğunda yorgun uyanırım.	1	2	3	4	5
41. Adet ağrım olduğunda bağırsak alışkanlıklarım (karında guruldama, ishal, kabızlık, gaz vb.) değişir.	1	2	3	4	5
42. Adet ağrısı adet olmanın doğal bir parçasıdır.	1	2	3	4	5
43. İlaç, sıcak uygulama gibi ağrı giderici herhangi bir yöntem kullanmadan adet ağrımın üstesinden gelebilirim.	1	2	3	4	5
44. Adet ağrım nedeniyle çevremdeki insanların adet döneminde olduğumu fark etmelerinden çekinirim.	1	2	3	4	5
45. Adet ağrısı nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmadan çekinirim.	1	2	3	4	5
46. Adet ağrım olduğunda bazı gıdaları (baharatlı/asitli/tuzlu/kafeinli vb.) tüketmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
47. Adet ağrım olduğunda uykuya dalmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
48. Adet ağrım olduğunda idrar yapma sıklığım artar.	1	2	3	4	5
49. Adet ağrım olduğunda ağrı kesici almamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
50. Adet ağrım olduğunda çevremdekilerin bana karşı daha anlayışlı olmasını beklerim.	1	2	3	4	5
51. Adet ağrım olduğunda vücudumda uyuşukluk hissedirim.	1	2	3	4	5
52. Adet ağrım olduğunda sindirim problemleri (bulantı, kusma, şişkinlik) yaşarım.	1	2	3	4	5
53. Adet ağrım olduğunda uyku pozisyonum (elim karnımda/kıvrılmış/dizler karına çekilmiş şekilde) değişir	1	2	3	4	5
54. Adet ağrım olduğunda terlemelerim olur.	1	2	3	4	5
55. Adet ağrım başladığında önceliğim ağrımı gidermeye çalışmaktır.	1	2	3	4	5

EK 10. DEÖ Uygulama Aşaması Taslağı (devam)

56.Adet ağrım olduğunda insanlarla iç içe olmak istemem	1	2	3	4	5
57.Adet ağrım olduğunda sıcak ortamları tercih ederim.	1	2	3	4	5
58.Adet ağrım olduğunda iştah değişiklikleri (iştahta artma/azalma) yaşarım.	1	2	3	4	5
59.Adet ağrım olduğunda her zamankinden daha çok uyumak-dinlenmek isterim.	1	2	3	4	5
60.Adet ağrımın ne kadar şiddetli olursa olsun sorumluluklarımı yerine getirmeme engel değildir.	1	2	3	4	5
61.Adet ağrım nedeniyle uykumun bölündüğü zamanlar olur.	1	2	3	4	5
62.Adet ağrım nedeniyle huzursuz olurum	1	2	3	4	5
63.Adet ağrım nedeniyle halsiz olurum.	1	2	3	4	5

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Çiğdem	Soyadı	Gün
Doğum Yeri	Isparta	Doğum Tarihi	23.11.1983
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail	cigdem.gun@marmara.edu.tr.		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.	2014
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.	2011
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2006
Lise	Gürkan Süper Lisesi	2002

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008-2014
2. Araştırma Görevlisi	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2007-2008
3. Hemşire	Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi genel Yoğun bakım Hemşiresi	2006-2007

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	66							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
LES Puanının ALES Puanına dönüştürülmesi			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (tüm sürümleri)	İyi
SPSS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilimsel Faaliyetler

- Gün Ç, Kömürcü N. The Relationship Between Self-esteem and Self-care Agency in Hysterectomy Patients. Journal of Research in Nursing and Midwifery, 2013; 2(7): 89-95.

-Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Gün Ç. Türkiye'deki Hemşirelik Dergilerinden Cinselliğe Bakış: Bir Literatür İncelemesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2014;11 (1): 9-17.

-Komurcu N, Demirci N, Yildiz H, Eksi Z, Can Gurkan O, Coskuner Potur D, Sayin S.D, Cosar F, Durmaz A, Gun C. Evaluation of Perinatology Nursing Certificate Program. Procedia Social and Behavioral Sciences, 1G11, 47; 11SG - 11S4.

-Perinatoloji Hemşireliği Kitabı (2010) içinde: Doğum Sonu Kanamalar ve Bakım Yönetimi

-Perinatoloji Hemşireliği Kitabı (2010) içinde: Doğum Sonu Enfeksiyonlar

-Gün Ç, Durmaz A. Akupunkturun Yeniden Keşfi: İnfertilite. Sağlık Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu. 12-13 Ocak 2012, İstanbul (Poster bildiri)

-Durmaz A, Gün Ç. Prenatal Kayıpta Terapötik İletişim. . I. Ulusal İletişim Sempozyumu Ben, Sen ve Biz: İlişkilerimiz. 25 Kasım 2011, İstanbul (Poster bildiri)

-Gün Ç, Durmaz A. İlişkilerimizde Empatik İletişim. I. Ulusal İletişim Sempozyumu Ben, Sen ve Biz: İlişkilerimiz. 25 Kasım 2011, İstanbul (Poster bildiri)

-Durmaz A, Gün Ç. Müzik Terapi Ve Doğum Ağrısı. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu. 09 Aralık 2011, İstanbul (Poster bildiri)

-Gün Ç, Durmaz A. Menopozda Bitkisel Tamamlayıcı Tedavi. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavilere Bakış Sempozyumu. 09 Aralık 2011, İstanbul (Poster bildiri)

-Kömürcü N, Demirci N, Yıldız H, Eksi Z, Can Gurkan O, Coskuner Potur D, Sayin S.D, Cosar F, Durmaz A, Gun C. Evaluation of Perinatology Nursing Certificate Program. Cyprus international conference on educational research. B - 10 Şubat 2012, Northern Cyprus (Sözlü bildiri)

