

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**ÇALIŞAN KADINLARDA PREMENSTRUAL  
SENDROMUN VE PREMENSTRUAL DÖNEMDE  
KİNEZYOFOBİNİN, İŞ PERFORMANSININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Büşra SAYİR**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Barış ÇAYPINAR

**İstanbul – 2023**



## TEZ TANITIM FORMU

**Yazar Adı Soyadı** : Büşra SAYİR

**Tezin Dili** : Türkçe

**Tezin Adı** : Çalışan Kadınlarda Premenstrual Sendromun ve Premenstrual Dönemde Kinezyofobinin, İş Performansının Değerlendirilmesi

**Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

**Tezin Türü** : Yüksek Lisans

**Tezin Tarihi** : 10.01.2023

**Sayfa Sayısı** : 86

**Tez** : Dr. Öğr. Üyesi Barış ÇAYPINAR

**Danışmanları**

**Dizin Terimleri** : Menstrüel Siklus, Premenstrüel Sendrom, Premenstrüel Dönem, İş performansı, Görev Performansı Çalışan Kadınlar, Hareket Korkusu

**Türkçe Özet** : Bu çalışma, çalışmakta olan kadınlarda premenstrual sendrom görülme oranını, premenstrual dönemdeki kinezyofobiyi ve iş performansını değerlendirmek, PMS ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

*Büşra SAYİR*

**T. C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

**ÇALIŞAN KADINLARDA PREMENSTRUAL  
SENDROMUN VE PREMENSTRUAL DÖNEMDE  
KİNEZYOFOBİNİN, İŞ PERFORMANSININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

**Büşra SAYİR**

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Barış ÇAYPINAR

**İstanbul – 2023**

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Büşra SAYİR

.../.../2023



**İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Büşra SAYİR' in **Çalışan Kadınlarda Premenstrual Sendromun ve Premenstrual Dönemde Kinezyofobinin, İş Performansının Değerlendirilmesi** adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Fizyoterapi ve Rehabilitasyon anabilim dalı, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

*Dr. Öğr. Üyesi Başak*

*ÇAYPINAR ESER*

Üye

*Doç. Dr. Figen KOÇYİĞİT*

Üye

*Dr. Öğr. Üyesi Barış*

*ÇAYPINAR*

*(Danışman)*

**ONAY**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 20..

*Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ*

Enstitü Müdürü

## ÖZET

**Giriş:** Kadınların ortalama 36 yıllık uzun bir üreme ömrü vardır; 8,5 ile 13 yaşlarındaki menarştan yaklaşık 51 yaşındaki menopoza kadar olan süreci kapsar. Menstrüasyon, foliküler olgunlaşma, ovulasyon ve korpus luteum oluşumuna dayanan foliküler ve luteal olmak üzere iki farklı ana faza ayrılır. Fiziksel ve davranışsal belirtilerle karakterize olan Premenstrual Sendrom(PMS), menstrüel siklusun ikinci yarısında kendini gösterir ve kadınların hayatını olumsuz olarak etkiler. Üreme dönemindeki kadınların %40'ında PMS semptomları görülmektedir. Düşük oranlarda ağır semptomlar görülebilir. “Şişkinlik, ağrı, kaygı ve gerginlik; ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk en sık görülen PMS belirtileridir.” Bu semptomlar genellikle bir hafta kadar sürer. Yapılan çalışmalar PMS’li bireylerin iş performansının da etkilenebileceğini göstermektedir. Premenstrual dönemdeki semptomlu geçirilen bir haftalık süreç kadın hayatında önemli bir süreyi kapsamaktadır. Çalışan kadınların inceleneceği bu çalışmada premenstrual dönemde PMS tanımına uygun olmasa da süreci semptomlu geçiren kadınların hareket etmekte kendilerini sınırlamalarının iş performansını negatif yönde etkileyeceği ve yaralanmaya daha açık bir hale geleceği düşünülmektedir.

**Amaç:** Premenstrüel sendrom (PMS), kadınların çalışma sürecini, sosyal aktivitelerini ve kişilerarası iletişimlerini bozabilir ve daha düşük bir yaşam kalitesine yol açabilir. Bu çalışma, çalışmakta olan kadınlarda premenstrual sendromun prevalansını, premenstrual dönemdeki kinezyofobiyi, iş performansını ve sosyodemografik özellikleri ile PMS belirtileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve iş performansına premenstrüel sendromun (PMS) etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Metod:** Araştırma modeli ilişkisel tarama modelidir. İki veya daha fazla değişkenin kovaryansını belirlemeyi amaçlayan tarama yöntemine denir. İlişkisel tarama modelinde değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişiklik olursa nasıl olduğu saptanmaya çalışılır. Bu modele göre amaç, örneklem grubuna olabildiğince hızlı ve kişisel olarak ulaşarak araştırmanın amacına uygun yürütülmesidir. Araştırmanın evrenini Türkiye’de çalışan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 350 kadın oluşturmaktadır.

**Bulgular:** PMSÖ ve İPÖ toplam puanlarının demografik gruplar arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). TKÖ toplam puanının yaş dışındaki ( $p<0.05$ ) demografik gruplar arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). PMSÖ toplam puanı ile yaşanan yerin büyüklüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ( $r=-0.128$ ;  $p<0.05$ ) ilişki vardır. Adet ağrısı ile PMSÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır ( $r=0.274$ ;  $p<0.01$ ). TKÖ ile yaş ( $r=0.115$ ;  $p<0.05$ ), yaşanan yerin büyüklüğü ( $r=0.127$ ;  $p<0.05$ ) ve adet ağrısı VAS değeri ( $r=0.157$ ;  $p<0.01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır. TKÖ ile PMSÖ'nün iştah değişimleri ( $p>0.05$ ) ve şişkinlik ( $p>0.05$ ) boyutları dışındaki tüm boyutlarıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). GLM analizi sonuçlarına göre TKÖ düzeyini 30 ve altında yaşa sahip olmak ( $B=-10.385$ ;  $p<0.05$ ), ilçe/kasabada yaşamış olmak ( $B=-20.716$ ;  $p<0.01$ ), PMSÖ ölçeği anksiyete ( $B=0.455$ ;  $p<0.01$ ), PMSÖ ölçeği ağrı ( $B=0.423$ ;  $p<0.05$ ) ve PMSÖ ölçeği uyku değişimleri ( $B=0.426$ ;  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemektedir.

**Sonuçlar:** Çalışan kadınlarda PMS düzeylerinin kinezyofobi düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediğini, ancak bunu iş yaşamında performans boyutlarını etkilemesine izin vermediklerini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Menstrüel Siklus, Premenstrual Sendrom, Premenstrual Dönem, İş performansı, Görev Performansı, Çalışan Kadınlar, Kinezyofobi



## SUMMARY

**Introduction:** Women have a long reproductive life with an average of 36 years; it covers the period from menarche at the ages of 8.5-13 years to menopause at the age of about 51 years. Menstruation is divided into two different main phases, follicular and luteal, based on follicular maturation, ovulation, and corpus luteum formation. Premenstrual Syndrome (PMS), which is characterized by physical and behavioral symptoms, manifests itself in the second half of the menstrual cycle and negatively affects women's lives. PMS symptoms are seen in 40% of women in the reproductive period. "Severe symptoms may be seen at low rates. Bloating, pain, anxiety and tension; crying spells, depression, fatigue are the most common PMS symptoms." These symptoms usually last up to a week. Studies show that the work performance of individuals with PMS can also be affected. One-week period with symptoms in the premenstrual period covers an important period in a woman's life. In this study, which will examine working women, it is thought that although it is not suitable for the definition of PMS in the premenstrual period, it is thought that limiting themselves while moving will negatively affect their work efficiency and become more vulnerable to injury.

**Aim:** Premenstrual syndrome (PMS) can disrupt women's working process, social activities and interpersonal communication and lead to a lower quality of life. This study was conducted in order to evaluate the prevalence of premenstrual syndrome in working women, kinesiophobia in the premenstrual period, job performance and the relationship between sociodemographic characteristics and PMS symptoms and to examine the effect of premenstrual syndrome (PMS) on performance at work.

**Method:** The model of the research is the relational screening model. It is called screening approach that aims to determine the existence of co-variation between two or more variables. In the relational screening model, it is tried to determine whether the variables change together; if there is a change, how it happens. According to this model, the aim is to reach the sample group as quickly and personally as possible and to carry out the research in accordance with its purpose. The population of the research consists of working women in Turkey. The sample of the study consists of 350 women.

**Findings:** The differences between the demographic groups of PMSS and IPS total scores were not statistically significant ( $p>0.05$ ). The differences of the TSK total score between the demographic groups other than age ( $p<0.05$ ) were not statistically significant ( $p>0.05$ ). There is a statistically significant and negative relationship ( $r=-0.128$ ;  $p<0.05$ ) between the PMSS total score and the size of the living place. There was a statistically significant and positive correlation between menstrual pain and PMSS ( $r=0.274$ ;  $p<0.01$ ). There is a statistically significant and positive correlation between TKS and age ( $r=0.115$ ;  $p<0.05$ ), size of living place ( $r=0.127$ ;  $p<0.05$ ) and menstrual pain VAS value ( $r=0.157$ ;  $p<0.01$ ). The relationship between TSK and PMSS with all dimensions except appetite changes ( $p>0.05$ ) and bloating ( $p>0.05$ ) was statistically significant ( $p<0.05$ ). According to the results of GLM analysis, having a TSK level of 30 and below ( $B=-10.385$ ;  $p<0.05$ ), living in a town/town ( $B=-20.716$ ;  $p<0.01$ ), PMSS scale anxiety ( $B=0.455$ ;  $p<0.01$ ), PMSS scale pain ( $B=0.423$ ;  $p<0.05$ ) and PMSS scale sleep changes ( $B=0.426$ ;  $p<0.01$ ) affect statistically significantly.

**Results:** It shows that PMS levels in working women affect kinesiophobia levels statistically, but they do not allow this to affect performance dimensions in business life.

**Keywords:** Menstrual Cycle, Premenstrual Syndrome, Premenstrual Period, Job Performance, Duty Performancw, Working Women, Kinesiophobia

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY .....	iii
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
EKLER LİSTESİ .....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

1.1. Araştırmanın Problemleri .....	5
1.2. Araştırmanın Soruları .....	5
1.3. Araştırmanın Amacı.....	6
1.4. Araştırmanın Önemi .....	7
1.5. Araştırmanın Varsayımları .....	8
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	8

### İKİNCİ BÖLÜM KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kadın Üreme Sistemi Anatomisi.....	9
2.1.1. Kadın Dış Genital Organlar.....	9
2.1.1.1. Mons Pubis (Mons Veneris).....	9
2.1.1.2. Labium Majus Pudendi.....	9
2.1.1.3. Labium Minus Pudendi .....	10
2.1.1.4. Clitoris .....	10
2.1.1.5. Vestibulum Vaginae .....	10
2.1.1.6. Bulbus Vestibuli .....	11
2.1.1.7. Glandula Vestibularis Major .....	11
2.1.1.8. Glandula Vestibularis Minores.....	11
2.1.1.9. Hymen .....	11
2.1.1.10. Perine.....	12
2.1.1.11. Üretra Externa Orifisi .....	12
2.1.1.12. Üretra.....	12
2.1.2. Kadın İç Genital Organlar .....	13
2.1.2.1. Ovarium.....	13
2.1.2.2. Tuba Uterina .....	13
2.1.2.3. Vaginae.....	14

2.1.4. Uterus .....	15
2.2. Menstrual Siklus .....	16
2.2.1. Endometrial Siklusun Preovulatar Proliferatif (Östrojenik) Fazı .....	17
2.2.2. Endometriyum Döngüsünün Postovulatar Salgı (Progestasyonal) Fazı..	18
2.2.2. Menstrüasyon .....	18
2.3. Premenstrual Sendrom.....	19

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **YÖNTEM VE TEKNİKLERİ**

3.1. Araştırmanın Modeli.....	23
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi .....	23
3.2.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	23
3.2.2 Araştırmadan Dışlama Kriterleri .....	24
3.3. Veri Toplama Araçları.....	24
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu .....	24
3.3.2 Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) .....	25
3.3.3 Tampa Kinezyofobi Ölçeği .....	25
3.3.4 İş Performansı Ölçeği .....	25
3.4. Veri Analizi .....	26

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
----------------------	-----------

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA VE YORUM.....</b>	<b>48</b>
<b>SONUÇLAR .....</b>	<b>53</b>
<b>ÖNERİLER .....</b>	<b>56</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>63</b>

## KISALTMALAR

<b>a. v.</b>	:	Arter Ven
<b>cm</b>	:	santimetre
<b>DFA</b>	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>FSH</b>	:	Folikül Stimüle Edici Hormon
<b>gl</b>	:	glandula
<b>GnRH</b>	:	Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
<b>İPÖ</b>	:	İş Performansı Ölçeği
<b>LH</b>	:	Luteinleştirici Hormon
<b>Lig.</b>	:	ligamentum
<b>m.</b>	:	musculus
<b>ml</b>	:	millilitre
<b>mm.</b>	:	millimetre
<b>n.</b>	:	nervus
<b>PMDB</b>	:	Premenstrual Disrofik Bozukluk
<b>PMS</b>	:	Premenstrual Sendrom
<b>PMSÖ</b>	:	Premenstrual Sendrom Ölçeği
<b>TKÖ</b>	:	Tampa Kinezyofobi Ölçeği
<b>vb.</b>	:	ve benzeri

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 2.1</b> Premenstrual Sendromla İlişkili Semptomlar .....	21
<b>Tablo 2.2</b> Premenstrual Sendromun Ayırıcı Tanısı.....	22
<b>Tablo 4.1</b> Demografik Özellikler.....	27
<b>Tablo 4.2</b> Yaşanan yere göre dağılım .....	27
<b>Tablo 4.3</b> Ekonomik duruma göre dağılım.....	28
<b>Tablo 4.4</b> Medeni duruma göre dağılım.....	28
<b>Tablo 4.5</b> Eğitim durumuna göre dağılım.....	28
<b>Tablo 4.6</b> Sigara içme durumuna göre dağılım .....	29
<b>Tablo 4.7</b> Çalışma süresine göre dağılım.....	29
<b>Tablo 4.8</b> Doğum yapma durumuna göre dağılım .....	30
<b>Tablo 4.9</b> Doğum kontrol hapi kullanma durumuna göre dağılım .....	30
<b>Tablo 4.10</b> Katılımcıların parametrik olarak alınan boy, kilo, adet süresi, adet günü ve döngüsü verilerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	31
<b>Tablo 4.11</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının puan dağılımları.....	31
<b>Tablo 4.12</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının normal dağılıma uygunluğu için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçları .....	32
<b>Tablo 4.13</b> Demografik Özelliklere Göre PMSÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar .....	33
<b>Tablo 4.14</b> Demografik Özelliklere Göre TKÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar .....	35
<b>Tablo 4.15</b> Demografik Özelliklere Göre İş Performans Düzeyleri Arasındaki Farklar.....	37
<b>Tablo 4.16</b> Demografik Değişkenler ile İPÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman's rho testi sonuçları.....	38
<b>Tablo 4.17</b> Demografik Değişkenler ile TKÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman's rho testi sonuçları.....	40
<b>Tablo 4.18</b> Demografik Değişkenler ile İPÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman's rho testi sonuçları.....	41
<b>Tablo 4.19</b> PMSÖ ile İPÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	43
<b>Tablo 4.20</b> PMSÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	44
<b>Tablo 4.21</b> İPÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları.....	45
<b>Tablo 4.22</b> PMSÖ'nün TKÖ Üzerindeki Etkisine yönelik yapılan regresyon analizi (Genelleştirilmiş Lineer Model-GLM-Logit Model) sonuçları .....	46

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kadın Dış Genital Organları.....	9
Şekil 2. Hymen Görünümleri.....	12
Şekil 3. Kadın İç Genital Organları .....	14
Şekil 4. Menstrual Siklusta Ovaryumda Meydana Gelen Değişiklikler .....	17



## EKLER LİSTESİ

<b>EK:A</b> Kişisel bilgi formu .....	63
<b>EK:B</b> Premenstrual Sendrom Ölçeği(PMSÖ) .....	65
<b>EK:C</b> Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ).....	67
<b>EK:Ç</b> İş Performans Ölçeği (İPÖ).....	68





## ÖNSÖZ

Çağdaş medeniyetler seviyesine çıkabilmemiz için ömür boyu çalışan bu uğurda canını hiçe sayan ulu önderimiz M. Kemal Atatürk'e, onun silah arkadaşlarına ve aziz şehitlerimize sonsuz minnetlerimi sunarım.

Araştırmamda fikirlerimi destekleyen Dr. Öğr. Üyesi Barış ÇAYPINAR'a ve Dr. Motaz ALAWNA'ya, tezimi gerçekleştirene kadar bilgi ve birikimlerini hayatıma ve mesleğime katan tüm değerli hocalarıma, tüm öğrenim hayatım süresince yanımda olan, fizyoterapist olmamı sağlayan, beni okutan, eğitimime maddi ve manevi destek olan ve tezimin her aşamasında varlığıyla ve enerjisiyle bana güç veren annem Şazimet SAYİR ve babam Muammer SAYİR'e, beni her zaman daha iyisini başarmam için cesaretlendiren ablam Kübra SAYİR ve kardeşim Hümeysra SAYİR'e, bu süreçte bilgi ve desteğini benden esirgemeyen arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Menstrüasyon, hipotalamus, hipofiz bezi ve overler tarafından üretilen hormonların etkileşimlerine yanıt olarak endometriyumun periyodik olarak düzenli bir şekilde dökülmesidir(Mihm, Gangooly ve Muttukrishna, 2011). Menarştan(ilk menstrual kanama) menopoza kadar, ergenler başlangıçta menarştan sonra anovulatuvar döngüler yaşayabilirken, döngülerin büyük çoğunluğu oldukça düzenli olur ve kanama ortalama 3-7 gün sürer. 21-45 günde bir tekrarlayan hormonal değişikliklere 20-80 ml kanama eşlik eder. Vajinal kanamanın ilk günü siklusun ilk günü olarak kabul edilir ve bir sonraki kanamanın ilk gününe kadar geçen süre menstrüel siklus süresidir (Fritz ve Speroff 2011),(Kişnişçi, 1996).

“Fizyolojik olarak menstruasyon fazı, folliküler faz, periovulatuvar faz, luteal faz ve premenstrual faz” olarak beş fazdan oluşan normal menstrual siklus, olgun bir folikül oluşumu ve her döngüde bir oositin salınması ile sonuçlanır ve adetler döllenme olmadan meydana gelir (Wallace, 2010). Menstrual kanama luteal fazın sonunda ve foliküler fazın başlangıcında meydana gelir.

İlk aşama, kanamanın olduğu gün başlayan ve yumurtlamaya kadar devam eden foliküler aşamadır. Foliküler faz adet döngüsünün ilk yarısını yani ilk 14 günü kapsar ve yumurtlama ile son bulur (Aitken, 2008). Luteal faz ise ovulasyondan başlayıp menstrüasyonun başlayacağı güne kadar olan 14 günlük süreci kapsar. Menstrual döngünün son evresi *premenstrual fazın* luteal fazın sonunu, yani menstrual kanamadan birkaç gün önceki süreci ve menstrual döngünün 26-28. günlerini kapsar. FSH, LH, östrojen ve progesteron seviyeleri düşüktür(Yeung, 2013).

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrual siklusun luteal fazında döngüsel olarak gerçekleşen ve kadınların yaklaşık %30'unun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen duygusal ve fiziksel semptomların bir kombinasyonudur (Studd, Savvas ve Watson, 2018). Üreme çağındaki kadınların %12-48'inde teşhis edilen ve ülkeler arasında büyük çeşitlilik gösteren küresel bir hastalıktır (Direkv ve Moghadam, 2014), (Robert F ve Casper, MD).

PMS'li kadınların birçok fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtileri vardır (Erbil N ve Karaca A, 2010). Fiziksel belirtiler; “meme hassasiyeti ve dolgunluğu, abdominal şişkinlik ve ağrı, baş ağrısı, konstipasyon, kilo alma, mide bulantısı, diare,

ödem, kas ve eklem ağrısı, özel besinlere karşı ilgi, akne, yorgunluk, sıcak basması, uykusuzluk ve aşırı uyku halidir” (Tanrıverdi G ve Selçuk E, 2010).

Davranışsal belirtiler; “cinsel istekte değişiklik, çalışma alışkanlığında değişiklik, insan ilişkilerinden kaçınma, tartışmaya eğilim ve ağlama nöbetleridir” (Köse 2009). Psikolojik belirtiler; “öfke, yetersizlik duygusu, depresyon, anksiyete, unutkanlık, huzursuzluk, suçluluk hissi, paranoya, ses ve ışığa aşırı duyarlılıktır. İntihar düşüncesi, şiddete eğilim ve psikoz da görülebilir” (Tanrıverdi G ve Selçuk E, 2010).

Adet öncesi belirtiler bir kadının adet döngüsünden menopoza kadar görülebilir. Menstrüel siklusun luteal fazında semptomlar gösteren bu bozukluk, menstrüasyonun başlamasıyla hızla kaybolur. PMS'nin etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Normal adet döngüsü gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) tarafından bloke edilen PMS'li kadınların, PMS'li olmayan kadınlara göre daha fazla “sinirlilik, şişkinlik, üzüntü, yorgunluk ve işlevsel bozukluk” yaşadıklarını bildirmiştir. Epidemiyolojik çalışmalar menstrüasyon gören kadınların %15-20'inin PMS yaşadığını göstermektedir (Rick Kellerman, 2021).

Kadınların yaklaşık %5'inde bu belirtiler günlük aktivitelerde sorunlara neden olabilmektedir (Michelle L, Matthews MD, Hurst MD, Bradley S ve Paul B, 2002). Adet döngüsü, çocukluktan yetişkinliğe kadar bir kadının hayatında sayısız değişiklik getiren bir olgudur. Hormonal boşalmalara neden olan bu değişiklikler her kadını farklı şekilde etkileyebilir ve iş performansını, sosyal etkileşimleri ve hatta spor performansını etkileyebilir (Luiz da Silva ve Teixeira , 2013).

Premenstrual dönemde görülen bu değişiklikler maddi zarara neden olmakta, kaza olasılığını artırmakta, okul performansını, iş kalitesini, özgüvenini, duygusal iyi oluşunu, gençlerin günlük yaşamlarını ve sosyal aktivitelerini etkilemektedir (Ölçer Z ve Bakır N, 2017). Bu nedenle kadınların bu adet öncesi semptomları tedavi etmesi çok önemlidir. PMS şikayetleri işteki performansı ve verimliliği düşürmekle birlikte, toplumsal ve sosyal ilişkileri ve özgüveni zayıflatır (Demir, B., Algül, L. Y., ve Güven 2006).

Adet öncesi sorunlar özellikle yetişkin üreme çağındaki yetişkin kadınların normal hayatını engelleyen büyük bir sorundur. Yılda yaklaşık 12 kez adet gören bir

kadın için her 7-10 gün gibi sıkıntılı bir dönem yılda toplam 3-4 ay sıkıntılı bir dönemi ifade eder ki bu önemli bir süredir ve kişinin hayat kalitesini düşürmektedir.

Bireyin ağrı şiddeti ve fonksiyonelliklerinin hareket korkusunu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Erdoğanoglu ve Gül, 2021), (Shakeri, 2013). Kinezyofobi, “yaralanmanın kırılmağına olan inançtan veya yeniden yaralanma korkusundan kaynaklanan, irrasyonel ve yıkıcı bir hareket korkusu” olarak tanımlanır. Kinezyofobi, yorgunluk veya bitkinlik, fiziksel veya zihinsel rahatsızlık belirtileri korkusu olarak da karakterize edilebilir. Kişi, gerçek veya potansiyel tehditlere aşırı tepki verir ve daha fazla yaralanmayı önlemek için hipervijilans gibi davranışlar geliştirir (Norato, 2022). Kinezyofobi ile birçok hastalığın ilişkisi araştırılmıştır ancak Premenstrual sendrom ile kinezyofobi arasındaki ilişki araştırılmamıştır. Bununla birlikte iş performansı ile kinezyofobi arasında bir ilişki olup olmadığı henüz bilinmemektedir.

PMS 'nin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmadığı için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşur. Hasta ve ailesinin eğitimi, menstrüasyon ve menstrual sıklusa dair yanlış inanç ve bilgilerin yok edilmesi, yaşam stili, iş ya da aile ilişkilerinde değişiklikler ve tıbbi tedaviden oluşmaktadır (Kızılkaya, 1995).

PMS ile baş etmede analjezik kullanımından önce, kadınların menstrual şikâyetlerle başa çıkma, gevşeme yöntemlerini (düzenli egzersiz, beslenmenin düzenlenmesi, stresle yönetim teknikleri vb.) uygulamaları konusunda desteklenmeleri gerekir (Taşçı, 2006). Düzenli egzersize bağlı olarak yakınmaların azaldığı görülmüştür (Günes G, Pehlivan E ve Genç M, 1997).

Egzersiz sonucunda artan sistolik kan basıncı endojen opioid sistemi aktive eder ve endorfinlerin “egzersiz kaynaklı ağrı kesici etkisi” ortaya çıkar (Çavlıca B, Bereket Yücel S, Darçın N ve Mirzai İT, 2009). Teixeira ve arkadaşlarının, fiziksel aktivite düzeyi ve PMS prevalansı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi ile PMS semptomları arasında ters bir ilişki olduğu bulunmuştur (Teixeira ALS ve Oliveira ECM, 2013).

Araştırmalar, premenstrual yakınmaların kadınların günlük yaşamını kısıtlayan önemli bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Menstruasyon gören

kadınların zamanlarının %25'ini premenstrual fazda geçirdiklerini dikkate alırsak durumun önemi daha açık bir şekilde ortaya çıkacaktır. Bu araştırma, Türkiye'de çalışmakta olan kadınlarda premenstrual sendrom prevalansını, premenstrual dönemde kinezyofobiyi ve iş performansını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılacaktır. Ayrıca bu çalışmaya katılan kadınların yaş, boy, kilo, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile PMS belirtileri arasındaki ilişki incelenecektir. Kadınların kendilerini tanımlarına ve adet döngülerine yönelik daha ileri eylemlerin gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

**Bu çalışmanın hipotezleri şunlardır:**

**H1:** “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.”

**H2:** “Katılımcıların TKÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.”

**H3:** “Katılımcıların iş performans düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.”

**H4:** “Katılımcıların demografik özellikleri ile PMSÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H5:** “Katılımcıların demografik özellikleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H6:** “Katılımcıların demografik özellikleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H7:** “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H8:** “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H9:** “Katılımcıların İPÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.”

**H10:** “Kadınların PMSÖ düzeyleri, TKÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.”

# BİRİNCİ BÖLÜM

## ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

### 1.1. Araştırmanın Problemleri

1. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık beklenmektedir.”
2. “Katılımcıların TKÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık beklenmektedir.”
3. “Katılımcıların iş performans düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık beklenmektedir.”
4. “Katılımcıların demografik özellikleri ile PMSÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir.”
5. “Katılımcıların demografik özellikleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir.”
6. “Katılımcıların demografik özellikleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir.”
7. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bir beklenmektedir.”
8. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir.”
9. “Katılımcıların İPÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki beklenmektedir.”
10. “Kadınların PMSÖ düzeyleri, TKÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.”

### 1.2. Araştırmanın Soruları

1. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık var mıdır?”

2. “Katılımcıların TKÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık var mıdır?”
3. “Katılımcıların iş performans düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık beklenmektedir.”
4. “Katılımcıların demografik özellikleri ile PMSÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?”
5. “Katılımcıların demografik özellikleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?”
6. “Katılımcıların demografik özellikleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?”
7. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bir var mıdır?”
8. “Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?”
9. “Katılımcıların İPÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki var mıdır?”
10. “Kadınların PMSÖ düzeyleri, TKÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde fark var mıdır?”

### **1.3. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, Türkiye’de çalışmakta olan kadınlarda premenstrual sendrom prevalansını, premenstrual dönemde kinezyofobiyi ve iş performansını değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla yapılacaktır. Ayrıca bu çalışmada, bu çalışmaya katılan kadınlarda yaş, boy, kilo, medeni durum, eğitim düzeyi, ekonomik durum, sigara kullanımı gibi sosyodemografik özellikler ile PMS semptomları arasındaki ilişki incelenmiştir.

#### 1.4. Araştırmanın Önemi

Kadınların uzun bir üreme ömrü vardır ortalama 36 yıldır; 8,5 ile 13 yaşları arasında menarştan yaklaşık 51 yaşındaki menopoza kadar geçen süreyi kapsar. Menstrüasyon, foliküler olgunlaşma, ovulasyon ve korpus luteum oluşumuna dayanan foliküler ve luteal olmak üzere iki farklı ana faza ayrılır. Menstrual siklus ile ilgili çeşitli problemler mevcuttur. Premenstrüel sendrom (PMS), fiziksel ve davranışsal belirtilerle karakterize, menstrüel siklusun ikinci yarısında geç luteal fazında başlayan ve menstrüasyonun başlamasıyla birlikte kaybolan kadınların yaşamını olumsuz olarak etkileyen bir durumdur.

Üreme dönemindeki kadınların %40'ında PMS belirtileri görülmektedir. Menstrüel döngünün 7- 10 gün öncesinde duygularda değişim, sinirlilik, kaygı, enerji azalması, depresif duygu durumu, değersizlik düşünceleri, dikkat toplama güçlüğü, iştahta değişimler, göğüslerde şişkinlik, eklem ağrıları gibi tipik belirtiler ortaya çıkmaktadır. Düşük oranlarda şiddetli semptomlar görülebilir. “Şişkinlik, ağrı, kaygı ve gerginlik; ağlama nöbetleri, depresyon, yorgunluk en sık görülen PMS belirtileridir.” Bu semptomlar genellikle bir hafta kadar sürer. Bu belirtileri yaşayan kadınların, bu süreç boyunca yaşam kalitelerinin düştüğü düşünülmektedir. Türkiye’de çalışan kadınlarda yapılan bir araştırmaya göre kadınlarda PMS prevalansı %51, hafif şiddette %33, orta şiddette %16 ve şiddetli %2 olarak bulunmuştur. Menstrual siklus kadının yaşamında önemli bir süreyi kapsamakta ve PMS prevalansının bu kadar yüksek olması kadın hayatı için önemli olumsuz bir faktör olduğu görülmektedir

Premenstrual Sendromun kadınların yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Yapılan çalışmalar PMS’li bireylerin iş performansının da etkileyebileceğini göstermektedir. Premenstrual dönemdeki semptomlu geçirilen bu bir haftalık süreç kadın hayatında önemli bir süreyi kapsamaktadır. Çalışan kadınların inceleneceği bu çalışmada premenstrual dönemde PMS tanımına uygun olmasa da süreci semptomlu geçiren kadınların hareket etmekte kendilerini sınırlamalarının iş verimliliğini negatif yönde etkileyeceği ve yaralanmaya daha açık bir hale geleceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalara göre fiziksel aktivite düzeyi düşük olan kadınlarda PMS belirtilerine daha sık rastlanıldığı gösterilmiştir. İş hayatında da uzun süre aynı



pozisyonlarda hareketsiz çalışmak PMS için değerlendirilmesi gereken önemli bir noktadır.

Bu çalışmada amaç, premenstrual sendromu olan ve olmayan kadınların, premenstrual dönemde kinezyofobi düzeyi, iş performansı düzeylerini değerlendirmek ve karşılaştırmaktır. Araştırmamız, bu değişkenleri etkileyen sosyodemografik değişkenlerin etkisini araştırmak açısından da önemlidir. Bu değerlendirme sonuçları ışığında; normal fizyolojik bir olay olan menstrual süreci daha bilinçli bir hale getirebilmek için bilgilendirici eğitimler ve kadınlara uygun koruyucu rehabilitasyon önerilebilir. Yapılan araştırmanın alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **1.5. Araştırmanın Varsayımları**

Çalışmanın varsayımları;

1. Bu araştırmaya katılanların soruları doğru cevaplamaları beklenmektedir.
2. Bu araştırmanın evrenini Türkiye'de çalışan kadın işçiler oluşturmaktadır.
3. Mevcut çalışmada kullanılan ölçekler;
  - Katılımcı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu
  - Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ)
  - İş Performansı Ölçeği (İPÖ)
  - Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ)

### **1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Mevcut çalışma Türkiye'de yaşayan ortalama 350 kadın ile sınırlı olacaktır.
2. Mevcut çalışmada elde edilen veriler kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler ile sınırlıdır.
3. Mevcut çalışma yerli ve yabancı erişim sağlanabilen kaynaklar ile sınırlıdır.
4. Mevcut çalışma elektronik ortamda gerçekleşecektir.

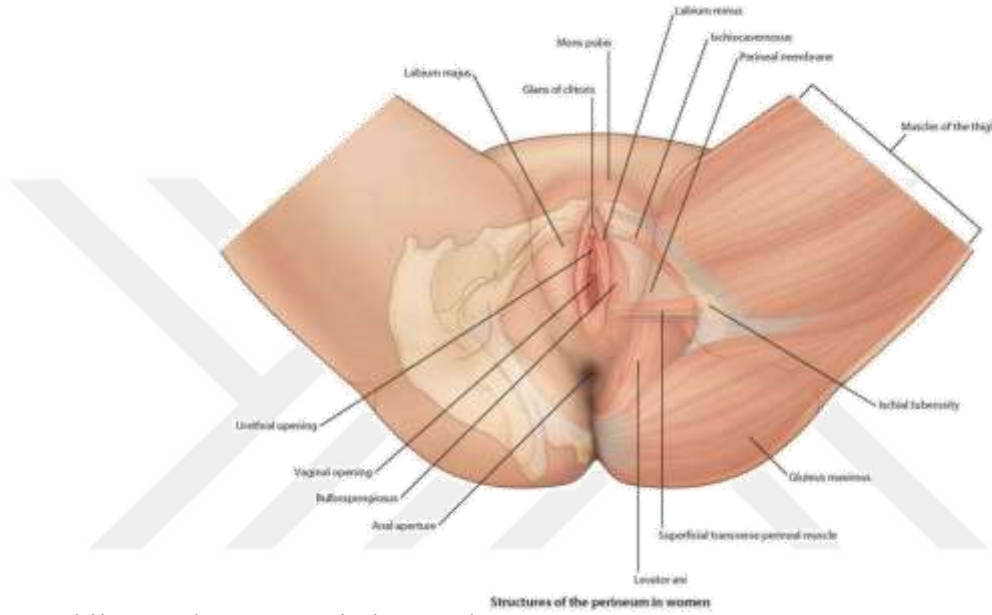
## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Kadın Üreme Sistemi Anatomisi

##### 2.1.1. Kadın Dış Genital Organları

Dış genital organlara vulva adı verilir. Bu Şekil 1’te gösterilmiştir.



Şekil 1. Kadın Dış Genital Organları

##### 2.1.1.1. *Mons Pubis (Mons Veneris):*

Symphysis pubisin önündeki yükseltilmiş, yuvarlak bir alandır (Dere, 1999). Deri altı yağ birikimi ile oluşur ve ergenlik döneminde kıllarla kaplanır (Schlafer ve Foster, 2016).

##### 2.1.1.2. *Labium Majus Pudendi:*

Skrotuma karşılık gelen bir çift deri kıvrımıdır. Bunlar pubisin altında ve arkasında uzanan iki farklı deri kıvrımıdır. Aralarında rima pudendi denilen geniş bir boşluk vardır. Labiumların dış yüzünün derisi pigmentlidir ve kıllarla kaplıdır. İç yüzü çıplak ve geniş gl. Sebacea folikülleri görülür. Büyük dudakların yapısında çok miktarda yağ dokusu, tunica dartos, damarları, sinirler ve bezler içerir. Dudaklar önden *comissura labiorum anterior* ile ve arkadan *comissura labiorum posterior* ile birleşir

Lig. teres uteri, labium majus pudendi'de sonlanır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

#### **2.1.1.3. Labium Minus Pudendi (Nymphae):**

Labium majuslar arasında küçük deri kıvrımıdır. Erektel doku içerir. Nympha adı ile de bilinir. Kıl folikülü ve deri altı dokusu içermez. Ostium vajinanın her iki yanında klitoristen yaklaşık 4 cm arkaya uzanırlar (Dere, 1999). Labium majus pudendi'nin iç tarafından aşağıya doğru uzanan birer deri kıvrımlarından oluşur (Greenwald, 1987). Daha önce cinsel birliktelik yaşamayanlarda arka uçları *frenulum labiorum pudendi*'de birleşirler. Önde iki dudak clitoris'in üst kısmını sararak karşılaşırlar. Bu kısma *preputium clitoridis* denir. Klitoris'in altında iki dudağın uzantıları tekrar birleşirler. Buna da *frenulum clitoridis* adı verilir. Karşılıklı taraflarında birçok gl.sebaceae türü vardır. Penisin ventral tarafına karşılık gelir (Guyton ve Hall, 2012) (Ağar, 2021) (Schlafer ve Foster, 2016).

#### **2.1.1.4. Clitoris:**

Labium minus pudendilerin önde birleştikleri yerdedir. Penisin karşılığıdır. Bu erektel bir dokudur. *Radix clitoridis* ve *corpus clitoridis* olarak adlandırılan iki bölümü vardır. Commisura labiorum anteriorun altında preputium ile gizlenmiş halde bulunur (Schlafer ve Foster, 2016). Baş kısmı serbesttir ve glans clitoridis adını alır. Fibröz bir zarla çevrili iki corpus cavernosum klitorisi (sağ/sol) vardır. Her kaverno cisim ischionpubisin koluna bir crus ile yapışmıştır. Klitorisin bir lig. suspensorium'u ve m. ischiocavernosus adı verilen iki kası vardır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

#### **2.1.1.5. Vestibulum Vaginae:**

Labium minus pudendiler arasında kalan yarığa vestibulum denir. Burada; ostium vaginae, ostium urethrae externum, glandula vestibularis major ve glandulae vestibulares minoreslerin kanalları açıktır (Greenwald, 1987). Ostium üretra externum, glansın 2,5 cm altında yer alan sagittal bir yarıktır. Ostium vaginae vestibulumun altında bir geniş açıklıktır. Bakirelerde *hymen* ile kapanmıştır. (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021). Şekli hymen'in şekline değişir. Hymen bir mukoz plikadan oluşur. Vagina ağzını kısmen kapatır. Şekli çok değişiktir. Şekline göre annuler hymen (halka

şeklinde), semilunar hymen (yarım ay şeklinde), cribriform hymen (çok delikli) gibi isimler alır. Nadir tam kapalı olur (hymen imperforatus). Genellikle ilk koitusda yırtılır ve geriye *carunculae hymenales* denilen tirfiller kalır (Ferm, 1987).

#### **2.1.1.6. *Bulbus Vestibuli***

Ostium vaginae'nin yanlarında bulunan bir çift spongioz, aşırı vasküler ve erektil dokulardır. Erkeklerdeki corpus spongiosum, bulbus ve penise karşılık gelir. M. bulbospongiosus (m. Bulbocavernosus) 'un altındadır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

#### **2.1.1.7. *Glandula Vestibularis Major (Bartholin Bezi)***

Ostium vaginae'nin her iki tarafında, bulbus vestibulilerin arka uçlarında iki küçük yuvarlak bez m. bulbospongiosus (m. bulbocavernosus) ile kaplıdır. Erkeklerdeki gl. bulbourethralise (Cowper bezi) karşılık gelir (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

#### **2.1.1.8. *Glandulae Vestibularis Minores***

Vestibulum duvarında, üretra ile vajina arasında yer alan çok küçük bezlerdir. Klinikte *Skene bezleri* olarak da adlandırılırlar. Erkekteki prostat bezinin homologudur (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

#### **2.1.1.9. *Hymen***

Ostium vaginae'yi kaplayan mukoz bir membrandır. Genellikle tamamen kapanmaz ve menstrüasyon kanının akışını engellemez; *anüler*, *semilunar*, *cribriform (delikli)* ya da *imperfora (deliksiz)* gibi şekillerde olabilir veya tamamen olmayabilir. Patolojik olan tek formu imperfore hymendir (tamamen kapalı). İlk ilişkiden sonra rüptüre olur ve kalıntılarına *carunculae hymenales* denir (Dere, 1999).



Şekil 2. Hymen Görünümleri

#### 2.1.1.10. *Perine*

Pelvise aşağıdan kaplayan bir kas ve fasya tabakasıdır. Smphysis pubisin önünde yanlarda tuber ischium ve lig. sacrotuberale, arkada coccyx arasında kalan *eşkenar dörtgen* şeklindeki bir alandır. (Schlafer ve Foster, 2016). Bu alan tuber ishiumlar arasından geçen hayali transvers hat ile iki kısma ayrılmıştır. Ön üçgen *trigonum ürogenitale* ve arka üçgen *trigonum anale* olarak adlandırılır. İki üçgenin arasındaki alana perineal cisim (santral perineal tendon) denir (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

#### 2.1.1.11. *Üretra Externa Orifisi*

Klitorisin altında, labial bileşkenin önünde bulunur ve idrarın dışarı akmasını sağlar (Guyton ve Hall, 2012).

#### 2.1.1.12. *Üretra*

İdrarın depolandığı mesanenin bir uzantısında yer alan bu boru şeklindeki yapı, idrar boşaltım sisteminin son aşamasını oluşturur. Kadın üretrası erkektekinden çok daha kısadır. Bu tür kısalık ve genital sistemin vajina ve anüse yakınlığı, kadınlarda daha sık idrar yolu enfeksiyonlarının yaşanmasına neden olur. Cinsel organların bu kadar kısa olması ve vajina ile anüse yakın olması kadınlarda idrar yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesine neden olur (Schlafer ve Foster, 2016). İlk cinsel deneyimini yaşayan kadınlarda, ilişkinin verdiği "tahriş", ilişki sonrasında sık idrara çıkma, idrar yapmada güçlük ve ilişkiden sonra idrar yapamama hissine yol açabilmektedir (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

## 2.1.2. Kadın İç Genital Organları

### 2.1.2.1. Ovarium

Overler, erkekteki testislerin karşılığı olarak kadınlarda yumurtaları ve steroid hormonları üreten organlardır. Ovaryumların karın arka duvarından pelvise inişi gubernaculumun kontrolü altındadır. Gubernaculum, tuba uterinae'nin uterusu girdiği yerin yakınında, yumurtalıkların alt uçlarının yukarısında uterusu bağlanır. Aşağıdan, labium majus fasya ile birleşir. İleri dönemde gubernaculumun kranial parçası lig. ovarii proprium, kaudal parçası da lig. teres uteri olarak kalır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

Ovaryumlar, küçük pelvisin yan duvarlarındaki fossa ovarica'da yer alır. Çukurun tabanından, a.v. obturatoria ile n. obturatorius geçer. İçinde a.v. ovaricanın bulunduğu lig. suspensorium ovarii over'in üst ucuna tutunur (Schlafer ve Foster, 2016). Bu apekte aynı zamanda tuba uterinanın infundibulum kısmından çıkan fimbria ovarika da bulunur. Alt ucu, lig. ovarii proprium adı verilen bir bağ ile uterus'un cornusuna bağlanır. Bu bağ, gubernaculumun kalıntısıdır ve lig. latum uteri içindedir (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

### 2.1.2.2. Tuba Uterina (Salpinx, Fallopian Tüpü)

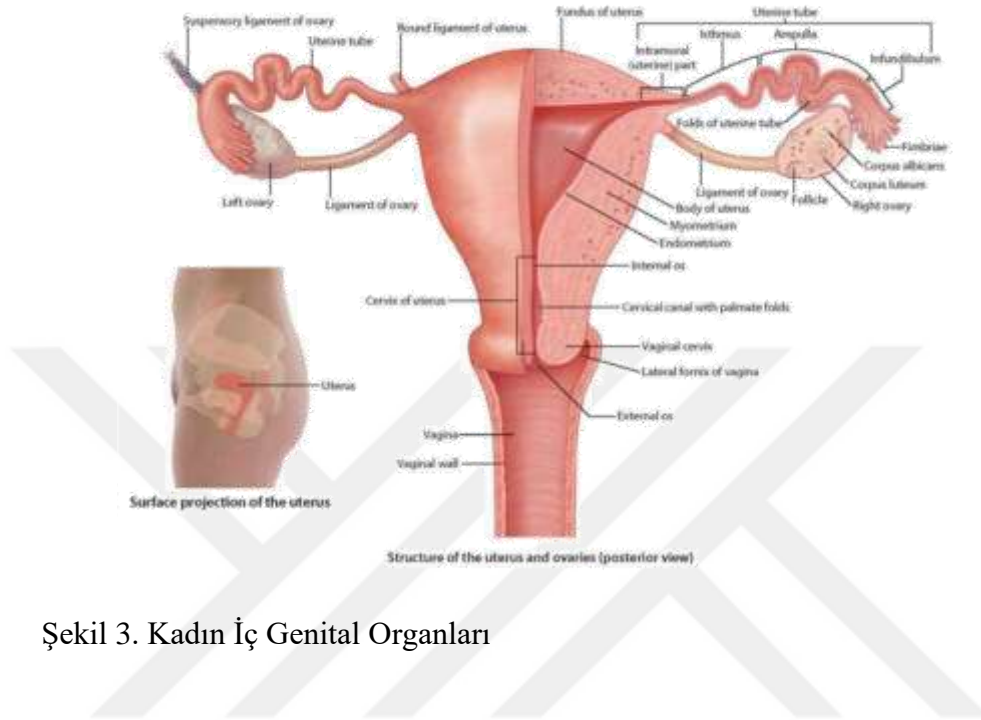
Paramezonefrik kanalların (müllerian kanalları) kranial uçlarından gelişir. Uterus'un her iki yanında peritonla kaplı organlardır. Ligamentum teres uterinin arkasındaki mezenter (mesosalpinx) ile ligamentum latum uterinin üst kenarına tutunur (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

Cavitas uterinin üst köşesine açılan ostium uterinum tubae uterina ve periton boşluğuna bakan ostium abdominale tubae uterina adı verilen iki açıklık vardır. Tuba uterinanın işlevi döllenmiş ovum'u yakalamak, fertilize ovum'un beslenmek ve taşımaktır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

Tuba Uterina'nın Dört Parçası Vardır. Ovaryum'dan Uterus'a Doğru;

1. **Infundibulum tubae uterina**, en dıştaki kısımdır.
2. **Ampulla tubae uterina**, en uzun ve en geniş parçada fertilizasyon burada olur.

3. **Isthmus tubae uterina**, uterus duvarına yakın ve kalın duvarlı parçadır.
4. **Pars uterina (intramural parça, interstisyel parça)**; uterus dokusunun içindeki yaklaşık 1 cm'lik parçadır. Tuba uterina 'nın en dar parçasıdır.



Şekil 3. Kadın İç Genital Organları

Infundibulum'dan ovariuma uzanan parmak benzeri yapılara fimbriae tubae uterinae denir (Schlafer ve Foster, 2016). Bir tanesi diğerlerinden daha uzun ve daha derin oluğa sahiptir. Fimbria ovarica adı verilen bu fimbria, ovaryum'un tubal ucuyla bağlantıdır. Fimbrianın işlevi, ovaryumdan salınan ovumu yakalamaktır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021), (Dere, 1999).

### 2.1.2.3. *Vaginae (Kolpos)*

Üst 2/3'lük kısmı Paramezonefrik (Müllerian) kanalından, alt 1/3'lük kısmı ürogenital sinüsten oluşur. Vulva ile uterusu birbirine bağlayan ön duvarı 7 cm, arka duvarı 9 cm, genişliği 2-3cm olan fibromuskuler bir kanaldır. Vajinanın duvarı ile uterusun arasındaki kısma forniks vajina denilir, en derini bu kısımda çıkmazın yanında bulunan posterior fornikstir. Vajinayı alt üretra ve sindirim sisteminden ayıran yapı endopelvik fasyadır (Dere, 1999).

#### 2.1.2.4. Uterus

Paramezonetik kanalların kaynaşmış alt bölümlerinden (uterovaginal kanal olarak bilinir) kaynaklanır. Rectum ve mesane arasında yer alan kalın, muskuler duvarlı bir kesedir. Vajinanın perineal ucuna açılır. İki üst köşesinde ise tuba uterina uterus'a açılırlar. Uterus bir armut şeklinde önden arkaya basıktır (Guyton ve Hall, 2012) (Ağar, 2021) (Dere, 1999).

Corpus ve cervix olarak yapı ve fonksiyon bakımından iki kısma ayrılır. İkisi arasındaki daralmış kısma isthmus denir. Isthmusun iç kısmında ostium uteri interna bulunur.

**Corpus uteri:** Karın boşluğuna serbest olarak uzanan, tuba uterina'nın giriş kısmının üstünde kalan yuvarlak kısmına fundus denir. Fundustan isthmusa doğru corpus tedrici olarak daralır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

1. Ön yüzeyi (facies vesicalis), mesaneye dönüktür. Bu yüzü çevreleyen periton cervixe iner ve mesanenin arka yüzeyine sığar.
2. Arka yüzey (facies intestinalis), çok konvektir. Periton bu yüzey üzerine iner ve serviks ve vajinanın üst kısmını sardıktan sonra rektumun ön yüzeyine atlar. Bu yüz ince barsağın kıvrımlarına bitişiktir.
3. Fundus, her yönde konvektir.
4. Yan kenarlar (margo lateralis), hafif konvektir. Üst uçlarında tuba uterina, uterus'a açılır. Lig.teres uteri alt kısmına yapışıktır. Lig.ovarii proprium üst kısmına tutunur. Bütün bunlar lig.Intum uteri içindedirler (Dere, 1999).

**Cervix:** Isthmus'un altındaki kısımdır. 2 cm uzunluğundadır ve vajinal penetrasyonu gösterir (Guyton ve Hall 2012), (Ağar, 2021).

1. *Portio supravaginalis cervicis:* fibröz bir doku ile önde mesaneden ayrılmıştır. Bu fibröz doku hafifçe yanlara doğru uzanır. A.uterina'lar bu fibröz doku içinde üreteri çaprazlarlar ve serviksin yan duvarına ulaşırlar. Arkada bu kısım periton ile çevrilidir.
2. *Portio vaginalis:* Vajinanın içine giren kısımdır. Ağzında ostium uteri denilen delik vardır. Ostium uteri, labium anterius ve labium posterius adı verilen iki dudakla çevrilidir. Anterior labium ile vagina arasındaki çıkmaza



fornix anterior, posterior labium ile vagina arasındaki çıkmaza fornix posterior denir (Schlafer ve Foster 2016).

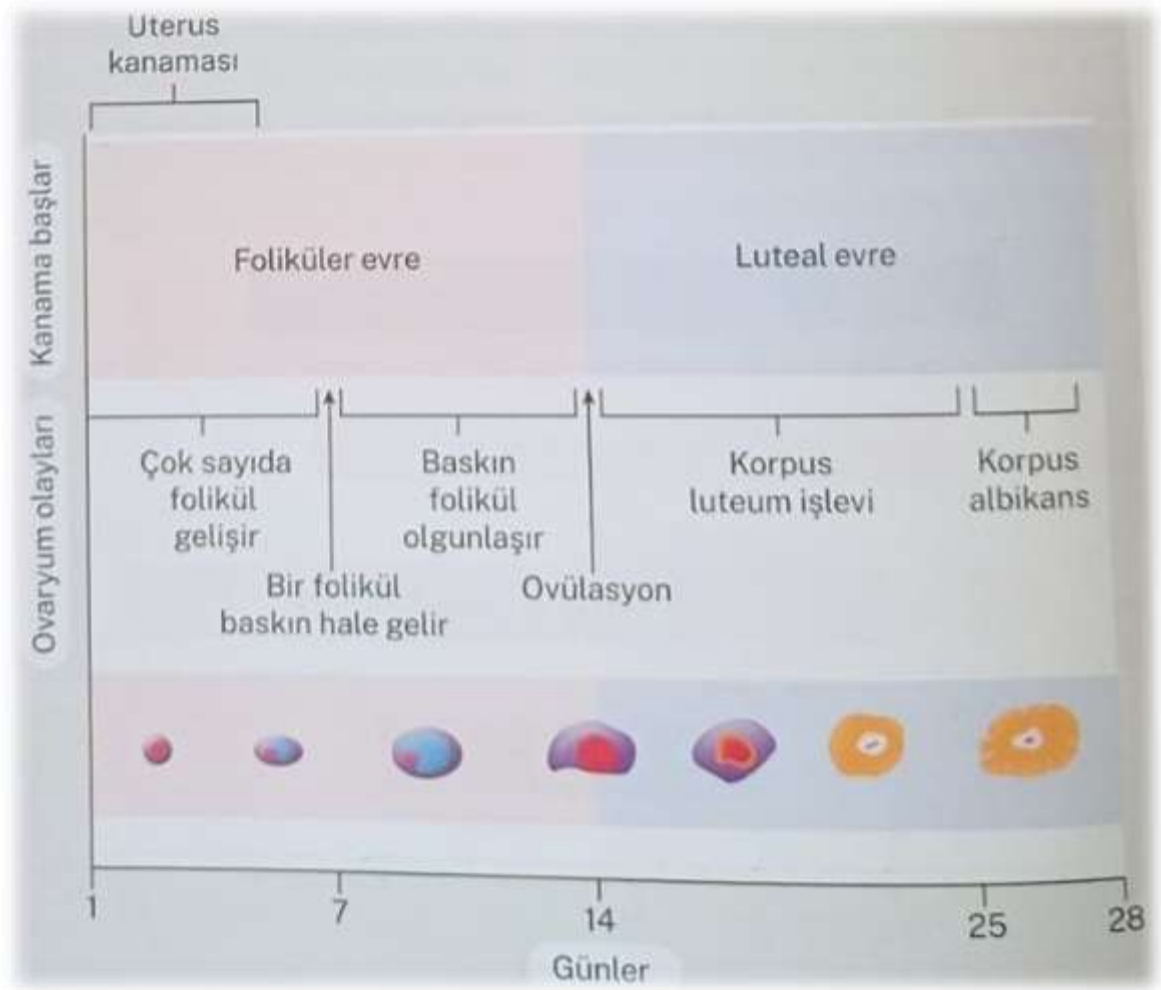
3. *Cavitas uteri*: Fundus kısmında bir üçgen şeklindedir Aşağıda bir kanal haline dönüşür. Fundustan ostium uteriye kadar olan boşluğun uzunluğu 6,25 cm'dir.
4. *Canalis cervicis uteri*: Ortası geniş, uçları dardır. Ostium internum yoluyla cavitas uteriye, ostium uteri yoluyla vaginaya açılır. Kanalin ön ve arka olmak üzere iki longitudinal kıvrımı vardır. Bunlardan yanlara doğru plicae palmatae çıkar. Hepsi birlikte *arbor vitae uterinae* olarak adlandırılır. Plikalar karşılıklı gelmez ve kanalı kapalı tutarlar.

## 2.2. Menstrual Siklus

Adet döngüsünün uzunluğu, bir döngünün adet kanamasının ilk günü ile bir sonraki döngünün adetlerinin başlangıcı arasındaki gün sayısıdır. Adet döngüsünün medyan süresi 28 gündür ve çoğu döngü uzunluğu 23-35 gün sürer (Münster ve ark. 1992). Menstrüel siklus iki ana faza ayrılabilir: (1) foliküler veya proliferatif faz(adetten yumurtlamaya) ve (2) luteal veya salgı fazı (yumurtlamadan adetten önceki güne kadar) (Reed ve Carr, 2000), (Mihm, 2011). Adet döngüsü aşamaları standartlaştırılmamıştır ve tanımlamalar çalışmalar arasında önemli ölçüde farklılık gösterir. Menstrüel siklusun daha fazla alt bölümü, beş aşamayla sonuçlanır: menstrüel, foliküler (adet sonrası, peri-yumurtlama), yumurtlama, luteal (yumurtlama sonrası) ve adet öncesi (geç luteal) dönemdir (Evans ve ark. 1998); (Johannes ve ark. 1995); (Papaz ve Evans 2003).

Overlerde her ay döngüsel östrojen ve progesteron salgılanması nedeniyle endometriyal döngü aşağıdaki gibi gelişir (Ağar, 2021). Sırayla:

- (1) uterin endometrial proliferasyon;
- (2) Endometriyumda salgı değişikliklerinin meydana gelmesi ve
- (3) menstrüasyon olarak bilinen endometriyumun dökülmesi



Şekil 4. Menstrual Siklusta Ovaryumda Meydana Gelen Değişiklikler

### Endometrial Siklusun Preovulatuvar Proliferatif (Östrojenik) Fazı

Her ay döngünün başlangıcında, endometriyumun çoğu adet sırasında dökülür. Menstrüasyondan sonra geriye kalan çok ince bir endometriyal stroması ve endometriyum bezlerinin ve kriptalarının derin katmanlarına gömülü epitel hücreleridir (Guyton ve Hall, 2012). Aylık over döngüsünün ilk döneminde overlerden salgılanan büyük miktardaki östrojen nedeniyle stromal ve epitel hücreleri hızla çoğalır: Menstrüasyon başlangıcından sonra 4 ile 7 gün içerisinde endometriyum yenilenir. Daha sonra, ovulasyondan 10 gün önceki süreç içinde endometriyumun kalınlığı artar: Stromal hücre sayısı artar (Hawkins ve Matzuk). Endometrial bezler yavaş yavaş büyür ve endometriyumda yeni kan damarları oluşur. Ovulasyon sırasında endometriyumun kalınlığı 3-5 mm'dir (Ağar, 2021).

## **Endometriyum Döngüsünün Postovulatuvar Salgı (Progestasyonal) Fazı**

Aylık döngünün ovulasyondan sonraki ikinci yarısında, ovulasyon meydana geldikten sonra korpus luteumdan büyük miktarda östrojen ve progesteron salgılanır. Östrojenler, endometriyumda daha fazla hücre çoğalmasını uyarır (Hawkins ve Matzuk). Bununla birlikte, progesteron endometriyumda önemli ölçüde şişmeye ve endometrial sekresyonun artmasına neden olur. Bezlerde kıvrımlar artar ve glandüler epitel hücrelerinde fazla salgı birikir (Guyton ve Hall, 2012). Stromal hücrelerin sitoplazması arttıkça lipid ve glikojen depoları da artar. Kan damarlarının kıvrımlılığı ne kadar fazlaysa, endometriyumun beslenmesi ve dolayısıyla salgılama işlevi o kadar iyidir. Ovulasyondan yaklaşık bir hafta sonra salgı fazının zirvesinde endometriyumun kalınlığı 5-6 mm'dir (Ağar 2021).

Endometriyumdaki tüm bu değişikliklerin amacı, menstrual döngünün son yarısında döllenmiş olan ovumun uygun koşullarda implantasyonu sağlamak için salgılayıcı besin açısından zengin bir endometriyum üretmektir (Ağar 2021). Döllenmiş ovumun fallop tüpünden cavitas uteriye girmesi için geçen süre boyunca (ovulasyondan 3-4 gün sonra meydana gelir) ovumun implantasyonuna kadar geçen sürede (ovulasyondan 7-9 gün sonra), "uterus sütü" adı verilen uterus salgısı, bölünmenin ilk aşaması için gerekli besinleri sağlar (Arısan). Endometriyuma ovum bir kez implante edildiğinde, implante edilen ovumun (blastosit evresi) yüzeyindeki trofoblastik hücreleri endometriyumu sindirip, endometriyumda depolanan maddeleri emer. İlk implante edilen embriyoya yüksek miktarda besin sağlarlar. (Guyton ve Hall, 2012).

## **Menstrüasyon**

Aylık döngünün sonlanmasından yaklaşık 2 gün önce, ovum döllenmemişse korpus luteum küçülür ve over hormonlarının (östrojen ve progesteron) salgılanması azalır. Bunu takiben *menstrüasyon* meydana gelir (Guyton ve Hall, 2012).

Menstrüasyon, aylık over döngüsünün sonunda östrojen ve progesteron, özellikle progesterondaki düşüştan kaynaklı oluşur (Ağar, 2021). İlk etkisi endometriyal hücrelerin bu hormon tarafından uyarılmasında azalmadır. Bundan sonra, endometriyum hızla geri çekilir (involüsyon) ve mevcut kalınlığının yaklaşık %65 kadarını kaybeder. Sonra menstrüasyonun başlamasından sonraki 24 saat içinde

endometriyumun mukoza tabakalarına uzanan kıvrımlı kan damarları daralır (vazospazm). Bu muhtemelen involusyon sırasında bol miktarda salınan prostaglandinlerin vazokonstrüksiyon etkisine bağlıdır (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021).

Vazospazm azalmış endometriyal beslenme ve hormonal uyarının kaybı, endometriyumda özellikle kan damarlarında nekrozu başlatır. Bunun sonucunda endometriyumun damar tabakasına kan sızmaya başlar ve 24-36 saat içinde kanama alanları hızla genişler (Ağar, 2021). Endometriyumun nekrotik dış tabakaları, giderek menstrüasyonun başlangıcından sonra yaklaşık 48 saat içinde hemorajik bölgelerle uterustan ayrılır ve endometriyumun tüm yüzeyel tabakaları tamamen dökülür (Hawkins ve Matzuk). Uterus boşluğundaki dökülmüş doku kütlesi, kan ve prostaglandinlerin kasıcı etkisi veya dökülmüş doku içindeki diğer maddeler birlikte etki ederek, uterus kasılmalarını başlatır ve uterus içeriğinin atılmasına neden olur (Guyton ve Hall, 2012).

Normal menstrüasyon süresince, 40 ml kan ve buna ek olarak 35 ml seröz sıvı kaybedilir. Menstrüel sıvı normalde pıhtılaşmaz. Nekrotik endometriyal döküntü aynı zamanda fibrinolizin salgıladığından, şiddetli uterin kanamada fibrinoliz hacmi pıhtılaşmayı önlemek için yeterli olmayabilir (Guyton ve Hall, 2012), (Ağar, 2021). Menstrüasyon sırasında pıhtının varlığı genellikle uterus patolojisinin klinik bir işareti olarak kabul edilir (Hawkins ve Matzuk).

Menstrüasyonun başlanmasından 4-7 gün sonraki süreçte endometriyum yenilendiği için kan kaybı durur.

### **2.3. Premenstrual Sendrom**

Premenstrüel sendrom (PMS), adet döngüsünün luteal fazında döngüsel olarak ortaya çıkan ve kadınların yaklaşık %30'unun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen duygusal ve fiziksel semptomların bir kombinasyonudur (Studd, Savvas ve Watson, 2018). Üreme çağındaki kadınların %12-48'inde teşhis edilen ve ülkeler arasında büyük çeşitlilik gösteren küresel bir hastalıktır (Direk ve Moghadam, 2014). Kapsamlı araştırmalara rağmen, bu konuyu açıklamak için bazı potansiyel mekanizmalar önerilmiş olsa da PMS etiyolojisi bilinmemektedir.

PMS tanısı öncelikle semptomların zamanlaması ve ciddiyeti ile belirlenir. Bu faktörler, diğer fiziksel veya psikiyatrik bozuklukların semptomlardan sorumlu olup olmadığına dair bir değerlendirme ile, teşhis için tipik olarak spesifik olmayan ve adet döngüsü ile ilişkileri açısından değerlendirilmesi gereken belirli semptomlardan daha önemlidir (Dominika Granda, 2021). Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji tarafından sunulan PMS tanı kriterlerini listeler. Bu kriterler, adet öncesi 5 gün boyunca PMS semptomlarının yaşanması ve adet akışı sırasında azalması gerektiğini gösterir. Semptomlar tanımlanabilir bir bozulmaya veya sıkıntıya neden olmalı, kadın tarafından en az iki ila üç ardışık adet döngüsü boyunca günlük olarak kaydedilen prospektif raporlarla doğrulanmalı ve diğer bozukluklarla açıklanmamalıdır (Rick Kellerman, 2021).

PMS'yi teşhis etmek için tıbbi bir öykü alınmalı ve jinekolojik muayene ile tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Düzensiz veya normal aralığın dışında olan döngüler, daha fazla jinekolojik araştırma için bir göstergedir. Dismenore, endometriozis, uterus fibrozisleri, pelvik inflamatuvar hastalık, tiroid bozuklukları, migren, diyabet, duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer birçok olasılık gibi komorbid durumlar tanımlanmalıdır. Araştırılan semptomların bir komorbid durumun alevlenmesi mi yoksa başka bir durumun üzerine bindirilmiş mi olduğunu belirlemek zor olabilir. Her iki durumda da genel tavsiye, önce devam eden durumu tedavi etmek, ardından yeniden değerlendirmek ve muhtemelen adet öncesi ortaya çıkan semptomlar için tedavi eklemektir (Rick Kellerman, 2021).

Adet önce belirtiler bir kadının menarştan menopoza kadar görülebilir. Menstrual siklusun luteal fazında semptom gösteren bu bozukluk, menstrüasyonun başlamasıyla birlikte hızla ortadan kalkar. PMS'nin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Normal menstrual siklusu, gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) tarafından bloke edilen PMS'li kadınların, PMS'li olmayanlara göre "daha fazla sinirlilik, şişkinlik, hüzün, yorgunluk ve işlevsel bozukluk" yaşadıkları belirtilmiştir. Epidemiyolojik araştırmalar, menstrüasyon gören kadınların %15-20'sinin PMS yaşadıklarını belirtmektedir (Rick Kellerman, 2021).

PMS semptomlarının ne zaman ortaya çıktığı belirsizdir, adetten sonraki herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirler. Premenstrual dönemdeki şikayetler, kadının aile hayatını, sosyal ilişkilerini, yaşam kalitesini, okul ve iş hayatını olumsuz etkilediği için

en erken sürede ele alınması gereken bir sorundur. Yapılan çalışmalar “duygusal, fiziksel, davranışsal ve bilişsel şikayetler” gibi 150 ve daha fazla semptomu PMS ile ilişkilendirmiştir. PMS tedavisi arayan kadınlar tarafından yaygın olarak bildirilen semptomlar Tablo 2.1’de listelenmiştir (Çevik, 2020). Tıbbi yardım almak için yeterince ciddi bir sorunu olan bir kadın genellikle tüm alanlarda birden çok semptom gösterir, ancak ruh hali ve davranışsal semptomları en rahatsız edici olarak bildirmesi muhtemeldir. En sık görülen semptomlar ise belirtilmektedir.

**Tablo 2.1:** Premenstrual Sendromla İlişkili Semptomlar

<b>FİZİKSEL</b>	<b>PSİKOLOJİK/DAVRANIŞSAL</b>
<b>Abdominal Şişkinlik</b>	<b>Öfke/Sinirlilik</b>
<b>Göğüs Hassasiyeti</b>	<b>Depresyon</b>
<b>Yorgunluk</b>	<b>Anksiyete</b>
<b>Baş Ağrısı</b>	<b>Uyku Bozuklukları</b>
<b>Ödem/Kilo Artışı</b>	<b>Düşük Konsantrasyon</b>
<b>Vücut Ağrıları</b>	<b>Normal Aktivitelerden Kaçınma</b>
<b>Mide Bulantısı</b>	<b>Libido Değişiklikleri</b>
<b>Kramplar</b>	<b>İştah Değişiklikleri</b>

Şiddetli PMS açıkça sinirlilik, ruh hali dalgalanmaları, gerginlik ve depresyon gibi duygusal semptomları içerir. Sinirlilik, sendromun ana semptomu olabilir (Erikson, 1999). Birçok kadın semptomlarda premenstrüel artışlar tanımlasa da kadınların çoğu bu semptomları rahatsız edici olarak yaşamaz. Ayrıca, kadınlar tipik olarak, şiddetli PMS'yi karakterize eden olumsuz duygudurum semptomlarından ziyade, fiziksel rahatsızlık semptomlarında adet öncesi en büyük artışları bildirirler (Schechter ve ark., 1989).

PMS, adet öncesi ortaya çıkan ve adetlerle birlikte hafifleyen döngüsel bir semptom modeli ile karakterize edilirken, PMS, majör depresyon, alkol sorunları, uyuşturucu kullanımı, endometriozis, tiroid bozuklukları, alerjiler ve birçokları dahil olmak üzere adet öncesi semptomların arttığını gösteren diğer bozukluklarla (Tablo 2.2) karıştırılabilir. Aralıklı depresif bozukluk veya mevsimsel duygulanım bozukluğu gibi aralıklı olarak ortaya çıkan diğer bozukluklar da döngünün adet öncesi aşamasının ötesinde semptomlar gösterir. Menstrüel siklusun diğer fazlarındaki semptomların kanıtları, PMS için tedavi müdahalelerine başlamadan önce tedavi planında tanımlanması ve diğer bozuklukların varlığını gözden geçirilmesi gerektiğini kuvvetle önerir (WFreeman, 2003).

**Tablo 2.2.** PMS'nin ayırıcı tanısı

<b>PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR</b>	<b>TIBBİ BOZUKLUKLAR</b>
<b>Majör Depresyon</b>	Endometriozis
<b>Distimi</b>	Hipotiroidizm
<b>Bipolar Hastalık</b>	Nöbet bozuklukları
<b>Yaygın Anksiyete</b>	Otoimmün bozukluklar
<b>Panik</b>	Dismenore
<b>Perimenopoz</b>	
<b>Alerjiler</b>	

\*Bunların ve diğer bozuklukların adet öncesi alevlenmesi yaygındır.

# ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

## YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

### 3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma modeli “ilişkisel tarama” modelidir. “İki veya daha fazla değişkenin kovaryansını belirlemeyi amaçlayan tarama yöntemine denir.” İlişkisel tarama modelinde değişkenlerin birlikte değişip değişmediği; değişiklik olursa nasıl olduğu saptanmaya çalışılır. Bu modele göre amaç, araştırmanın amacına uygun olarak yürütülebilmesi için örneklem grubuna olabildiğince hızlı ve kişisel olarak ulaşmaktır.

### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışma evreni Türkiye’de ikamet eden üreme dönemindeki kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise üreme dönemindeki 350 kadından meydana gelmektedir. Gerekli verileri toplamak için Google Forms Anket üzerine geçirilmiş olan araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği, Tampa Kinezyofobi Ölçeği ve İş Performansı Ölçeği katılımcılara online platformda cevaplanmak üzere ulaştırılacaktır. Ulaşılan kişiler Türkiye’de yaşayan kişilerdir ve uygun örnekleme yöntemi ile veriler toplanmıştır

#### 3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.
- Doğurganlık dönemindeki kadın bireyler/ Menstrual siklusun devam ediyor olması.
- Çalışıyor olmak.
- Gebe olmamak.
- Lohusa olmamak.
- Ürogenital ameliyat geçirmiş olmamak.



### **3.2.2. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek.
- Doğurganlık döneminde olmayan kadın bireyler/Menstrual siklusun devam etmiyor olması.
- alışıyor olmamak.
- Gebe olmak.
- Lohusa olmak.
- Ürogenital ameliyat geçirmiş olmak.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Bu çalışmada veri toplama araçları nicel veri toplama araçları kullanılmıştır. Araştırmada veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle anketler çalışan kadınlara elektronik ortamdan ulaştırılacaktır. Araştırmada sosyodemografik verileri belirlemek için araştırmacı tarafından hazırlanan olan Kişisel Bilgi Formu kullanılacaktır. Veri toplama araçları aşağıda gösterilmiştir.

#### **Nicel Veri Toplama Araçları**

- Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu
- Premenstrual Sendrom leği
- Tampa Kinezyofobi leği
- İş Performansı leği

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu ile katılımcılara yaş, boy, kilo, regl olup olmadıkları, eğitim durumu, mesleği, mesleği, çalışma suresi vb. sorular yöneltilmiştir.

### 3.3.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği

PMSÖ'nün uygulanması kişinin geçmişe dönük "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumu değerlendirilerek geriye dönük olarak yapılır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44 ve en yüksek puan 220'dir. Gençdoğan(2006) PMSÖ sonuçlarını toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna göre PMS'nin varlığının değerlendirilmesini önermektedir. Puan yükseldikçe PMS belirtileri fazla olarak değerlendirilmektedir. (Gençdoğan, 2006)

### 3.3.3. Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ)

Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) Miller, Kopri ve Todd Tampa Kinezyofobi Ölçeğini 1991 yılında geliştirmiş ancak yayınlamamışlardır. Vlaeyen ve arkadaşları ölçeği geliştiren araştırmacılardan izin alıp düzenleme yaptıktan sonra 1995 yılında ölçeği yayınlamışlardır. Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. "TKÖ 17 sorudan oluşmaktadır ve hareket etme, yeniden yaralanma korku düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek günlük yaşam ve iş ile ilgili fiziksel aktivitelerde yaralanma, yeniden yaralanma ve kaçınma, korku parametrelerini içermektedir. Likert tipi 4 puanlık bir ölçektir (1 = kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = katılıyorum, 4 = kesinlikle katılıyorum). 4-8-12-16 soruların maddelerinin ters çevrilmesi ile toplam puan elde edilmektedir. Maksimum 63, minimum 17 puan elde edilen bu ölçeğe göre; skorun 37'den büyük olması yüksek dereceli, eşit veya düşük olması ise düşük dereceli kinezyofobi olarak sınıflandırılır" (Tunca Yılmaz Ö, Yakut Y ve Uygur F, 2011).

### 3.3.4. İş Performans Ölçeği

Çalışmanın amacı doğrultusunda Eisenberger ve arkadaşları tarafından 1986'da geliştirilen iş performans ölççeği kullanılmıştır. İş performans ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kurt, (2013) tarafından yapılmıştır. Bu ölçeği Erkoç, (2015) yenileyerek literatüre kazandırmıştır.

İş performans ölççeği görev performansı ve bağlamsal performans olmak üzere iki alt boyuttan oluşur. Toplam 18 maddeden oluşan ölçek, görev performansı boyutunda 12, bağlamsal performansı boyutunda ise 6 madde içermektedir. 6'lı Likert

formda olan ölçekte, 1 seçeneği verilen ifadenin “ hemen hiç sergilenmediğine ”, 6 seçeneği ise “ her zaman sergilenendiğine / gösterildiğine” işaret etmektedir. Ölçekte yüksek puanlar; görev performansı, bağlamsal performans ve genel iş performansı algısının yüksek olduğunu ifade etmektedir.

### **3.4. Veri Analizi**

Veri analizine başlamadan önce, toplanan veriler bilgisayar ortamına gönderilmiş ve istatistiksel analizi SPSS 25 programıyla yapılmıştır. Çalışmada nominal ve ordinal veriler frekans analiziyle, ölçüm verileri ise ortalama ve standart sapma değerleri ile tanımlanmıştır. Ölçek ortalamalarının fark analizlerinden önce, dağılımların standart normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov Smirnov Testi yapılmıştır. Normal dağılıma uyan ölçek puanlarının iki grup arasındaki farkı için Bağımsız Örneklem t-testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı için ise Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ölçek puanlarının iki grup arasındaki farkı için Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki farkı için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İlişkisel tarama analizinde Spearman's rho korelasyon analizi ve Genelleştirilmiş Lineer Model-GLM-Logit Model analizi yapılmıştır. Tüm analizler SPSS 25.0 for Windows programında, %95 güven aralığında gerçekleştirilmiştir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Demografik Özellikler

Demografik özellikleri ölçmek üzere katılımcıların yaş, yaşadığı yer, ekonomik durum, medeni durum, öğrenim durumu, sigara kullanma durumu, meslek, çalışma süresi, doğum yapma, doğum kontrol, jinekolojik hastalık, boy, kilo, adet süresi, periyodu bilgileri sorulmuştur. İlk olarak yaşa göre dağılım Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4. 1. Yaşa göre dağılım**

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>30 yaş ve altı</b>	<b>219</b>	<b>62.6</b>
<b>31 yaş ve üzeri</b>	<b>131</b>	<b>37.4</b>

Araştırmaya katılanların %62,6’sı 30 yaş ve altında, %37,4’ü ise 31 ve üzerinde yaşa sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Çoğunluk 30 yaş altındadır.

Katılımcıların yaşadıkları yerlere göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir.

**Tablo 4. 2. Yaşanan yere göre dağılım**

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Köy</b>	<b>10</b>	<b>2.9</b>
<b>İlçe/Kasaba</b>	<b>37</b>	<b>10.6</b>
<b>İl</b>	<b>303</b>	<b>86.6</b>

Katılımcıların %2,9’u yaşamlarının üçte ikisinin köyde, %10,6’sı ilçe/kasabada, %86,6’sı ise ilde geçtiğini ifade etmişlerdir. Genel olarak ilde yaşamlarının üçte ikisini geçirenler çoğunluktadır.

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre dağılımları Tablo 4.3'te verilmiştir.

**Tablo 4. 3. Ekonomik duruma göre dağılım**

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Gelir giderden fazla</b>	<b>57</b>	<b>16.3</b>
<b>Gelir ile gider eşit</b>	<b>227</b>	<b>64.9</b>
<b>Gelir giderden az</b>	<b>66</b>	<b>18.9</b>

Katılımcıların %16,3'ü gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu, %64,9'u gelirleri ile giderlerinin eşit olduğunu, %18,9'u ise gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etmişlerdir. Çoğunluğun geliri ile gideri dengededir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 4.4'te verilmiştir.

**Tablo 4. 4. Medeni duruma göre dağılım**

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Evli</b>	<b>128</b>	<b>36.6</b>
<b>Bekar</b>	<b>214</b>	<b>61.1</b>
<b>Dul/boşanmış/nişanlı</b>	<b>8</b>	<b>2.3</b>

Katılımcıların %36.6'sı evli, %61.1'i bekar ve %2.3'ü dul/boşanmış/nişanlı olduklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak bekarlar çoğunluktadır.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4. 5. Eğitim durumuna göre dağılım**

	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>İlkokul</b>	<b>7</b>	<b>2.0</b>
<b>Ortaokul</b>	<b>3</b>	<b>0.9</b>

<b>Lise</b>	<b>27</b>	<b>7.7</b>
<b>Yüksek öğrenim</b>	<b>313</b>	<b>89.4</b>

Araştırmaya katılan kadınların %2.0'si ilkokul, %0.9'u ortaokul, %7.7'si lise ve %89.4'ü yüksek öğrenim mezunudur. Genel olarak katılımcıların çoğunluğu yüksek öğrenim düzeyinde eğitime sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların sigara içme durumlarına göre dağılımları Tablo 4.6'da verilmiştir.

**Tablo 4. 6. Sigara içme durumuna göre dağılım**

<b>Sigara kullanımı</b>	<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hayır</b>	<b>272</b>	<b>77.7</b>
<b>Evet</b>	<b>78</b>	<b>22.3</b>

Araştırmaya katılan kadınların %77,7'si sigara kullanmadıklarını, %22,3'ü ise sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir. Her ne kadar çoğunluk sigara içmediğini ifade etmiş olsa da sigara içenlerin oranı ciddidir.

Katılımcıların çalışma sürelerine göre dağılımları Tablo 4.7'de verilmiştir.

**Tablo 4. 7. Çalışma süresine göre dağılım**

<b>Çalışma_süresiz</b>	<b>Kişi sayısı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>1-5 yıl</b>	<b>199</b>	<b>56.9</b>
<b>6-10 yıl</b>	<b>59</b>	<b>16.9</b>
<b>11-15 yıl</b>	<b>34</b>	<b>9.7</b>
<b>16 yıl ve üzeri</b>	<b>58</b>	<b>16.6</b>

Araştırmaya katılan kadınların %56,9'u 1-5 yıl arası, %16,9'u 6-10 yıl arası, %9,7'si 11-15 yıl arası, %16,6'sı ise 16 yıl ve üzeri süre çalışma deneyimine sahiplerdir. Genel olarak yaş ile çalışma süresi arasında uyum vardır.

Katılımcıların doğum yapma durumuna göre dağılımları Tablo 4.8'da verilmiştir.

**Tablo 4. 8. Doğum yapma durumuna göre dağılım**

Doğum_yapma	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Hayır</b>	252	<b>72.0</b>
<b>Evet</b>	<b>98</b>	<b>28.0</b>

Araştırmaya katılan kadınların %72,0'si doğum yapmadıklarını, %28,0'i ise doğum yaptıklarını ifade etmişlerdir. Doğum yapmayanlar çoğunluktadır.

Katılımcıların doğum kontrol hapı kullanma durumuna göre dağılımları Tablo 4.9'de verilmiştir.

**Tablo 4. 9. Doğum kontrol hapı kullanma durumuna göre dağılım**

Doğum_kontrol_hapı	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<b>Hayır</b>	331	<b>94.6</b>
<b>Evet</b>	<b>19</b>	<b>5.4</b>

Araştırmaya katılan kadınların %94,6'sı doğum kontrol hapı kullanmadıklarını, %5,4'ü ise kullandıklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak çoğunluk doğum kontrol hapı kullanmamaktadır.

Katılımcıların parametrik olarak alınan boy, kilo, adet süresi, adet günü ve döngüsü verilerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 4.10’de verilmiştir.

**Tablo 4. 10. Katılımcıların parametrik olarak alınan boy, kilo, adet süresi, adet günü ve döngüsü verilerinin tanımlayıcı istatistikleri**

	<b>En küçük</b>	<b>En büyük</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>
Ağırlık, kg	39	109	62.91	10.96
Boy, cm	155	180	163.87	5.72
İlk adet yaşı	8	18	13.23	1.96
Adet günlük döngü	10	100	27.64	7.15
Adet süresi	3	12	5.82	1.54
Adet ağrı VAS	0	10	5.50	2.88

Katılımcıların ağırlıkları 39 ile 109 kg arasında değişmekte olup, ortalama  $62.91 \pm 10.96$  değere sahiptir. Boy ortalaması  $163.87 \pm 5.72$  cm olup, 155-180 cm arasında değişmektedir. İlk adet yaşı ortalaması  $13.23 \pm 1.96$  olup, adet günlük döngüsü  $27.64 \pm 7.15$  ortalamaya sahiptir. Adet süresi  $5.82 \pm 1.54$  ve değişim aralığı 3-12 gündür. Adet dönemindeki ağrı ise 0-10 arasında olup,  $5.50 \pm 2.88$  değere sahiptir.

#### 4.2. Ölçek Ortalamaları ve Dağılımları

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının puan dağılımları Tablo 4.11’te verilmiştir.

**Tablo 4. 11. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının puan dağılımları**

	<b>En küçük</b>	<b>En büyük</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Std. Sapma</b>
İPÖ Görev performansı	12.00	72.00	53.46	14.35
İPÖ Bağlamsal performans	6.00	36.00	25.71	8.27
<b>İPÖ Toplam</b>	<b>18.00</b>	<b>108.00</b>	<b>79.17</b>	<b>21.84</b>



<b>TKÖ toplam</b>	<b>20.00</b>	<b>60.00</b>	<b>33.04</b>	<b>6.27</b>
PMSÖ Depresif duygulanım	7.00	35.00	20.01	6.73
PMSÖ Anksiyete	9.00	42.00	21.16	7.58
PMSÖ Yorgunluk	6.00	30.00	17.82	6.48
PMSÖ Sinirlilik	5.00	25.00	14.73	5.81
PMSÖ Depresif düşünceler	7.00	35.00	16.33	7.22
PMSÖ Ağrı	3.00	15.00	8.33	3.36
PMSÖ İştah değişimleri	3.00	15.00	9.34	3.82
PMSÖ Uyku değişimleri	3.00	15.00	8.01	3.43
PMSÖ Şişkinlik	3.00	15.00	9.63	3.63
<b>PMSÖ Toplam</b>	<b>48.00</b>	<b>216.00</b>	<b>125.36</b>	<b>39.30</b>

Araştırma örnekleminde elde edilen anketlerden hesaplanan puanlara göre iş performansı düzeyi 18.00 ile 108.00 arasında değişmekte olup,  $79.17 \pm 21.84$  ortalama değere sahiptir. TKÖ toplam puanı 20.00 ile 60.00 arasında değişmekte olup,  $33.04 \pm 6.27$  ortalama değere sahiptir. PMSÖ ölçeği ise 48.00-216.00 arası değere sahip olup, ortalaması  $125.36 \pm 39.30$  olarak bulunmuştur.

### 4.3. Hipotez Testleri

Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının normal dağılıma uygunluğu için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçları Tablo 4.12’te verilmiştir.

**Tablo 4.12. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının normal dağılıma uygunluğu için yapılan Kolmogorov Smirnov testi sonuçları**

	<b>Kolmogorov Smirnov Z</b>	<b>P</b>
İPÖ Görev performansı	0.183	0.000
İPÖ Bağlamsal performans	0.136	0.000

<b>İPÖ Toplam</b>	<b>0.172</b>	<b>0.000</b>
<b>TKÖ toplam</b>	<b>0.093</b>	<b>0.000</b>
PMSÖ Depresif duygulanım	0.064	0.003
PMSÖ Anksiyete	0.080	0.000
PMSÖ Yorgunluk	0.067	0.001
PMSÖ Sinirlilik	0.075	0.000
PMSÖ Depresif düşünceler	0.098	0.000
PMSÖ Ağrı	0.103	0.000
PMSÖ İştah değişimleri	0.100	0.000
PMSÖ Uyku değişimleri	0.090	0.000
PMSÖ Şişkinlik	0.100	0.000
<b>PMSÖ Toplam</b>	<b>0.037</b>	<b>0.200</b>

Kolmogorov Smirnov testi sonuçlarına göre PSÖ toplam puanının dağılımı standart normal dağılıma uyarken ( $p>0.05$ ), diğer tüm ölçek puanlarının dağılımları standart normal dağılıma uymamaktadır. Bu nedenle, PMSÖ toplam puanının fark analizlerinde parametrik testler, diğer ölçek boyutlarının analizinde ise nonparametrik testler kullanılmıştır.

#### 4.3.1. Demografik Özelliklere Göre PMSÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere göre PMSÖ düzeyleri arasındaki farklara yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H1:** Katılımcıların PMSÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.13'te verilmiştir.

**Tablo 4. 13. Demografik Özelliklere Göre PMSÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar**

	Ortalama	Std. Sapma	Test değeri	p değeri
<i>Yaş</i>				
30 yaş ve altı	<b>126.50</b>	<b>38.49</b>	0.724 (t)	0.470 <sup>a</sup>

31 yaş ve üzeri	123.13	40.93		
<b><i>Yaşanan yer</i></b>				
Köy	146.10	23.56	2.221 (F)	0.110 <sup>b</sup>
İlçe/Kasaba	<b>132.70</b>	<b>33.35</b>		
İl	123.74	40.17		
<b><i>Ekonomik durum</i></b>				
Gelir giderden fazla	<b>129.51</b>	<b>34.80</b>		
Gelir ile gider eşit	126.36	39.47	1.398 (F)	0.249 <sup>b</sup>
Gelir giderden az	117.95	42.17		
<b><i>Medeni durum</i></b>				
Evli	121.20	40.88		
Bekar	127.38	38.90	0.891 (F)	0.411 <sup>b</sup>
Dul/boşanmış/nişanlı	<b>128.57</b>	<b>21.24</b>		
<b><i>Eğitim</i></b>				
İlkokul	<b>132.00</b>	<b>29.85</b>		
Ortaokul	129.67	36.56	1.035 (F)	0.377 <sup>b</sup>
Lise	112.08	36.81		
Yüksek öğrenim	126.29	39.65		
<b><i>Sigara kullanımı</i></b>				
Hayır	124.34	38.69	0.901 (t)	0.368 <sup>a</sup>
Evet	<b>129.21</b>	<b>41.61</b>		
<b><i>Doğum yapma</i></b>				
Hayır	<b>126.71</b>	<b>39.16</b>	-1.084 (t)	0.279 <sup>a</sup>
Evet	121.17	39.71		
<b><i>Doğum kontrol hapi</i></b>				
Hayır	<b>125.82</b>	<b>39.35</b>	-0.918 (t)	0.359 <sup>a</sup>
Evet	116.56	38.63		

a. Bağımsız Örneklem t-testi, b. Tek Yönlü ANOVA Testi.

PMSÖ toplam puanı 30 ve altında yaşa sahip olanlarda, ilçe/kasabada yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden fazla olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, ilkökul mezunlarında, sigara içenlerde, doğum yapmayanlarda, doğum

kontrol hapı kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçları ise PMSÖ toplam puanının demografik gruplar arasındaki farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H1** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.2. Demografik Özelliklere Göre TKÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere göre TKÖ düzeyleri arasındaki farklara yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H2:** Katılımcıların TKÖ düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.14'te verilmiştir.

**Tablo 4. 14. Demografik Özelliklere Göre TKÖ Düzeyleri Arasındaki Farklar**

	Ortalama	Std. Sapma	Test değeri	p değeri
<b>Yaş</b>				
30 yaş ve altı	32.59	6.35	9839.500 (U)	<b>0.040<sup>a</sup></b>
31 yaş ve üzeri	<b>33.91</b>	<b>6.03</b>		
<b>Yaşanan yer</b>				
Köy	30.80	6.23	5.163 (X <sup>2</sup> )	0.076 <sup>b</sup>
İlçe/Kasaba	31.12	5.34		
İl	<b>33.35</b>	<b>6.33</b>		
<b>Ekonomik durum</b>				
Gelir giderden fazla	<b>33.23</b>	<b>5.95</b>		
Gelir ile gider eşit	33.01	6.53	0.315 (X <sup>2</sup> )	0.854 <sup>b</sup>
Gelir giderden az	32.97	5.66		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	33.75	6.13		
Bekar	32.64	6.30	2.612 (X <sup>2</sup> )	0.271 <sup>b</sup>
Dul/boşanmış/nişanlı	<b>33.86</b>	<b>7.38</b>		

<b>Eğitim</b>				
İlkokul	<b>36.50</b>	<b>7.74</b>		
Ortaokul	35.33	6.43	2.587 (X <sup>2</sup> )	0.460 <sup>b</sup>
Lise	34.25	5.24		
Yüksek öğrenim	32.84	6.31		
<b>Sigara kullanımı</b>				
Hayır	33.00	6.39	8428.000 (U)	0.944 <sup>a</sup>
Evet	<b>33.16</b>	<b>5.81</b>		
<b>Doğum yapma</b>				
Hayır	32.86	6.33	8723.500 (U)	0.314 <sup>a</sup>
Evet	<b>33.58</b>	<b>6.07</b>		
<b>Doğum kontrol hapi</b>				
Hayır	<b>33.13</b>	<b>6.19</b>	2061.500 (U)	0.304 <sup>a</sup>
Evet	31.38	7.56		

a. Mann Whitney U Test, b. Kruskal Wallis Test.

TKÖ toplam puanı 31 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, ilde yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden fazla olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, ilkokul mezunlarında, sigara içenlerde, doğum yapanlarda, doğum kontrol hapi kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçları ise TKÖ toplam puanının yaş dışındaki ( $p < 0.05$ ) demografik gruplar arasındaki farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ( $p > 0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H2** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.3. Demografik Özelliklere Göre İş Performans Düzeyleri Arasındaki Farklar

Demografik özelliklere göre iş performans düzeyleri arasındaki farklara yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H3:** Katılımcıların iş performans düzeyleri, demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.15'te verilmiştir.

**Tablo 4. 15. Demografik Özelliklere Göre İş Performans Düzeyleri Arasındaki Farklar**

	Ortalama	Std. Sapma	Test değeri	p değeri
<b>Yaş</b>				
30 yaş ve altı	78.78	21.49	10920.000 (U)	0.500 <sup>a</sup>
31 yaş ve üzeri	<b>79.92</b>	<b>22.60</b>		
<b>Yaşanan yer</b>				
Köy	66.30	33.43	0.804 (X <sup>2</sup> )	0.669 <sup>b</sup>
İlçe/Kasaba	78.88	22.39		
İl	<b>79.66</b>	<b>21.22</b>		
<b>Ekonomik durum</b>				
Gelir giderden fazla	75.66	23.40		
Gelir ile gider eşit	79.27	21.45	2.280 (X <sup>2</sup> )	0.320 <sup>b</sup>
Gelir giderden az	<b>81.98</b>	<b>21.71</b>		
<b>Medeni durum</b>				
Evli	80.14	23.83		
Bekar	78.45	20.90	2.743 (X <sup>2</sup> )	0.254 <sup>b</sup>
Dul/boşanmış/nişanlı	<b>85.57</b>	<b>18.45</b>		
<b>Eğitim</b>				
İlkokul	57.50	28.98		
Ortaokul	62.00	28.00	5.581 (X <sup>2</sup> )	0.134 <sup>b</sup>
Lise	79.21	25.75		
Yüksek öğrenim	<b>79.79</b>	<b>21.10</b>		
<b>Sigara kullanımı</b>				
Hayır	<b>79.31</b>	<b>21.34</b>	8369.000 (U)	0.874 <sup>a</sup>
Evet	78.61	23.78		

<b><i>Doğum yapma</i></b>				
Hayır	<b>79.29</b>	<b>20.98</b>	9113.000 (U)	0.647 <sup>a</sup>
Evet	78.78	24.47		
<b><i>Doğum kontrol hapı</i></b>				
Hayır	<b>79.29</b>	<b>20.98</b>	2202.500 (U)	0.524 <sup>a</sup>
Evet	78.78	24.47		

a. Mann Whitney U Test, b. Kruskal Wallis Test.

İPÖ toplam puanı 31 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, ilde yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden az olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, yüksek öğrenim mezunlarında, sigara içmeyenlerde, doğum yapmayanlarda, doğum kontrol hapı kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir. Fark analizi sonuçları ise İPÖ toplam puanının demografik gruplar arasındaki farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H3** hipotezi reddedilmiştir.

#### **4.3.4. Demografik Değişkenler ile PMSÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki**

Demografik değişkenler ile PMSÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H4:** Katılımcıların demografik özellikleri ile PMSÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.16’de verilmiştir.

**Tablo 4. 16. Demografik Değişkenler ile PMSÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman’s rho testi sonuçları**

<b>PMSÖ_Toplam</b>	<b>R</b>	<b>p</b>
Yaş	-0.045	0.421
Yaşanan yer	-0.128*	0.022

Ekonomik durum	-0.086	0.124
Medeni durum	0.070	0.212
Öğrenim durumunuz	0.073	0.190
Ağırlık	0.053	0.345
Boy	-0.011	0.847
Sigara	0.051	0.365
Çalışma süreniz	-0.102	0.069
Doğum yapma	-0.050	0.376
İlk adet yaşı	0.004	0.939
Adet günlük döngü	0.005	0.929
Adet süresi	0.053	0.340
Adet ağrı VAS	0.274**	0.000
Doğum kontrol hapi	-0.057	0.306

\*p<0.05, \*\*p<0.01, VAS: Visual Analog Skala

Spearman's rho korelasyon analizi sonuçlarına göre PMSÖ toplam puanı ile yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ( $r=-0.128$ ;  $p<0.05$ ) ilişki vardır. Yaşanan yer 1=köy, 2=ilçe/kasaba ve 3=il olarak kodlandığından, nüfusu yüksek yerleşim birimlerine gidildikçe, PMSÖ düzeyi düşmektedir. Adet ağrısı ile PMSÖ arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır ( $r=0.274$ ;  $p<0.01$ ). Kadınların 15 demografik özelliklerinden sadece ikisinde ilişki anlamlı olduğu için, araştırmanın **H4** hipotezi reddedilmiştir.



#### 4.3.5. Demografik Değişkenler ile TKÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki

Demografik değişkenler ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H5:** Katılımcıların demografik özellikleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.17’da verilmiştir.

**Tablo 4. 17. Demografik Değişkenler ile TKÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman’s rho testi sonuçları**

TKÖ_Toplam	R	p
Yaş	0.115*	0.039
Yaşanan yer	0.127*	0.023
Ekonomik durum	-0.014	0.809
Medeni durum	-0.076	0.176
Öğrenim durumunuz	-0.087	0.118
Ağırlık	0.005	0.925
Boy	0.020	0.728
Sigara	0.004	0.944
Çalışma süreniz	0.075	0.180
Doğum yapma	0.056	0.315
İlk adet yaşı	0.018	0.745
Adet günlük döngü	-0.068	0.227
Adet süresi	0.109	0.051
Adet ağrı VAS	0.157**	0.005

Doğum kontrol hapt	-0.058	0.304
--------------------	--------	-------

\*p<0.05, \*\*p<0.01, VAS: Visual Analog Skala

Korelasyon analizi sonuçlarına göre TKÖ ile yaş ( $r=0.115$ ;  $p<0.05$ ), yaşanan yer ( $r=0.127$ ;  $p<0.05$ ) ve adet ağrısı VAS değeri ( $r=0.157$ ;  $p<0.01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır. Yaşanan yer 1=köy, 2=ilçe/kasaba ve 3=il olarak kodlandığından, nüfusu yüksek yerleşim birimlerine gidilikçe, TKÖ düzeyi artmaktadır. Kadınların 15 demografik özelliklerinden sadece üçünde ilişki anlamlı olduğu için, araştırmanın **H5** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.6. Demografik Değişkenler ile İPÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki

Demografik değişkenler ile İPÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H6:** Katılımcıların demografik özellikleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.18’de verilmiştir.

**Tablo 4. 18. Demografik Değişkenler ile İPÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki için yapılan Spearman’s rho testi sonuçları**

İPÖ_Toplam	R	p
Yaş	0.038	0.501
Yaşanan yer	0.035	0.533
Ekonomik durum	0.084	0.132
Medeni durum	-0.063	0.264
Öğrenim durumunuz	0.043	0.440
Ağırlık	0.066	0.241

---

Boy	0.025	0.653
Sigara	0.009	0.875
Çalışma süreniz	0.094	0.092
Doğum yapma	0.026	0.648
İlk adet yaşı	0.041	0.468
Adet günlük döngü	0.009	0.879
Adet süresi	-0.037	0.512
Adet ağrı VAS	0.060	0.281
Doğum kontrol hapı	0.036	0.525

---

VAS: Visual Analog Skala

Bütün demografik parametreler ve alt gruplarıyla İPÖ arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H6** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.7. PMSÖ Düzeyleri ile İPÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki

PMSÖ ile İPÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H7:** Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.19’de verilmiştir.

**Tablo 4. 19. PMSÖ ile İPÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları**

	<b>İPÖ Görev performansı</b>	<b>İPÖ Bağlamsal performans</b>	<b>İPÖ Toplam</b>
PMSÖ Depresif duygulanım	0.044	-0.054	0.000
PMSÖ Anksiyete	-0.009	-0.068	-0.035
PMSÖ Yorgunluk	0.031	-0.049	-0.010
PMSÖ Sinirlilik	0.032	-0.050	-0.008
PMSÖ Depresif düşünceler	-0.024	-0.071	-0.048
PMSÖ Ağrı	-0.015	-0.063	-0.037
PMSÖ İştah değişimleri	0.113*	0.025	0.073
PMSÖ Uyku değişimleri	0.116*	0.059	0.091
PMSÖ Şişkinlik	0.184**	0.118*	0.163**
PMSÖ Toplam	0.055	-0.034	0.014

PMSÖ iştah değişimleri ile İPÖ görev performansı ( $r=0.113$ ;  $p<0.05$ ) arasında; PMSÖ uyku değişimleri ile İPÖ görev performansı ( $r=0.116$ ;  $p<0.05$ ) arasında; PMSÖ şişkinlik ile İPÖ görev performansı ( $r=0.184$ ;  $p<0.01$ ), İPÖ bağlamsal performans ( $r=0.118$ ;  $p<0.05$ ) ve toplam puan arasında ( $r=0.163$ ;  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Ancak ne PMSÖ toplam puanıyla İPÖ boyutları arasında, ne de İPÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H7** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.8. PMSÖ Düzeyleri ile TKÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki

PMSÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H8:** Katılımcıların PMSÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.20’de verilmiştir.

**Tablo 4. 20. PMSÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları**

	TKÖ Toplam
PMSÖ Depresif duygulanım	0.257**
PMSÖ Anksiyete	0.353**
PMSÖ Yorgunluk	0.235**
PMSÖ Sinirlilik	0.203**
PMSÖ Depresif düşünceler	0.302**
PMSÖ Ağrı	0.276**
PMSÖ İştah değişimleri	0.091
PMSÖ Uyku değişimleri	0.301**
PMSÖ Şişkinlik	0.095
PMSÖ Toplam	0.305**

Korelasyon analizi sonuçlarına göre TKÖ ile PMSÖ’nün iştah değişimleri ( $p>0.05$ ) ve şişkinlik ( $p>0.05$ ) boyutları dışındaki tüm boyutlarıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H8** hipotezi kabul edilmiştir.

#### 4.3.9. İPÖ ile TKÖ Düzeyleri Arasındaki İlişki

İPÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H9:** Katılımcıların İPÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.21’te verilmiştir.

**Tablo 4. 21. İPÖ ile TKÖ düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Spearman's rho korelasyon analizi sonuçları**

	TKÖ Toplam
İPÖ Görev performansı	-0.086
İPÖ Bağlamsal performans	-0.094
İPÖ Toplam	-0.095

TKÖ ile İPÖ ve boyut puanları arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H9** hipotezi reddedilmiştir.

#### 4.3.10. PMSÖ'nün TKÖ Üzerindeki Etkisi

PMSÖ'nün TKÖ Üzerindeki Etkisine yönelik aşağıdaki hipotez kurulmuştur:

**H10:** Kadınların PMSÖ düzeyleri, TKÖ düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

Hipotezin testi için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.22’te verilmiştir.

**Tablo 4. 22. PMSÖ'nün TKÖ Üzerindeki Etkisine yönelik yapılan regresyon analizi (Genelleştirilmiş Lineer Model-GLM-Logit Model) sonuçları**

Parameter	B	Std. Hata	95% Wald Güven Aralığı		Hipotez Testi		
			Lower	Upper	Wald Ki-Kare	df	p
(Intercept)	27,825	1,2231	25,428	30,222	517,525	1	0.000
[Yaş_cat=30 ve altı]	<b>-10.385</b>	<b>0.6746</b>	-	<b>-0.062</b>	<b>40.212</b>	<b>1</b>	<b>0.040</b>
[Yaş_cat=31 ve üzeri]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.	.
[Yaşanan_yer=Köy]	-30.588	10.8398	-	0.017	30.804	1	0.051
[Yaşanan_yer=İlçe/Kasaba]	<b>-20.716</b>	<b>10.0421</b>	-	<b>-0.673</b>	<b>60.792</b>	<b>1</b>	<b>0.009</b>
[Yaşanan_yer=İl]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.	.
PMSÖ_Depresif_uygulanım	0.141	0.1113	-0.077	0.360	10.611	1	0.204
<b>PMSÖ_Anksiyete</b>	<b>0.455</b>	<b>0.1079</b>	<b>0.243</b>	<b>0.666</b>	<b>170.738</b>	<b>1</b>	<b>0.000</b>
PMSÖ_Yorgunluk	-0.043	0.1264	-0.290	0.205	0.115	1	0.735
PMSÖ_Sinirlilik	0.134	0.1356	-0.132	0.400	0.978	1	0.323

PMSÖ_Depresif_düşünceler	0.137	0.1069	-0.073	0.346	10.641	1	0.200
<b>PMSÖ_Ağrı</b>	<b>0.423</b>	<b>0.1668</b>	<b>0.096</b>	<b>0.750</b>	<b>60.427</b>	<b>1</b>	<b>0.011</b>
<b>PMSÖ_Uyku_değişimleri</b>	<b>0.426</b>	<b>0.1607</b>	<b>0.111</b>	<b>0.741</b>	<b>70.016</b>	<b>1</b>	<b>0.008</b>
PMSÖ_Toplam	-0.135	0.0692	-0.271	0.001	30.808	1	0.051
Adet_ağrı_VAS	0.115	0.1186	-0.117	0.348	0.944	1	0.331
(Scale)	300.846 <sup>b</sup>	20.438 <sup>6</sup>	260.41 <sup>8</sup>	360.01 <sup>6</sup>			
Bağımlı değişken: TKÖ_toplam							
Model: (Intercept)0. Yaş_cat0. Yaşanan_yer0. PMSÖ_Depresif_uygulanım0. PMSÖ_Anksiyete0. PMSÖ_Yorgunluk0. PMSÖ_Sinirlilik0. PMSÖ_Depresif_düşünceler0. PMSÖ_Ağrı0. PMSÖ_Uyku_değişimleri0. PMSÖ_Toplam0. Adet_ağrı_VAS							
a. Referans kategorisi							
b. Maksimum benzerlik tahmini.							

TKÖ değişkenini yaş ve yaşanan yer eklediği için bu değişkenler de analize eklenmiştir. GLM analizi sonuçlarına göre TKÖ düzeyini 30 ve altında yaşa sahip olmak ( $B=-10.385$ ;  $p<0.05$ ), ilçe/kasabada yaşamış olmak ( $B=-20.716$ ;  $p<0.01$ ), PMSÖ ölçeği anksiyete ( $B=0.455$ ;  $p<0.01$ ), PMSÖ ölçeği ağrı ( $B=0.423$ ;  $p<0.05$ ) ve PMSÖ ölçeği uyku değişimleri ( $B=0.426$ ;  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı derecede etkilemektedir. Ancak PMSÖ toplam puanının TKÖ üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Bu nedenle, araştırmanın **H10** hipotezi reddedilmiştir.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Yapılan bu çalışmada, doğurganlık çağındaki çalışan kadınlarda PMS prevalansı incelenmiş olup premenstrual dönemde kinezyofobi ve iş performansı parametreleri ve bunlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde PMS belirtileri, kinezyofobi ve iş performansının birlikte incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar ile literatür çalışmaları ilişkilendirilmiş, karşılaştırılmış ve yorumlanmıştır. Çalışmada demografik veriler uygun ölçekler ve alt boyutları üzerinden değerlendirilmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalar, PMS düzeylerinin kadınların demografik özelliklerine göre anlamlı farklılık gösterdiğini rapor etmektedir (Freeman, 1995),(Balaha, 2010),(Halbreich, 2003). İranlı kadın popülasyon üzerinde yapılan araştırmaya göre premenstrüel sendromun örneklemelerin yaşı, eğitim durumu ve kariyeri ile anlamlı bir ilişkisi bulunurken, evlilik durumu ve doğum sayısı ile anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır. Yaş grupları ve eğitim durumu, premenstrüel sendromla ilişkili bulunmuştur (Freeman 1995).

Balaha ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre daha yüksek öğrenci yaşı, kırsal yerleşim yeri, daha erken menarş yaşı, düzenli döngüler ve pozitif aile öyküsü, PMS için olası risk faktörleri olarak gösterilmiştir (Balaha, 2010). Halbreich yaptığı araştırmada kadınların yaş, eğitim ve ekonomik gelirlerine göre PMSÖ düzeylerinin farklı olduğunu rapor etmiştir (Halbreich, 2003). Bizim çalışmamızda ise demografik özellik gruplarına göre PMSÖ düzeyleri arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu durumun pek çok sebebi olabileceği gibi, araştırmanın daha büyük örnekleme ve farklı demografik kesimlerde yapılmasının bu farkları anlamlı hale getireceği düşünülebilir.

Yücel'in premenstrual sendromu olan kadınlarda yaptığı çalışmada (2009), kadınların %60'ının menstrüel kanama sürelerinin 5 gün üstü olduğu bulunmuştur. Yücel, Kırca ve ark. bir grup yetişkin kadın, Güvenç ve ark.nın bir grup üniversite öğrencisi üzerinde 2012 yılında yaptıkları çalışmalarda, iki menstrüasyon döngüsü arasında geçen sürenin sırasıyla;  $29.4 \pm 6.1$  ve  $28.16 \pm 2.5$  gün olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları yapılan araştırmalarla benzer bulunmuştur. İlk adet yaşı

ortalaması  $13.23 \pm 1.96$  olup, adet günlük döngüsü  $27.64 \pm 7.15$  ortalamaya sahiptir. Adet süresi  $5.82 \pm 1.54$  ve değişim aralığı 3-12 gündür.

Yaptığımız çalışmada doğum yapmayan ve sigara tüketen kadınlarda PMSÖ düzeyleri doğum yapan ve sigara içmeyen gruba kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalar, sigara içme durumu ile PMS arasında anlamlı farklılık gösterdiğini rapor etmektedir (Kubowicz ve Sara, 2022), (Choi ve Hamidovic, 2020). Nikotinin ödüllendirici etkileri göz önüne alındığında, artan sigara içme davranışı, PMS'nin duygusal semptomlarını hafifletmek için bir mekanizma olabilir. Bununla birlikte, sigara içmek PMS semptomlarının kötüleşmesine neden olabilir, çünkü nikotinin sinir devreleri üzerinde çevresel stres faktörlerine duyarlılığı artıran etkileri vardır. Önceki kanıtlar, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin PMS'de zaten yetersiz olduğunu, dolayısıyla sigara içmenin muhtemelen onu daha da kötüleştirdiğini göstermektedir. Kombine olarak, bu, bu popülasyonda hem PMS hem de Tütün Kullanım Bozukluğunun tedavisi için klinik seyri karmaşık hale getirir (Choi ve Hamidovic, 2020).

Kubowicz ve Sara'nın yaptığı araştırmaya göre çocuk sahibi olmanın, hormonal kontrasepsiyon kullanmanın, meyve ve sebze yemenin ve sigara içmenin adet ağrısının şiddetlenmesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Kubowicz ve Sara, 2022). 25.828 katılımcı içeren 13 çalışmanın incelendiği araştırma, sigara içme ve PMS arasında pozitif ilişki ortaya koymuştur. Temel bilim çalışmalarının sonuçları, endojen nöroaktif steroid hormonlarının ve kötüye kullanılan ilaçların nörotransmisyon üzerinde ortak etkilerini göstermektedir. Bu nedenle adet öncesi sendromu (PMS) sigara içmekle ilişkilendirilebilir (Choi ve Hamidovic, 2020).

71'i sigara içen, 29'u bırakan ve 685'i içmeyen olmak üzere 785 katılımcıdan verinin incelendiği bir çalışmada sigara içme durumunun adet döngüsünü etkilediği ancak süresini etkilemediği bulunmuştur. Sigara içenler, adet ve adet öncesi aşamalarda sigara içmeyenlere göre daha şiddetli semptomatoloji gösterdiği ve sigara içenler arasında, adet öncesi semptomatoloji, menstrüel semptomatolojiden önemli ölçüde daha şiddetli olduğunu ortaya koymuştur (Sakai, 2011).

Literatürde yapılan çalışmalar (Joseph, 2021), VKİ ile PMS arasında anlamlı farklılık gösterdiğini rapor etmektedir (Joseph, 2021), (Lu, 2022), (Masho Saba ve Adera Tilahun, 2009), (Maryam, 2019). Obezite, adet öncesi sendrom ve adet öncesi

disforik bozukluk ve dismenore dahil olmak üzere adet öncesi bozuklukların daha yüksek oranları ile ilişkilendirilmiştir. Adet öncesi sendromu düşük vücut kitle indeksi (VKİ) ile ilişkili bulunmuştur. (Joseph, 2021).

BMI değişikliğini analiz ederken, ergenlik boyunca yüksek BMI'ye sahip bireyler, ergenlik boyunca normal BMI'ye sahip olanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek adet öncesi semptom yüküne sahipti. (Lu, 2022). Vücut kompozisyon indeksleri (Vücut Kitle İndeksi (VKİ), Vücut Yağ Yüzdesi (BFP) ve Karın Yağı ile Daha yüksek vücut kompozisyon indeksleri, daha yüksek PMS semptomları ile ilişkiliydi (Maryam, 2019). Obezite değiştirilebilir bir risk faktörü olduğundan, PMS yönetim stratejileri sadece yüksek stres ve sigara içme gibi faktörleri değil aynı zamanda obeziteyi de dikkate almalıdır (Masho Saba ve Adera Tilahun, 2009).

Çalışmamızda adet ağrısı ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 35 katılımcının incelendiği araştırmada 15'i (%42.9) kendi kendine ilaç kullandığını bildirmiş. PMS'yi tedavi etmenin temel amacı semptomların giderilmesi ve günlük rutin aktiviteler üzerindeki etkilerinin azaltılmasıdır. Farmakoterapi, adet öncesi sendromu için her zaman ilk tedavi seçeneği olmuştur, ancak son araştırmalar, kombinasyon terapisinin üstün faydalarını önermektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri, özellikle adet öncesi dönemde düzenli egzersiz, stresli olaylardan kaçınma ve sağlıklı uyku alışkanlıklarını sürdürmeyi içerir (Gudipally ve Sharma, 2022). Ortamda kendi kendine ilaç uygulamalarının da caydırılması gerekir.

Çalışmamızda ilaç kullanımı ile iş performansı negatif bir korelasyon göstermektedir. Ağrı, sosyal aktivite ve mesleki görevleri olumsuz etkiler. Sadece bireysel yaşam tarzı öğelerinin adet ağrısı üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir (Kubowicz ve Sara, 2022).

Çalışmamızda adet ağrısı (VAS  $r=0.157$ ;  $p<0.01$ ) ile kinezyofobi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Literatürde yapılan çalışmalar, kişinin hareket korkusu ile ağrı arasında anlamlı farklılık gösterdiğini rapor etmektedir. Menstrüel dönemde bel ağrısı ile ilişkili ağrı, sakatlık ve hareket korkusu olan katılımcılara lomber stabilizasyon egzersizlerinin, müdahale almayanlara kıyasla menstrüel bel ağrısını, sakatlık ve hareket korkusunu iyileştirdiği gösterildi (Shakeri, 2013).

Ağrı menstrüel siklus evresinden bağımsız olarak, ağrı Şiddeti derecelerinin genel olarak PMS grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bilişsel-algısal sũreçlerin rolũ, PMS semptomatolojisinin kazanılması ve sũrdũrũlmesi bağlamında tartıŐılmaktadır (Kuczmierczyk ve Adams, 1986). Yaşam tarzı, insanların sağlığını etkileyen faktũrler dizisinden biridir. Aktivite, sigara ve yiyecek alımı, yaşam tarzıyla ilişkili faktũrlerdir ve kanıtlar, PMS'li kadın ve kızların yeterli bir yaşam sũresine sahip olmadığını gũstermektedir (Rad, Sabzevary ve Dehnavi, 2018).

Çalışmamızda PMSũ dũzeyleri ile TKũ dũzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p < 0.05$ ). Primer dismenoreli kadınlarda ağrı Şiddeti, menstrüel semptomlar, emosyonel durum ve hareket etme korkusunun aralarında ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Erdoğanoğlu ve Gũl, 2021).

Kişinin hareket korkusu ile yaşadığı yer arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Nũfusu yüksek yerleşim birimlerine gidildikçe TKũ dũzeyi artmaktadır. Őehir yerleŐmelerinde hayatın getirdiği stres ve hareket alanındaki azalmadan dolayı kişinin hareket korkusunun arttığı dũŐũnũlmektedir.

Çalışmamızda PMSũ iştah değişimleri ile İPũ gũrev performansı arasında; PMSũ Şişkinlik ile İPũ gũrev performansı, İPũ bağlamsal performans ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatũrde yapılan çalışmalar, PMS ile iş performansı arasında anlamlı farklılık gũsterdiđini rapor etmektedir (Meseci, 2017), (Jeff, 2007), (Oral, 2012). Premenstrual semptomların sadece gũnlũk aktiviteleri değil aynı zamanda iş performansını da çalışan kadınlarda olumsuz yũnde etkilediği gũsterilmiŐtir (Meseci, 2017). PMS olan kadınların sağlık nedeniyle kaçırdıkları iş gũnũ sayısı ve tıbbi masraflarının PMS olmayan kadınlara oranla daha fazla olduğunu ortaya konulmuştur (Jeff, 2007). Dismenore ve okul performansı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada katılımcıların %67'sinde dismenore ve dismenore Şiddetli premenstrüel belirtilerle ve dũŐũk okul performansı ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (Oral, 2012). DũŐũk okul performansı ve iş performansı ilişkilendirilebilir.

EndiŐe, neŐe, ūzũntũ, œfke, depresyon ve adet gũrmenin insanların iŐtahını veya yemek yeme isteğini etkilediği kabul edilmektedir. İŐtahın premenstrual dũnemde kadınlarda belirgin olarak arttığı ve œzellikle PMS'li bireylerde daha sık gũrũldũđũ bildirilmiŐtir (Reed, Levin ve Evans, 2008).

Both-Orthman'ın premenstrual sendrom olan ve olmayan kadınlar üzerinde 1988 yılında yaptığı çalışmasında, iştahın genellikle premenstrual dönemde arttığı, duygu duruma bağlı iştah değişiminin sadece PMS'li grupta görüldüğü ve özellikle depresyonla iştah artışı arasında önemli bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur (Reed vd. 2008),(Wurtman vd. 1989),(Both-Orthman vd. 1988). Both-Orthman ve ark.nın yaptığı çalışmada iştahla duygudurumla ilişkili değişikliklerin özellikle PMS grubunda gözlemlendiğini ve depresyon ve artan iştahla aralarında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Both-Orthman vd. 1988).

Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada %82.0'sinin premenstrual dönemde iştah değişimi, %78.0'inin sinirlilik, %72.8'inin ağrı, %69.0'unun şişkinlik, %66'sının yorgunluk, %61.1'inin depresif duygulanım, %55.9'unun uyku değişimi, %52.5'inin depresif düşünceler ve %29.6'sının anksiyeteyi deneyimlediği saptanmıştır (Takeda vd. 2010). Bizim çalışmamızda iştah değişimi ve şişkinlik belirtileri bu çalışmayla paralel bulunmuştur.

Çalışmamızda PMSÖ uyku değişimleri ile İPÖ görev performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Demir ve Erdoğan 2022), (Özdemir vd. 2018). Uyku kalitesi iyi olanların iş performansı, uyku kalitesi çok kötü olanlara göre anlamlı derecede yüksektir (Demir ve Erdoğan 2022). Özdemir ve ark. yaptıkları çalışmada, uyku yoksunluğu ile iş performansı azalması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Özdemir vd. 2018).

Çalışmamızda yaş ile TKÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde kişinin hareket korkusu ile yaş arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. Yaşla birlikte azalan fiziksel aktivite düzeyi, düşme korkusu, kas güçsüzlüğü, fonksiyonel kapasitede azalma kinezyofobi nedenlerini ortaya koymaktadır (Güzel, İrdesel ve Kutsal, 2021),(Roelofs vd. 2011).

## SONUÇLAR

Kadınların çalışma yaşamında daha fazla yer almalarıyla, kadınlara yönelik bazı fizyolojik ve biyolojik durumların kinezyofobi ve iş performansı üzerine etkisinin olabileceği düşüncesiyle yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar; ağrı ve uyku değişiminin kinezyofobi üzerinde etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Her ne kadar genel anlamda PMS kinezyofobi üzerinde doğrudan anlamlı etki sahibi olmasa da bu üç alt boyut (anksiyete, ağrı ve uyku değişimi) kadınlarda iş yaşamında hissedilen kinezyofobi düzeyiyle ilişkili olarak bulunmuştur. Tek değişkenli analizde ise iştah dışındaki tüm PMSÖ alt boyutları, kadınlarda kinezyofobi ile ilişkilidir. Çok değişkenli analiz sonuçlarının tek değişkenli analiz sonuçlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olması, çalışan kadınlarda birden fazla değişkenin hem kinezyofobi hem de PMS üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Logit analiz sonuçları da yaş ve yaşanan yerin bu farklılık üzerinde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırma sonuçlarında ortaya çıkan bir diğer önemli bulgu, kadınların iş performansları ile kinezyofobi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmamasıdır. Aslında bu durum, kadınların farklı yaş, deneyim, iş türü gibi değişkenlere sahip olsa da görev bilinçlerinin yüksek olduğunu ve içsel duygularını iş yaşamına daha az yansıttıkları şeklinde yorumlanabilir. Bunun yanında, yapılan işin türü ve hareket düzeyinin de kinezyofobi ve performans ile ilişkisi üzerinde etkisi olabilir. Nispeten daha az hareket gerektiren işlerde kinezyofobi iş performansını düşük düzeyde etkilerken, daha fazla hareket gerektiren işlerde ise kinezyofobi iş performansını daha fazla etkileyebilir. Ancak tüm bu varsayımların ileri araştırmalarla incelenmesi gerekir. Kesin olan mevcut sonuç ise kadınların kinezyofobi düzeyleri ile iş performansları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı, kinezyofobi düzeyi ne olursa olsun, kadınların iş performanslarının iki boyut ve toplam puan bazında da anlamlı olmadığı yönündedir.

PMS ile iş performansı arasındaki ilişkiyi inceleyen analiz sonuçlarına göre ise sadece şişkinlik her üç performans puanıyla da (görev, bağlamsal, toplam) anlamlı ilişki içerisindedir. İştah ve uyku değişimleri ise görev performansı ile anlamlı ilişki içerisindedir, bağlamsal performans ve toplam performans ile aralarındaki ilişki

istatistiksel olarak anlamlı değildir. Dolayısıyla, genel anlamda PMS ile iş performansı arasındaki ilişkinin şişkinlik üzerinden yoğun şekilde geçerli olduğu, ancak tüm boyutlar dikkate alındığında, anlamlı ilişki olmadığı ifade edilebilir.

Elde edilen bu sonuçlar, aslında kadınların iş yaşamında erkeklere göre çok da farklı olmayan bir mesleki profesyonellik ve iş performansı ile çalıştıklarını, PMS ya da kinezyofobi gibi durumların iş yaşamına etki etmesine izin vermediklerini göstermektedir. Her ne kadar iş performansı algı üzerinden ölçülmekte olsa ve bireylerin genellikle performanslarını yüksek görme eğilimleri söz konusu olsa da aradaki ilişki ve fark analizlerinde de aynı sapmaların söz konusu olduğunu ifade etmek mümkündür. Diğer bir ifadeyle, her üç kavramsal konunun da algısal olarak ölçülmesinden ötürü, algının ölçüm düzeylerine etkisi olsa bile, aradaki ilişkiye etkisinin olmadığını ya da çok az olduğunu ifade etmek mümkündür. Yani bir katılımcı her şeyi abartma eğiliminde ya da aşırı hassas ise PMS ölçeğine de iş performans ölçeğine de abartılı yanıtlar verecektir. Bu durum çalışanın PMS ve iş performans düzeylerinin yüksek çıkmasına sebep olabilse de aradaki ilişkiyi ortaya koyarken bu abartılı değerlendirmenin etkisi, iki değişkende de olacağı için sonuçları bozmamaktadır. Bu nedenle, çalışan kadınların kendilerini performans konusunda başarılı bir şekilde güdümlediklerini ve profesyonel olarak iş yaşamında başarıya daha fazla odaklandıklarını ifade etmek mümkündür.

Araştırmada elde edilen bulguları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

- PMSÖ toplam puanı 30 ve altında yaşa sahip olanlarda, ilçe/kasabada yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden fazla olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, ilkokul mezunlarında, sigara içenlerde, doğum yapmayanlarda, doğum kontrol hapı kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir.
- PMSÖ toplam puanının demografik gruplar arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).
- TKÖ toplam puanı 31 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, ilde yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden fazla olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, ilkokul mezunlarında, sigara içenlerde, doğum yapanlarda, doğum kontrol hapı kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir.

- TKÖ toplam puanının yaş dışındaki ( $p < 0.05$ ) demografik gruplar arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).
- İPÖ toplam puanı 31 ve üzerinde yaşa sahip olanlarda, ilde yaşamlarının üçte ikisi geçenlerde, geliri giderinden az olanda, dul/boşanmış/nişanlı olanlarda, yüksek öğrenim mezunlarında, sigara içmeyenlerde, doğum yapmayanlarda, doğum kontrol hapı kullanmayanlarda daha yüksek düzeydedir.
- İPÖ toplam puanının demografik gruplar arasındaki farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).
- Kadınların demografik özellikleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p > 0.05$ ).
- Bütün demografik parametreler ve alt gruplarıyla İPÖ arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ).
- Kadınların PMSÖ düzeyleri ile İPÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p > 0.05$ ).
- PMSÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ( $p < 0.05$ ).
- İPÖ düzeyleri ile TKÖ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ( $p > 0.05$ ).

Elde edilen tüm bu bulgular, aslında çalışan kadınlarda PMS düzeylerinin kinezyofobi düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilediğini, ancak bunu iş yaşamında performans boyutlarını etkilemesine izin vermediklerini göstermektedir.



## ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular çerçevesinde, alan uygulamaları ve ileri araştırmalar için aşağıdaki önerileri getirmek mümkündür:

- Araştırma daha geniş örneklem ve daha fazla değişken üzerinden genişletilerek, sonuçlar daha fazla genele yayılabilir.
- Kadınların PMS ile ilgili algılarına etki edebilecek başka değişkenler varsa, bunların da incelendiği ileri çalışmalar yapılabilir.
- Çalışma farklı meslek ve demografik gruplar arasında yapılarak, çapraz karşılaştırmalar yapılabilir.
- Araştırma sonuçlarına göre kadınların yerleşim birimleri kinezyofobi ve PMS arasındaki ilişkide etkili bulunmuştur. Bu nedenle, özellikle ilçe ve kasabada çalışan kadınlar üzerinde çalışmalar yapılabilir.
- 30 yaş üstü ve ilde yaşayan kadınlarda kinezyofobi ve PMS ile başa çıkma üzerine hizmet içi eğitimler, kamusal kurs ve destekler verilebilir.
- Kadınların kinezyofobi ve PMS gibi aslında iş yaşamında performansı etkileyebilecek olan konularda ilişkinin anlamlı çıkmaması, kadınların bu konuda kendilerini psikolojik olarak eğittiklerini göstermektedir. Bu konuda hem ileri araştırmalar hem de psikolojik olarak etkilerinin azaltılacağı sosyal destek çalışmaları yapılabilir.

## KAYNAKÇA

- Ağar, Erdal. 2021. *İnsan Fizyolojisi*.
- Aitken, R. John, Mark A. Baker, Gustavo F. Doncel, Martin M. Matzuk, Christine K. Mauck, ve Michael J. K. Harper. 2008. "As the World Grows: Contraception in the 21st Century." *The Journal of Clinical Investigation* 118(4):1330. doi: 10.1172/JCI33873.
- Robert F Casper, MD. "Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder -PubMed." Retrieved November 18, 2022(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22010771/>).
- Arısan, Kazım. n.d. *Kadın Hastalıkları Jinekoloji*.
- Balaha, Magdy Hassan, Mostafa Abd El Monem Amr, Mohammed Saleh Al Moghannum, ve Nouria Saab Al Muhaidab. 2010. "The Phenomenology of Premenstrual Syndrome in Female Medical Students: A Cross Sectional Study." *Pan African Medical Journal* 5(1). doi: 10.4314/pamj.v5i1.56194.
- Both-Orthman, B., D. R. Rubinow, M. C. Hoban, J. Malley, ve G. N. Grover. 1988. "Menstrual Cycle Phase-Related Changes in Appetite in Patients with Premenstrual Syndrome and in Control Subjects." *The American Journal of Psychiatry* 145(5):628–31. doi: 10.1176/AJP.145.5.628.
- Çavlıca B, Bereket Yücel S, Darçın N, Mirzai İT, Erbüyün K. 2009. "Profesyonel Kadın Voleybolcularda Ağrı Duyumunun Menstrüel Döngü İle İlişkisi." *Ağrı Dergisi* 21(1):29–35.
- Çevik, N. 2020. "Kadın Ofis Çalışanlarında Menstrüel Siklusun Çalışma Performansı ve Yaşam Kalitesine Etkisi."
- Choi, So Hee, ve Ajna Hamidovic. 2020. "Association Between Smoking and Premenstrual Syndrome: A Meta-Analysis." *Frontiers in Psychiatry* 11:1328. doi: 10.3389/FPSYT.2020.575526/BIBTEX.
- Demir, B., Algül, L. Y., & Güven, E. G. 2006. "Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması." *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3(4):262-270.
- Demir, Tuğba, ve Özcan Erdoğan. 2022. "Aydın Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Daire Başkanlığı Çalışanlarında Uyku Kalitesi ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi."
- Dere, Fatih. 1999. *Anatomi Atlası ve Ders Kitabı*.
- Direkvv-Moghadam, A., K. Sayehmiri, A. Delpisheh, ve Kaikhavani Satar. 2014. "Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study." *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR* 8(2):106. doi: 10.7860/JCDR/2014/8024.4021.

- Dominika Granda \*, Maria Karolina Szmidt ve Joanna Kaluza. 2021. "Is Premenstrual Syndrome Associated with Inflammation, Oxidative Stress and Antioxidant Status? A Systematic Review of Case–Control and Cross-Sectional Studies." *Antioxidants* 10(604).
- Erbil N, Karaca A, Kırış T. 2010. "Investigation of Premenstrual Syndrome and Contributing Factors among University Students." *Turkish Journal Medical Sciences* 40(4):565–73.
- Erdoğanoglu, Yıldız, ve Selin Gül. 2021. "The Effect of Walking Exercise Training on Pain Severity, Menstrual Symptoms, Emotional Status and Kinesiophobia in Women with Primary Dysmenorrhea."
- Ferm, Vergil H. 1987. "Embryology and Comparative Anatomy, Rodent Reproductive Tract." 3–7. doi: 10.1007/978-3-642-72550-0\_1.
- Freeman, E. W., K. Rickels, E. Schweizer, ve T. Ting. 1995. "Relationships between Age and Symptom Severity among Women Seeking Medical Treatment for Premenstrual Symptoms." *Psychological Medicine* 25(2):309–15. doi: 10.1017/S0033291700036205.
- Fritz, Marc A., ve Leon Speroff. 2011. "Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 8th Ed.Chapter 6; Regulation of The Menstrual Cycle." 199–243.
- GENÇDOĞAN, Başaran. 2006. "Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek." *Türkiye'de Psikiyatri Derg.* 8(2):81–87.
- Greenwald, Gilbert S. 1987. "Normal Structure and Function, Ovary, Hamster." 11–14. doi: 10.1007/978-3-642-72550-0\_2.
- Gudipally, Pratyusha R., ve Gyanendra K. Sharma. 2022. "Premenstrual Syndrome."
- Günes G, Pehlivan E, Genç M, Eğri M. 1997. "Malatya'da Lise Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Sıklığı." *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 4(4):403–6.
- Guyton ve Hall. 2012. *Tıbbi Fizyoloji*.
- GÜZEL, Rengin, Jale İRDESEL, ve Yeşim GÖKÇE KUTSAL. 2021. "İLERİ YAŞLARDA KİNEZYOFOBİ." *Journal of Continuing Medical Education* 30(2):116–25. doi: 10.17942/STED.899387.
- Halbreich, Uriel, Jeff Borenstein, Terry Pearlstein, ve Linda S. Kahn. 2003. "The Prevalence, Impairment, Impact, and Burden of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS/PMDD)." *Psychoneuroendocrinology* 28(SUPPL. 3):1–23. doi: 10.1016/S0306-4530(03)00098-2.
- Hawkins, Shannon M., ve Martin M. Matzuk. n.d. "The Menstrual Cycle Basic Biology." doi: 10.1196/annals.1429.018.

- Jeff E. Borenstein, Bonnie B. Dean, Eckhard Leifke, Paul Korner, ve Kimberly A. Yonkers. 2007. "Differences in Symptom Scores and Health Outcomes in Premenstrual Syndrome." *Journal of Women's Health* 16(8).
- Joseph, Nitin, Ayisha Alfiya, Megha Khurana, Maheshwari Divya, Kritika Gupta, ve Muthu Raja Ram Thangavelu. 2021. "Assessment of Pattern, Determinants and Treatment Practices of Menstrual Disorders Among Medical Undergraduate Students." *Current Women's Health Reviews* 18(3). doi: 10.2174/1573404817666211027094722.
- Kişnişçi, H. 1996. *Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*. Ankara.Güneş Kitabevi.
- Kızılkaya, N. 1995. "Premenstrüel Sendrom." *Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi* 7(2):26–35.
- Köse, S. 2009. "Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi." Atatürk Üniversitesi.
- Kubowicz, ve Sara. 2022. "Wpływ Stylu Życia Na Nasilenie Bólu Menstruacyjnego." doi: 10.1000/182.
- Kuczmierczyk, Andrzej R., ve Henry E. Adams. 1986. "Autonomic Arousal and Pain Sensitivity in Women with Premenstrual Syndrome at Different Phases of the Menstrual Cycle." *Journal of Psychosomatic Research* 30(4):421–28. doi: 10.1016/0022-3999(86)90081-4.
- Lu, Donghao, Jurate Aleknavičiute, Astrid M. Kamperman, Rulla M. Tamimi, Jonas F. Ludvigsson, Unnur A. Valdimarsdóttir, ve Elizabeth R. Bertone-Johnson. 2022. "Association Between Childhood Body Size and Premenstrual Disorders in Young Adulthood." *JAMA Network Open* 5(3):e221256–e221256. doi: 10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.1256.
- Luiz da Silva Teixeira, André, éricA condé MARques oLiveirA, MARceLo ricArdo cAbrAL diAS, ve Correspondência André Luiz da Silva Teixeira Rua Batista de Oliveira. 2013. "Relação Entre o Nível de Atividade Física e a Incidência Da Síndrome Pré-Menstrual." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 35(5):210–14. doi: 10.1590/S0100-72032013000500004.
- Maryam, Shahrjooye Haghighi Ensieh |. Koushkie Jahromi. 2019. *Brief Report: The Correlation Between Some Body Composition Indices and Premenstrual Syndrome in Young Females*.
- Masho Saba, Adera Tilahun, Paul Jeannette. 2009. "Obesity as a Risk Factor for Premenstrual Syndrome." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26(1):33–39.
- MESECI, Elif. 2017. "Çalışan Türk Kadınlarında Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi."

*Medical Bulletin of Zeynep Kamil* 48(4):152–56. doi: 10.16948/ZKTIPB.262628.

- Michelle L, Matthews MD, Bradley S, Hurst MD, Paul B, Marshburn MD. 2002. “Diagnosis and Management of the Premenstrual Syndrome.” *Obstetrics and Gynecology* 8(2):1–23.
- Mihm, M., S. Gangooly, ve S. Muttukrishna. 2011. “The Normal Menstrual Cycle in Women.” *Animal Reproduction Science* 124(3–4):229–36. doi: 10.1016/J.ANIREPROSCI.2010.08.030.
- Norato, Adrila de Cassia Cabral, Gabriella de Almeida Tolentino, Carina Ferreira Pinheiro-Araújo, Lidiane Lima Florencio, Anamaria Siriani de Oliveira, Fabíola Dach, ve Débora Bevilaqua-Grossi. 2022. “Correlation between Kinesiophobia, Muscle Strength and Neck Endurance in Patients with Migraine.” *Headache Medicine* 13(Supplement):6. doi: 10.48208/HeadacheMed.2022.Supplement.6.
- Ölçer Z, Bakır N, Aslan E. 2017. “Üniversite Öğrencilerinde Kişilik Özelliklerinin Premenstrual Şikayetlere Etkisi.” *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(1):30–37.
- Oral, E., Tulay Kirkan, Esra Yazici, Mustafa Gulec, Zeliha Cansever, ve Nazan Aydin. 2012. “Premenstrual Symptom Severity, Dysmenorrhea, and School Performance in Medical Students.” *Journal of Mood Disorders* 2(4):143–52.
- ÖZDEMİR, Pınar GÜZEL, Anıl Cemre ÖKMEN, ve Onur YILMAZ. 2018. “Vardiyalı Çalışma Bozukluğu ve Vardiyalı Çalışmanın Ruhsal ve Bedensel Etkileri.” *Current Approaches in Psychiatry* 10(1):71–83. doi: 10.18863/PGY.336513.
- Rad, Mostafa, Marzieh Torkmannejad Sabzevary, ve Zahra Mohebbi Dehnavi. 2018. “Factors Associated with Premenstrual Syndrome in Female High School Students.” *Journal of Education and Health Promotion* 7(1):64. doi: 10.4103/JEHP.JEHP\_126\_17.
- Reed, Stephanie Collins, Frances R. Levin, ve Suzette M. Evans. 2008. “Changes in Mood, Cognitive Performance and Appetite in the Late Luteal and Follicular Phases of the Menstrual Cycle in Women with and without PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder).” *Hormones and Behavior* 54(1):185–93. doi: 10.1016/J.YHBEH.2008.02.018.
- Rick Kellerman. 2021. *Premenstrual Syndrome*.
- Roelofs, Jeffrey, Gerard Van Breukelen, Judith Sluiter, Monique H. W. Frings-Dresen, Mariëlle Goossens, Pascal Thibault, Katja Boersma, ve Johan W. S. Vlaeyen. 2011. “Norming of the Tampa Scale for Kinesiophobia across Pain Diagnoses and Various Countries.” *Pain* 152(5):1090–95. doi: 10.1016/J.PAIN.2011.01.028.

- Sakai, Hiroko, Chieko Kawamura, Xiaodong Cardenas, ve Kazutomo Ohashi. 2011. "Premenstrual and Menstrual Symptomatology in Young Adult Japanese Females Who Smoke Tobacco." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 37(4):325–30. doi: 10.1111/J.1447-0756.2010.01353.X.
- Schlafer, Donald H., ve Robert A. Foster. 2016. "Female Genital System." *Jubb, Kennedy & Palmer's Pathology of Domestic Animals: Volume 3* 3:358. doi: 10.1016/B978-0-7020-5319-1.00015-3.
- Shakeri, Hassan, Zahra Fathollahi, Nouredin Karimi, ve Amir M. Arab. 2013. "Effect of Functional Lumbar Stabilization Exercises on Pain, Disability, and Kinesiophobia in Women with Menstrual Low Back Pain: A Preliminary Trial." *Journal of Chiropractic Medicine* 12(3):160–67. doi: 10.1016/J.JCM.2013.08.005.
- Studd, John, Mike Savvas, ve Neale Watson. 2018. "Premenstrual Disorders." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 219(2):215. doi: 10.1016/j.ajog.2018.04.022.
- Takeda, T., K. Tasaka, M. Sakata, ve Y. Murata. 2010. "ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM PREVELANSI." *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 13(1):52–57. doi: 10.1007/S00737-006-0137-9.
- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. 2010. "Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevelansı." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(1):52–57.
- Taşçı, DK. 2006. "Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının, Değerlendirilmesi." *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 5(6):434–442.
- Teixeira ALS, Oliveira ECM, Dias MRC. 2013. "Relationship between the Level of Physical Activity and Premenstrual Syndrome Incidence." *Rev Bras Ginecol Obstet* 35(5):210–14.
- Tunca Yılmaz Ö, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. 2011. "Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe Versiyonu ve Test-Tekrar Test Güvenirliği." *Fizyoterapi Rehabilitasyon*. 22(1):44–49.
- Wallace, M., Y. Z. H. Y. Hashim, M. Wingfield, M. Culliton, F. McAuliffe, M. J. Gibney, ve L. Brennan. 2010. "Effects of Menstrual Cycle Phase on Metabolomic Profiles in Premenopausal Women." *Human Reproduction (Oxford, England)* 25(4):949–56. doi: 10.1093/HUMREP/DEQ011.
- WFreeman, Ellen. 2003. "Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions and Diagnosis." *Psychoneuroendocrinology* 28(3):25–37.
- Wurtman, Judith J., Amnon Brzezinski, Richard J. Wurtman, ve Blandine Laferrere. 1989. "Effect of Nutrient Intake on Premenstrual Depression." *American*

*Journal of Obstetrics and Gynecology* 161(5):1228–34. doi: 10.1016/0002-9378(89)90671-6.

Yeung, E. H., C. Zhang, P. S. Albert, S. L. Mumford, A. Ye, N. J. Perkins, J. Wactawski-Wende, ve E. F. Schisterman. 2013. “Adiposity and Sex Hormones across the Menstrual Cycle: The BioCycle Study.” *International Journal of Obesity (2005)* 37(2):237–43. doi: 10.1038/IJO.2012.9.



## EKLER

### EK:A KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**Kaç yaşındasınız?**

----

**Öğrenim durumunuz**

1. İlkokul

2. Ortaokul

3. Lise

4. Yükseköğretim

**Yaşamınızın büyük bir çoğunluğunu  
( 2/3'sini ) nerede geçirdiniz?**

1. Köy

2. İlçe/Kasaba

3. İl

**Kilonuz**

---

**Hangi şehirde yaşıyorsunuz?**

---

**Boyunuz**

---

**Ekonomik durumunuzu nasıl  
değerlendirirsiniz?**

1. Gelirim giderimden fazla

2. Gelirim giderime eşit

3. Gelirim giderimden az

**Sigara kullanıyor musunuz?**

1. Evet

2. Hayır

**Medeni Durum**

1. Evli

2. Bekar

Diğer:

**Mesleğiniz**

---

**Şu an çalışıyor musunuz?**

1. Evet

2. Hayır



**Çalışma süreniz**

1-5 yıl

6-10 yıl

11-15 yıl

16 yıl ve üstü

**Doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz?**

1. Evet

2. Hayır

**Hiç doğum yaptınız mı?**

1.Evet

2.Hayır

**Aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı işaretleyiniz.**

Şu an gebelik dönemindeyim.

Şu an lohusa dönemindeyim.

Daha önce ürogenital (Genital ve idrar yolları sistemi ile ilgili) bir ameliyat geçirdim.

Hiçbiri.

**Adet görüyor musunuz?**

1. Evet

2. Hayır

**Herhangi bir jinekolojik hastalığınız var mı? (Anormal uterin kanama, myom, polip, over kisti, polikistik oversendromu(PCOS),endometriozis vb.)**

**İlk adet yaşıınız?**

---

Evet ise diğer kısmında belirtiniz.

**Kaç günde bir adet olursunuz?**

---

Hayır

**Adetiniz kaç gün sürer?**

---

Diğer:

**Adet döneminde yaşadığınız ağrıya 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?(0,ağrı yok; 10,dayanılmaz ağrı)**

---

## EK:B PREMENSTRUAL SENDROM ÖLÇEĞİ (PMSÖ)

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1				
2	İçimden ağlamak geliyor	2				
3	Canım sıkılıyor	3				
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4				
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5				
6	Her şey üzerime geliyor	6				
7	Karamsar oluyorum	7				
8	Derin nefes almak istiyorum	8				
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum	9				
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10				
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum	11				
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12				
13	Sanki her şey kötü olacak	13				
14	Çok çabuk yoruluyorum	14				
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15				
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16				
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17				
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18				
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19				
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20				
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21				
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22				
23	Sinirlerim geriliyor	23				
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24				
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25				
26	Kendimi değersiz görüyorum	26				
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27				
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28				
29	Dalıp gidiyorum	29				
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30				

ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
3	Baş ağrısı oluyor	31					
1							
3	Kaslarım ağrıyor	32					
2							
3	Eldem yerlerim ağrıyor	33					
3							
3	İştahım artıyor	34					
4							
3	Özellikle unlu ve tath yiyecekler yemek istiyorum	35					
5							
3	Daha fazla yemek yiyorum	36					
6							
3	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
7							
3	Uykumda bölünme oluyor	38					
8							
3	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
9							
4	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
0							
4	Göğüslerim şişiyor	41					
1							
4	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
2							
4	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
3							
4	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					
4							

## Anket Kullanım İzni



**Basaran Gencdogan**

Alıcı: ben +

Sayın Büşra SAYIR

Geliştirmiş olduğum Premenstrual Sendrom Ölçeğini araştırmalarnızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve makalesini gönderiyorum.

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi

K.K. Eğitim Fakültesi

Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD Başkanı

Yoncalık-ERZURUM

Kimden: "büşra sayir"

Kime:

Gönderilenler: 30 Kasım Salı 2021 13:12:56

Konu: Premenstrual Sendrom Ölçeği Kullanımı İzni

\*\*\*

## EK:C TAMPA KİNEZYOFOBİ ÖLÇEĞİ (TKÖ)

### Ek. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu (Toplam puan 17-68).

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz). Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ağrıyla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ağrının olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EK:Ç İŞ PERFORMANS ÖLÇEĞİ

### İŞ PERFORMANSI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerin her biri açısından kendinize **1** ile **6** arasında bir puan veriniz. **1** Bu davranışı iş yerinde **hemen hemen hiç sergilemediğine**, **6** her zaman sergilediğine/**gösterdiğine** işaret edecektir.

		Hemen hemen hiç sergilemem	Çok az sergilerim	Fırsat buldukça sergilerim	Bazen Sergilerim	Genellikle Sergilerim	Her zaman Sergilerim
1	Benden beklenen görevleri aksatmadan yerine getirmek	1	2	3	4	5	6
2	Ara verdikten sonra işime zamanında dönebilmek	1	2	3	4	5	6
3	Arkadaşlarımla iş dışı sohbetlere zaman ayırmak	1	2	3	4	5	6
4	Sorumluluğumdaki görevleri yeterli düzeyde yerine getirmek	1	2	3	4	5	6
5	İş tanımında yer alan sorumlulukları yerine getirmek	1	2	3	4	5	6
6	Benden beklenenleri yeterince karşılayamayacağım duygusu	1	2	3	4	5	6
7	Amirimle uyumlu olarak çalışmak	1	2	3	4	5	6
8	İşimin gerektirdiği performans standartlarını karşılamak	1	2	3	4	5	6
9	Çalışma grubumun genel işleyişini geliştirmek için yapıcı önerilerde bulunmak	1	2	3	4	5	6
10	Diğer çalışanları, işlerini yaparken daha etkili yollar denemeleri için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6
11	Kuruluşun yararına olabilecek görüş ve fikirlere sahip olmak	1	2	3	4	5	6
12	Çalıştığım kuruluşu potansiyel sorunlara karşı koruma sorumluluğu konusunda istekli olmak	1	2	3	4	5	6
13	İşe yeni giren personele iş tanımının içinde olmasa da yardım etmek	1	2	3	4	5	6
14	İş tanımı kapsamında olmayan işleri gönüllü olarak yerine getirmek	1	2	3	4	5	6
15	İşimin gerektirdiği teknik bilgilere sahip olmak	1	2	3	4	5	6
16	Bölümümünden sorumlu amirin benimle ilgili performans beklentilerine uygun çalışmak	1	2	3	4	5	6
17	Verilen görevden daha fazla sorumluluk üstlenmek	1	2	3	4	5	6
18	Verilen görevi vaktinde tamamlamak	1	2	3	4	5	6

