

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA AĞIR  
MENSTRUAL KANAMA SIKLIĞI VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan  
Gamze TUĞRAL**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans**

**Ağustos 2022  
NEVŞEHİR**



**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA AĞIR  
MENSTRUAL KANAMA SIKLIĞI VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan  
Gamze TUĞRAL**

**Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK  
Prof. Dr. Semra KOCAÖZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans**

**Ağustos 2022  
NEVŞEHİR**

## TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında bana destek olan, bilgi ve tecrübeleri ile beni aydınlatan ve desteğini hiç eksik etmeyen, kendisini tanımaktan büyük onur duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK 'a,  
Yüksek lisans eğitimim boyunca sağladığı bilimsel destek ve katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Semra KOCAÖZ 'e,  
Veri toplama sürecinde desteğini esirgemeyen canım teyzem Meral YÜCEL'e ve çok değerli hemŐire Yeter ALGÜL'e,  
Bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan ve beni motive eden canım arkadaşım AyŐegül TEKE'ye,  
Çocukluğumdan beri ailemden biri gibi olan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok kıymetli ablam Döne OLÇAY'a,  
Emekleriyle hayatıma ışık tutan ANNEME, gölgesini üzerinde her daim hissettiğim BABAMA, hep yanımda olan varlığıyla bana güven veren meslektaşım biricik KARDEŐİME en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**PREMENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA AĞIR MENSTRUAL  
KANAMA SIKLIĞI VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ  
(Yüksek Lisans Tezi)**

**Gamze TUĞRAL**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Ağustos 2022**

**ÖZET**

Bu araştırma premenopozal dönemdeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Aralık 2021-Mart 2022 tarihleri arasında Google Forms sistemi üzerinden hazırlanan online ankete katılım sağlayan 40 yaş ve üzeri menopoza girmemiş kadınlar oluşturmuştur. Evreni belli olmayan örneklem genişliği formülüne göre çalışmaya alınacak örneklem sayısı belirlenmiş ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan 475 kadın ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve " SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Adet süresinin 8 gün ve üzeri olması ve diğer kriterlerden (menstrual kanama esnasında büyük kan pıhtılarının geçişi, iki saatte bir ya da her periyotta 12 hijyenik ürün ya da tampon değişimi, aynı anda çift hijyenik ürün kullanım gereksinimi ve menstrual kanamanın doğrudan iç çamaşırı ya da yatağa geçmesi) 2 ya da daha fazlasının kadınlarda var olması durumunda “**Ağır Menstrual Kanama var**” olarak kabul edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, ortanca, min-max değerleri, bağımsız nitel verilerin karşılaştırmasında ki kare testi ve bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce etik ve kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %47.8’inin ağır menstrual kanamasının olduğu tespit edilmiştir. Kadınlarda gebelik sayısı, adet gün süresi, adet döngü süresi, adetli iken ped ya da bezden kanın taşması, adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma, kansızlık öyküsü ile ağır menstrual kanama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ağır menstrual kanama durumu olan kadınların, olmayanlara göre

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Sağlık personeline premenopoz dönemindeki kadınların ağır menstrual kanama yönünden değerlendirilmesi ve gerekli eğitim, danışmanlık yapması ve erken tanı ve tedavi yapılarak yaşam kalitesinin bozulmasının önüne geçilmesi önerilir.

*Anahtar Kelimeler: Premenopoz, Ağır Menstrual Kanama, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik*

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK (I. Danışman), Prof. Dr. Semra KOCAÖZ (II. Danışman)**

**Sayfa Adeti: 80**

**FREQUENCY OF HEAVY MENSTRUAL BLEEDING AND ITS EFFECT ON  
QUALITY OF LIFE IN PREMENOPAUSAL WOMEN**

**(Master's Thesis)**

**Gamze TUĞRAL**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ UNİVERSİTY  
INSTITUTE OF SCIENCES**

**Ağustos 2022**

**ABSTRACT**

This research was conducted as a descriptive study to determine the frequency of heavy menstrual bleeding and its effect on quality of life in premenopausal women. The population of the study consisted of women aged 40 and over who did not enter menopause, who participated in the online survey prepared through the google forms system between December 2021 and March 2022.

The number of samples to be included in the study was determined according to the sample size formula with an unknown population, and the study was completed with 475 women who met the inclusion criteria. The data of the study were collected by using the "introductory information form" and the "SF-36 quality of life scale". Menstrual duration is 8 days or more and other criteria (passage of large blood clots during menstrual bleeding, 12 hygienic products or tampons change every two hours or in each period, the need to use double hygienic products at the same time and menstrual bleeding directly under underwear or bed) if 2 or more of them were present in women, it was considered as having "heavy menstrual bleeding". Descriptive statistical methods were used in the evaluation of the data, chi-square test and independent sample t test were used in the comparison of independent qualitative data. The significance level was taken as  $p<0.05$ . It was determined that 47.8% of the women participating in the study had heavy menstrual bleeding. A statistically significant difference was found between the number of pregnancies, menstrual day duration, menstrual cycle duration, overflow of blood from the pad or diaper during menstruation, using double or more diapers during menstruation, history of anemia and heavy menstrual bleeding in women ( $p<0.05$ ). It was found that

women with heavy menstrual bleeding had lower mean scores in the physical role difficulty, emotional role difficulty, social functionality, pain and general health perception sub-dimensions of the SF-36 quality of life scale, and there was a statistically significant difference between them ( $p<0.05$ ).

It is recommended to health personnel to evaluate premenopausal women in terms of heavy menstrual bleeding, to provide necessary education, counseling, and to prevent deterioration in quality of life by early diagnosis and treatment.

***Keywords:*** *Premenopause, Heavy menstrual bleeding, Quality of life, Nursing*

**Thesis advisor:** Assoc. Dr. Aynur KIZILIRMAK (I. Advisor), Prof. Dr. Semra KOCAÖZ (II. Advisor)

**Page number:** 80



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	xii
BÖLÜM 1 .....	1
GİRİŞ .....	1
BÖLÜM 2 .....	4
GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Kadın Hayatının Devreleri .....	4
2.1.1. Çocukluk dönemi .....	4
2.1.2. Puberde dönemi.....	4
2.1.3. Cinsel olgunluk dönemi .....	5
2.1.4. Klimakteriyum ve menopoz dönemi.....	5
2.1.5. Yaşlılık (senium) dönemi .....	5
2.2. Klimakterium ve Premenopoz .....	6
2.2.1 Premenopozal dönem .....	6
2.3. Menstrual Siklus .....	7
2.3.1. Menstrual siklus bozuklukları .....	7
2.4. Ağır Menstrual Kanama (Menoraji).....	8
2.4.1. Kanamaya neden olan jinekolojik hastalıklar .....	9

2.4.1.1. Leiomyom .....	9
2.4.1.2. Polip .....	10
2.4.1.3. Endometrial hiperplazi .....	10
2.4.1.4. Karsinom .....	10
2.4.1.5. Koagülopati .....	11
2.4.2. Ağır menstrual kanama tedavileri .....	11
2.4.2.1. Hormonal kontraseptif tedavi.....	11
2.4.2.2. Cerrahi tedavi .....	11
2.4.3. Ağır menstrual kanama ve yaşam kalitesi üzerine etkisi .....	11
2.5. Premenopoz ve Ağır Menstrual Kanama’da Hemşirelik Yaklaşımları .....	12
BÖLÜM 3 .....	14
MATERYAL VE METOD .....	14
3.1. Araştırmanın Tipi .....	14
3.2. Araştırma Yapılan Yer ve Özellikleri .....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	14
3.3.1. Araştırmanın evreni.....	14
3.3.2. Araştırmanın örneklemei .....	14
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	15
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	15
3.5.1. Veri toplama formunun hazırlanması.....	15
3.5.1.1. Veri toplama formu (EK-1).....	15
3.5.1.2. Yaşam kalitesi ölçeği (EK-2) .....	16
3.5.2. Ön uygulama .....	17
3.5.3. Veri toplama araçlarının uygulanması .....	17
3.6. Araştırma verilerinin değerlendirilmesi .....	17
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	18

3.7.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri.....	18
3.7.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri.....	18
3.8. Araştırmanın etik boyutu .....	18
BÖLÜM 4 .....	19
BULGULAR.....	19
BÖLÜM 5 .....	38
TARTIŞMA .....	38
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	41
KAYNAKLAR .....	43
EKLER.....	52
ÖZ GEÇMİŞ .....	65

## TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.	Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	19
Tablo 4.2.	Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımı...	21
Tablo 4.3.	Kadınların ağır menstrual kanama bulgularına göre dağılımı....	23
Tablo 4.4.	Kadınların kanamaya neden olan hastalık, alışkanlıkları ve kansızlık özelliklerine göre dağılımı.....	25
Tablo 4.5.	Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı.....	27
Tablo 4.6.	Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı.....	29
Tablo 4.7.	Kadınların ağır menstrual kanama bulguları ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı.....	32
Tablo 4.8.	Kadınların kanama, alışkanlıklar, kansızlık hikayesine ilişkin özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı...	34
Tablo 4.9.	Kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları.....	36
Tablo 4.10.	Kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı.....	37

## SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

**AMK** Ağır Menstrual Kanama

**D&C** Dilatasyon ve küretaj

**DSÖ** Dünya Sağlık Örgütü

**FIGO** Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu

**PCOS** Polikistik Over Sendromu

**SPSS** Statistical Package for the Social Sciences- (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)

**SF-36** Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Kadın yaşamı çocukluk, ergenlik, cinsel olgunluk, menopoza ve yaşlılık olarak beş dönemden oluşmaktadır [1]. Bu dönemlerin her biri kendine özel fiziksel, psikolojik, hormonal farklılıklar göstermektedir [1,2]. Her dönemin kendine özgü özellikleri olmasına rağmen, ergenlik ve menopoza dönemleri kadın hayatındaki etkileri nedeniyle önemli dönemlerdendir [2].

Klimakteriumun ilk evresi olan premenopoz dönemi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre menopoza öncesi 2-6 yıllık süreyi kapsamaktadır [3]. Bu dönemde kadınlarda biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler görülmektedir [4]. Bu değişiklikler arasında sıcak basmaları, gece terlemeleri, duyu durumu değişiklikleri ve yorgunluk, uykusuzluk gibi yakınmalar bulunmaktadır [4]. Ayrıca bu fazda ovulasyonsuz sıklara bağlı fertilité şansı azalmakta, menstrual sıklus düzeni kaybolup ve anormal kanamalar görülmektedir [1,3].

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji ve Amerikan Pediatri Akademisine göre normal menstruasyon; 21-45 günlük döngüler olarak, 7 günden kısa ve günde 3 pet ya da 6 tamponu geçmeyen kanama olarak tanımlanmaktadır [5]. Ayrıca bir sıklusta ortalama kan kaybı 30-40 ml olarak gerçekleşmektedir [6].

Ağır Menstrual Kanama (AMK), 2007 yılında Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü tarafından "kadınların yaşam kalitesini fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi olarak etkileyen, tek başına veya diğer semptomlarla birlikte görülen aşırı menstrual kan kaybı" olarak tanımlanmaktadır [7]. AMK'da menstrual sıklus düzenlidir fakat 7 günden fazla süren aşırı kanama vardır [8]. Avrupa'da yapılan geniş çaplı bir araştırma sonucuna göre bazı kriterlerin AMK'nın tanımlanmasında kullanılabileceği belirtilmektedir. Bunlar; menstrual kanama esnasında büyük kan pıhtılarının geçişi, iki saatte bir ya da her periyotta 12 hijyenik ürün ya da tampon değişimi, aynı anda çift hijyenik ürün kullanım gereksinimi ve menstrual kanamanın doğrudan iç çamaşıra ya da yatağa geçmesidir. Bu kriterlerden iki ya da daha fazlasının kadınlarda var olması durumunda AMK tanısının konulabileceği belirtilmektedir [9,11]. AMK üreme çağı kadınlarda yaygın bir jinekolojik problemdir [9,10,11]. Yapılan çalışmalarda AMK görülme sıklığı %27.2 ile % 54.0 arasında değişmektedir [11-17].

Türkiye’de üreme çağındaki kadınların üzerinde yapılan bir çalışmada da AMK görülme sıklığı %37.9 olarak bildirilmektedir [9].

AMK’nın nedeni fibroidler ve polipler, adenomiyoz, düzensiz yumurtlama, kanama bozuklukları, ilaçlar, kanser ve diğer etyolojik faktörler olabilir [18]. Menstruasyon döneminde aşırı kan kaybı, demir eksikliği anemisi ve yorgunluk gibi fiziksel sağlık sorunlarına neden olmakla birlikte [9] AMK, kadınların ruh halini, çalışma hayatını, sosyal etkileşimlerini, günlük aktivitelerini, aile yaşamını, cinsel hayatını olumsuz şekilde etkilemekte ve sıklıkla halsizlik, yorgunluk, depresyon gibi semptomlara neden olmaktadır [19,20]. Ayrıca kadının adet kanamalarını yönetme çabası ve yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı yaşam kalitesi de etkilenmektedir [19]. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır [21]. Çoğunlukla bireye özgü ve değişken olan yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi ile bağıntılı olarak kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumunu algılamasıdır [22].

Karlsson ve ark. Yaptığı bir çalışmada, 40-45 yaş arası kadınların üçte birinin (%32) ağır menstrual kanama yaşadığı ve normal menstrual kanaması olan kadınlara kıyasla sağlığa bağlı yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını tespit etmişlerdir [13]. Kocaöz ve ark. Yapmış olduğu bir çalışmada da, üreme çağındaki kadınlarda AMK’nın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir [9].

Ülkemizde de literatür taramaları sonucunda üreme çağı döneminde AMK ile ilgili çalışmalara rastlanmıştır. Ancak premenopoz dönemine özgü olarak AMK ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Premenopoz dönemi kadının üreme döneminden menopoz dönemine geçiş dönemidir. Bu dönemde kadında hormonal değişikliklere bağlı olarak menstrual değişikliklerin en fazla yaşandığı dönemdir [23]. Bu dönemde ovulasyonsuz siklusa bağlı olarak menstrual kanamanın süresi ve miktarının azalması beklenmektedir. Beklenenin aksine bu dönemde menstrual kanama miktarının artması çeşitli jinekolojik hastalıkların bir göstergesi olabilmektedir. O nedenle bu dönem özellikle ele alınmalıdır. Ayrıca AMK’ya bağlı olarak kadında yorgunluk ve demir eksikliği anemisi oluşmakta [9] ve dolayısıyla da bu gibi durumların yaşam kalitesini de etkileyeceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle araştırmamız, premenopoz dönemindeki

kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmaktadır.





## **BÖLÜM 2**

### **GENEL BİLGİLER**

#### **2.1. Kadın Hayatının Devreleri**

İnsan hayatı bir süreç olarak düşünüldüğünde bu süreçte yaşam belli dönemlere ayrılarak incelenmektedir [32]. Bu süreçte hayat iniş ve çıkışlarla doludur. Bu süreci etkileyen faktörler arasında hormonal farklılaşmalar da yer almaktadır [33]. Kadın hayatı boyunca çocukluk, puberte, cinsel olgunluk, klimakterium ve senium (yaşlılık) şeklinde sıralanan yaşam evrelerini geçirmektedir [33]. Bu evrelerden her biri kendine özgü fiziksel, psikik, hormonal farklılıklar göstermektedir [34].

##### **2.1.1. Çocukluk dönemi**

Çocukluk dönemi kadın hayatının devrelerinin ilkidir. Bu dönem doğumla başlamaktadır ve puberteye kadar devam etmektedir. Bu dönemde kız ve erkek çocuklarında önemli bir farklılık gözlenmeyip hızlı bir zeka gelişimi ve somatik büyüme söz konusu olmaktadır [33].

##### **2.1.2. Puberde dönemi**

Bu dönem; DSÖ'ne göre 10-19 yaş aralığı olarak sınırlandırılan bireyin başta fiziksel olmak üzere, psikolojik, biyolojik ve sosyal özelliklerinde değişim ve gelişim gösterdiği yaşamın en özel dönemlerinden birisidir [35]. Puberte kişinin cinsel olgunluk ve üreme yeteneğine eriştiği, çocukluk ile olgunluk çağı arasında bir periyot olarak tanımlanmaktadır. Bu gelişimsel periyot vücuttaki pek çok değişikliğin bir arada bulunması ile karakterizedir.

Bu değişiklikler [36]:

- Sekonder seksüel karakteristiklerin gelişmesi (göğüslerin gelişmesi, pubik ve aksiller kıllanmanın olması ve genital organların olgunlaşması).
- Büyüme hızının artması,
- Kemiklerin olgunlaşması,

- Vücut bütünlüğünde değişikliklerdir.

Puberte belirtileri 8,5-13 yaşlar arasında görülmeye başlamaktadır. Pubertenin içinde kadınların yaşamını farklı bir safhaya taşıyan menarş yer almaktadır. Menarşın (ilk adet) başlama yaşı birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermekle beraber ortalama yaş 11 – 16 olarak kabul edilmektedir [36].

### **2.1.3. Cinsel olgunluk dönemi**

Doğurganlık dönemi olarak bilinen bu dönem pubertenin sona ermesiyle başlamaktadır. Bu dönemin başlangıç yaşı 19 iken, Türkiye’de sosyokültürel etmenler göz önünde bulundurularak 15 olarak kabul edilmektedir. 15-46 yaşlar arasında yer alan bu dönemde kadın fiziksel, psikolojik ve cinsel yönlerden olgunluğa erişmektedir. Bu dönemde kadının doğurganlığı en üst seviyededir [37,38]. Bu dönemde 400-500 kadar ovulasyon meydana gelir. Folikül oluşması, ovulasyon, korpus luteum oluşumu ve menstruasyon düzenli olarak devam eder [39].

### **2.1.4. Klimakteriyum ve menopoz dönemi**

Bu dönem, üretkenlik (reprodüktif) dönemi ile yaşlılık dönemi arasında yer alıp, kadın yaşamının 1/3’ünü kapsamaktadır [40]. Bu dönemde, overdeki morfolojik ve fonksiyonel değişimlere bağlı olarak hormonal dengenin farklılaşması sonucu ortaya çıkan semptomlar ile karakterize bir geçiş vardır [41]. Bu dönemde ortaya çıkan çeşitli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin yanında en büyük değişiklik, menstruasyonun kesilmesi yani menopozdur [42].

### **2.1.5. Yaşlılık (senium) dönemi**

Yaşlılık, bir zaman periyodunda meydana gelen, bilinen bir hastalığın olmayıp yapı ve fonksiyon değişiminin ortaya çıktığı doğal bir süreçtir [43]. DSÖ’ne göre 65 yaş ve üzeri kronolojik olarak yaşlı kabul edilmektedir. Yaşlılık süreci fizyolojik ve ruhsal değişimlerin üst düzeyde görüldüğü karmaşık yönleri olan, doğal ve kaçınılmaz bir dönemdir [44].

## **2.2. Klimakterium ve Premenopoz**

“Yaş dönümü” ve “merdiven basamağı” olarak bahsedilen klimakterium, kadında cinsel üretkenlik ve üreme potansiyelinin azaldığı dönem olup, insan hayatının kritik bir noktasıdır [45,46]. Menopoz da bu dönem içinde görülen bir evredir. DSÖ'nün tanımına göre Menopoz, “ovaryum aktivitesinin yitilmesi sonucu mensturasyonun kalıcı olarak sonlanması”dır [47].

Klimakterik dönem, üreme yetisinin azalarak bittiği, son mestruasyondan önceki yıllar ve bundan sonraki yaşlılık (genelde kabul gören 65 yaşa kadar olan) sınırı arasında geçen dönemdir. Menopoz sonrası dönemin gelişmiş ülkelerdeki kadınların yaşam beklentisi dikkate alındığında, bir kadının ömrünün üçte birini oluşturduğu gösterilmektedir [48]. Klimakterium; over fonksiyonlarının yavaş yavaş sona ermesi ile menopozdan önce ve sonraki kademeli değişiklikleri kapsayan, yaşlanma sürecinin bir parçası olup menopoz kelimesi ile karıştırılmamalıdır [49]. Klimakterium cinsel olgunluk ile yaşlılık dönemine uzanan devredir. Klimakterium döneminde, ovarial foliküllerdeki azalma ile östrojen üretimi düşmektedir. Ovarial foliküllerin tükenmesi ile östrojen salgılanması durmakta olup, üreme siklusu ortadan kalkmakta ve menopoz yani son adet ortaya çıkmaktadır [50].

Klimakterik dönem, genellikle erken 40'lı yaşlardan itibaren başlayıp 65 yaşına kadar devam etmekte ve premenopoz, perimenopoz, menopoz, postmenopoz evreleri ile tanımlanmaktadır [51].

### **2.2.1 Premenopozal dönem**

Premenopoz, ilk semptomların görüldüğü klimakterium başlangıcından menopoza kadar geçen 2-6 yıllık süreyi kapsamaktadır. Bu fazda menstrual siklus düzensizleşmiş, fertilité azalmış, vazomotor değişiklikler, baş ağrısı, yorgunluk ve emosyonel rahatsızlıklar görülmeye başlamaktadır [52,53]. Premenopoz dönemini; biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla incelenecek olursak: Biyolojik olarak, sıcak basmaları, gece terlemeleri gibi vazomotor belirtiler, hormonal ve metabolik değişiklikler olarak osteoporoz, cinsel organda atrofi görülmektedir. Psikolojik olarak, duygu durum değişiklikleri, bilişsel yeti değişiklikleri, yorgunluk, uykusuzluk görülen önemli yakınmalardır. Sosyal boyutlarıyla ise, cinsiyete özgü stres, sosyoekonomik düzey ve kadının toplumdaki rolleri bu semptomları etkileyebilmektedir [52]. Bu dönemde primordiyal foliküler tükenmek üzere

olduğu için overlerin fonksiyonları giderek azalmaktadır. Buna bağlı olarak östrojen ve progesteron sentezinde azalma olmakta ve siklus bozuklukları ortaya çıkmaktadır [54].

### 2.3. Menstrual Siklus

Menarş ile başlayıp menopoza kadar süren, kadının tüm organizmasında, özellikle üreme organlarında her ay görülen düzenli değişikliklere “mestrual siklus” denir. Ortalama bir siklus süresi 28 gün olmakla birlikte bu süre fiziksel ve psikolojik faktörlerden etkilenerek değişebilmektedir. Normal sınırlarda bir menstrual siklus en sık 21 en seyrek de 35 günlük bir dönemi kapsamaktadır [55]. Normal bir menstrual sıklusta kanama 2-6 sürmekte ve toplam kan kaybı 20-60 cc arasında olmaktadır [56].

Siklus periyodu foliküler faz ve luteal faz’dan oluşmaktadır.

**Foliküler Faz:** Ortalama olarak 10-14 gün süren fazın süresinin değişkenliği siklus süresini değiştiren faktördür.

**Luteal Faz:** Ortalama 14 gün olan faz menstrüasyonun başlangıcına kadar sürmektedir.

Normal şekilde menstrüasyon gören birçok kadının incelenmesi sonucu kadınların yaklaşık üçte ikisinin siklusunun 21-35 gün sürdüğü görülmüş menarştan sonraki ve perimenopozal dönemde düzensiz siklusların oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [56].

#### 2.3.1. Menstrual siklus bozuklukları

Jinekolojik şikayetlerin %20’sini oluşturan menstrual düzensizlikler önemsiz fizyolojik değişiklikler nedeni ile ortaya çıktığı gibi önemli hastalıkların belirtisi de olabilmektedir. Kanamanın nedenleri tümöral gelişim, hormonal disfonksiyon, üreme yolları travması, enfeksiyon ve koagülopatiler olabilir. Bu nedenle menstrual düzensizlikler üzerinde durularak önemli bir sorun olup olmadığı araştırılmalıdır. Ayrıca hemşirenin de normal ve anormal sikluslar hakkında bilgi sahibi olması gerekir ve kadınlara gerekli danışmanlığı vermeleri önemlidir [57,58].

Menstrual düzensizlikler, menstrual kanamanın sıklığı, süresi ve miktarındaki değişikliklere göre isimlendirilmektedir.

**Amenore:** Menstruasyonun olmaması, kesilmesidir.

**Menoraji(Hipermenore):** Menstrual kanama miktarının fazla olmasıdır. Uzamış ya da şiddetli siklik kanamadır.

**Metroraji:** Menstrual kanamanın düzensiz olmasıdır.

**Hipomenore:** Menstrual kanama miktarının az olmasıdır.

**Oligomenore:** Menstruasyonun 35 günden daha uzun aralarla olmasıdır.

**Polimenore:** Menstruasyonun 21 günden kısa aralarla olmasıdır.

Menstrual siklus düzensizliklerine en çok menarşi izleyen ilk yıllarda, menopoz öncesinde, doğum ve düşüklerden sonra rastlanmaktadır [57,58].

#### **2.4. Ağır Menstrual Kanama (Menoraji)**

AMK kadın sağlığının önemli bir nedeni olan jinekolojik sorundur. AMK genellikle siklus başına 7 günden fazla kanama, 80 ml veya daha fazla menstrual kan kaybı olarak tanımlanır. AMK bir pedi veya tamponu her 1-2 saatten fazla değiştirme, çift koruma (örn; ped ve tampon) veya sık sık giyecek ve yatak çarşafı kirletme ile ilişkilendirilmektedir. Menstrual kan kaybını ölçmek birçok kadın tarafından zor olabilmektedir [59,60].

Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu (FIGO), AMK'yı kadının bakış açısına odaklı olarak tanımlamaktadır; 'Kadının fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi yaşam kalitesini bozan ve tek başına veya dismenore, baş ağrısı, yorgunluk gibi diğer semptomlarla birlikte ortaya çıkabilen aşırı adet kanaması kaybıdır.' Bu bağlamda, AMK gebelik, sistemik ve jinekolojik hastalık ile ilgili değildir [61]. Değerlendirme yöntemine göre AMK prevalansı %9 ile %51 arasında değişmekte olup, objektif olarak ölçüldüğünde %9 ile %15 arasındadır. Kadının algısına göre değerlendirildiğinde ise %20 ile %51 arasında değişmektedir. AMK önemli bir klinik zorluğu temsil etmekte olup tüm jinekolojik muayenelerin üçte birinden sorumludur [61].

FIGO her dönemdeki kadınlarda anormal uterin kanamaların sınıflandırılması için pratik ve evrensel bir sistem geliştirmeyi hedeflemiştir. 2011 yılında 6 kıta ve 17'nin üzerinde ülkeden araştırmacıların desteği ile en yaygın olarak kullanılan PALM-COEIN sınıflandırılması oluşturulmuştur. Bu düzenlemede PALM grubu uterusun yapısal lezyonlarını içerirken, COEIN yapısal olmayan nedenlerden oluşmaktadır. Munro 2011'de ana hatlarıyla belirtildiği gibi, yapısal olmayan temel sınıflandırma sistemi polip, adenomyoz, leiomyom, malignite ve hiperplazi, koagülopati, yumurtlama disfonksiyonu, endometrial, laktojenik ve henüz sınıflandırılmamış olanlardır. Ağır adet kanaması nedeniyle tedavi edilen kadınların yaklaşık %80'inde altta yatan uterus anormalliği yoktur (yani yukarıda listelenen COEIN kategorilerine girer), ancak AMK için jinekoloğa sevk edilen kadınların %60'a kadarı sevk edildikten sonraki beş yıl içinde histerektomi geçirir. AMK, İngiltere'deki tüm histerektomilerin yaklaşık %50'sinin ve tüm histerektomilerin %38'inin birincil endikasyonudur [62,63].

Demir eksikliği anemisi, dünyadaki en yaygın anemi şeklidir. 20-49 yaş arasındaki kadınların yaklaşık %11'inde demir eksikliği ve %5'inde demir eksikliği anemisi olduğu tahmin edilmektedir. Premenopozal kadınlarda en sık görülen jinekolojik şikayet olan AMK, demir eksikliği anemisi nedeni olarak kabul edilir ve kadınlara genellikle basit demir takviyesi verilir [64].

#### **2.4.1. Kanamaya neden olan jinekolojik hastalıklar**

##### **2.4.1.1. Leiomyom**

Yaygın olarak 'myom' olarak adlandırılan leiomyomlar, myometriyumun iyi huylu neoplazmalarıdır. Üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen leiomyomlar premenopozal kadınlarda histerektominin önde gelen nedenlerinden biridir. Birçoğu asemptomatik olduğundan, prevalansı belirlemek zordur. Ancak histerektomi örneklerinin histopatolojik incelemesinden sonra, uterusların %77'sinde leiomyomlar tanımlanmaktadır [65].

Leiomyomlarda anormal uterin kanama, şişkinlik, tıkanıklık, ağrı, dispareni ve kabızlık gibi semptomlar vardır. Ancak en sık görülen semptom AMK'dır [66]. Bir ultrason çalışmasında anormal uterin kanamalı premenopozal kadınlarda, asemptomatik kadınlara kıyasla leiomyom insidansının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [66].

ABD’de yapılan bir çalışmada, leiomyomu olan kadınların leiomyomu olmayanlara göre AMK durumu bildirme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca leiomyomun boyutuyla birlikte kanama riski de artmaktadır [67].

#### **2.4.1.2. Polip**

Servikal polip; yumuşak, kırmızı veya morumsu renkte, düzgün biçimli ve çoğu saplı olan birkaç milimetreden 3 cm’ye kadar uzunluktaki oluşumlardır. Endometrial polip; saplı ya da sapsız, tek ya da birden fazla olan oluşumlardır. Sıklıkla endometrial hiperplazi ile birlikte görülür [68].

Polipler hem menopoz öncesi hem de postmenopozal dönemde anormal uterin kanama ile birlikte görülmektedir [69]. Polipler asemptomatik ve semptomatik olabilir. AMK, lekelenme, akıntı ve menopoz sonrası kanama semptomları arasındadır [70]. Polip tedavisinde küretaj yapılmaktadır. Polip sapıyla birlikte çıkartılır ve malignite açısından incelenir [68].

#### **2.4.1.3. Endometrial hiperplazi**

Endometrial hiperplazi, endometrial bezlerin anormal aşırı büyümesi olarak tanımlanmaktadır [71]. Genellikle premenopozal kadınlarda anovulasyon veya ara sıra ovulasyon ile ilişkili olan karşılanmamış östrojen stimülasyonu, oligomenoreli polikistik over sendromu (PCOS) olan kadınların %20’sinde görülebilen Endometrial hiperplazinin yaygın bir nedenidir ve sitolojik atipi ile mevcut olduğunda Endometrial kansere dönüşme veya birlikte bulunma riski %30’dur [72].

Endometrial hiperplazi tedavisi, tedavi amaçlı ve cerrahi olmak üzere 2 şekilde incelenebilir. Medikal istenmeyende progesteron, oral kontraseptifler, danazol, GnRH analogları kullanılırken, cerrahide D&C, histerektomi, histeroskopik endometrial ablasyon veya endometrial rezeksiyon kullanılabilir [73].

#### **2.4.1.4. Karsinom**

Endometrium kanseri, gelişmiş ülkelerde çok sık görülen malignite oranı yüksek kanserdir. Ortalama başvuru yaşı 61’dir, ancak 50 yaşından küçük kadınların %5-%30’u etkilenmektedir. En yaygın belirtisi AMK’dır. Tanı amaçlı mutlaka endometrial biyopsi yapılması gereklidir [74].

#### **2.4.1.5. Koagülopati**

Kanama bozukluğu olan Von Willebrand hastalığının belirtisi AMK'dır [75]. Genel popülasyonda Von Willebrand hastalığının prevalansı %0.8-%1.3 arasında değişirken AMK'lı kadınlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir [75]. Pıhtılaşma faktörlerindeki eksiklik bozuklukları (kalıtsal veya edinilmiş hemofili A ve B, kronik karaciğer hastalığı, K vitamini eksikliği ve faktör VIII inhibitörü) gibi diğer durumlar; fibrinoliz bozuklukları ve trombositopenik bozukluklar teorik olarak AMK'ya neden olabilir ancak oldukça nadirdir [76].

#### **2.4.2. Ağır menstrual kanama tedavileri**

##### **2.4.2.1. Hormonal kontraseptif tedavi**

AMK tedavisinde etinilestradiol içeren ya da östradiol içeren kombine oral kontraseptifler kullanılmaktadır [77]. Yine AMK tedavisinde progestin de kullanılmaktadır. Ancak kanama üzerinde minimal etkisi vardır veya hiç etkisi yoktur ve artık AMK için geçerli bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmemektedir [77].

Oral kontraseptifler dışında ilaçlı rahim içi araçlarda kullanılarak AMK tedavisi yapılmaktadır [78].

##### **2.4.2.2. Cerrahi tedavi**

Hormonal kontraseptiflerin etkili olmadığı yerde ve ilaç kullanamayan kadınlar cerrahi olarak tedavi edilir. Herhangi bir malignite durumu olmayan kadınlar endometrial ablasyonu (rahim iç duvarının yakılması) tercih etmektedir [79]. Bu tedavilerin etkili olmadığı durumlarda histerektomi yapılarak tedavi uygulanmaktadır. AMK tedavisi olarak histerektomi kadınların yaşam kalitesini olumlu olarak etkilemektedir [80]. Son 20 yılda AMK tedavisi için daha az invaziv endometrial ablasyon yöntemi geliştirilmesine rağmen histerektomi kesin tedavi alternatifi olarak hala bu indikasyonda kullanılmaktadır [78].

#### **2.4.3. Ağır menstrual kanama ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**

Yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür ve değer çerçevesinde amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile yaşamsal pozisyonunun belirlendiği ve kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel inançlarını, bağımsızlık düzeylerini ve sosyal ilişkilerini



etkilediği karmaşık ve geniş bir kavramdır [81,82]. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi şu şekilde tanımlanmaktadır: “Bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile bağlantılı olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algılarıdır” [82]. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, hastalığı ve uygulanan tedavilerin etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkili olan genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak tanımlanmaktadır [81].

AMK kanaması olan kadınların yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. AMK da yaşam kalitesinin yönetilmesi için sadece kan kaybının belirlenmesi yeterli değildir, kadınların beklentileri de göz önüne alınmalıdır [83]. AMK’sı olan kadınlar bu durumun günlük aktivitelerini, iş hayatını, sosyal yaşamlarını, spor ve fitness gibi aktiviteleri gerçekleştirme yeteneklerinin azaldığını, ayrıca bu dönemde kıyafet tercihlerinin mecburen değiştiğini belirtmişlerdir. Bu durum kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [84].

## **2.5. Premenopoz ve Ağır Menstrual Kanama’da Hemşirelik Yaklaşımları**

Premenopozda yaşam kalitesinin korunması sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biridir. Premenopoz dönemindeki kadınların yaşam kalitesini, ilişkili faktörleri belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmak sağlık profesyonellerinin önemli sorumluluklarındandır [34].

Bu dönemde kadının sağlık bakımı için hemşirenin genel hedefleri:

- Kadınların premenopoza ilişkin beklentileri, kültürel değerleri ve sosyal destek sistemleriyle ilgili bilgi toplamak
- Kadınların AMK varlığında yaşam kalitelerini değerlendirmek, bakımı ve danışmanlığını planlamak
- Kadına ve ailesine sağlık eğitimi ve danışmanlık vermek
- Kadının, sağlığı koruyucu ve geliştirici yaşam biçimi davranışlarını uygulamalarında aktif rol almalarını sağlamak
- Kadının kendi sağlığına ilişkin karar verme sürecine katılabilmesini sağlamak
- Kadına AMK belirtileri hakkında bilgi vermek

- Kadına AMK varlığında stresle baş etme, fiziksel aktivite, hijyen gibi temel gereksinimleri hakkında bilgi vermek

Sağlık ekibinin profesyonel birer üyesi olan hemşirelerin kadınların bu döneminde yukarıda belirtilen hedeflerde etkin rol oynaması gerekmektedir [85].



## BÖLÜM 3

### MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, premenopoz dönemindeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırma Yapılan Yer ve Özellikleri

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Platformuna başvurularla Türkiye geneli online olarak yapılmıştır.

Türkiye geneli yapılacak anket Google Forms sistemi üzerinden hazırlanarak online olarak uygulanmıştır. Anket formunun doldurulması ağırlıklı olarak İç Anadolu Bölgesi'nde bulunan kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

##### 3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini Türkiye'de yaşayan 40 yaş üzeri menopoza girmemiş kadınlar oluşturmuştur.

##### 3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örnekleme, evrendeki birey sayısı belli olmadığı için evreni belli olmayan örneklem hesaplaması formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görünüş sıklığı = %37.9 [9].

q : İncelenen olayın görülme sıklığı = %62.1

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer = 1.96 ( $\alpha = 0.05$  de  $\infty$  serbestlik derecesine bulunan teorik t değeri)

d : Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma = 0.05 ( $\pm$  %5 sapma istediğimiz için)

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.379 \times 0.621}{(0.05)^2} = 361.662 \text{ yuvarlarsak } 362 \text{ kişi örneklem büyüklüğü olarak}$$

belirlenmiştir. Ancak araştırma 475 kadınla tamamlanmıştır. 475 kişiye uygulanan analiz sonucunda  $\alpha=0.05$  düzeyinde, etki büyüklüğü 0.2745 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.85 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir.

### **3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya,

- 40 yaş ve üzerinde olan,
- Menopoza girmemiş olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Okuma yazma bilen,
- Akıllı telefon kullanabilen,
- İletişim kurmaya ve soruları cevaplamaya engeli bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar alınmıştır.

Araştırmada, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara gelişigüzel örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır.

### **3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması**

#### **3.5.1. Veri toplama formunun hazırlanması**

Araştırmada literatür [9-17,23,24] taranarak oluşturulan "Veri Toplama Formu" ve " SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır.

##### **3.5.1.1. Veri toplama formu (EK-1)**

Araştırmaya katılan kadınların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, sağlık alışkanlıklarını içeren, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur.

Bu formda sosyodemografik ( katıldığı il, yaş, meslek, öğrenim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, algılanan gelir, sosyal güvence varlığı), obstetrik ve jinekolojik özelliklere (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve kürtaj yapma durumu, ilk adet yaşı, adet süresi, kullanılan ped sayısı, ped değişim sıklığı, ..... ara kanama, adet şiddeti, ağrılı adet durumu, korunma yöntemi, jinekolojik hastalık durumu) ve diğer risk

faktörlerine (kanamaya neden olan hastalık, pıhtılaşma önleyici ilaç kullanımı, sigara içme, alkol kullanma, kafeinli içecek, kansızlık bilgileri, demir ilacı kullanımı) yönelik 46 soru yer almaktadır.

AMK durumunu ortaya çıkarmak amacıyla anketin 17. soruyla başlayıp 27. soruya kadar verilen cevaplar kriter olarak alınmıştır. Bu cevaplara göre adet süresinin 8 gün ve üzeri olması cevabı ile diğer cevaplardan (menstrual kanama esnasında büyük kan pıhtılarının geçişi, iki saatte bir ya da her periyotta 12 hijyenik ürün ya da tampon değişimi, aynı anda çift hijyenik ürün kullanım gereksinimi ve menstrual kanamanın doğrudan iç çamaşıra ya da yatağa geçmesi) 2 ya da daha fazlasının kadınlarda var olması durumunda “**Ağır Menstrual Kanama var**” olarak kabul edilmiştir.

### **3.5.1.2. Yaşam kalitesi ölçeği (EK-2)**

SF-36 yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir [25]. Ölçeğin Türkçeye Uyarlanması Koçyiğit tarafından 1999 yılında Romatizmal hastalığı olan bireyler üzerinde (cronbach alfa değeri 0,73-076 arasında) [26]. Pınar tarafından 2005 yılında kanser hastaları üzerinde (cronbach alfa değeri tüm alt boyutlar için 0,70) yapılmıştır [27]. 36 ifade içeren bu ölçek, 3 ana başlık ve 8 sağlık kavramını değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir. Türkiye'deki geçerlilik-güvenilirliği kronik hastalığı olanlar üzerinde yapılmış olmasına rağmen ölçek; özünde kişilerin sağlık durumlarını tanımlamak, toplumdaki minör sağlık durumlarına bağlı sağlıktaki değişimleri tanımlamak için hazırlanmıştır. Ayrıca; jinekolojik problemlerli kadınlarda yaşam kalitesi ölçümlerinde geçerlilik ve güvenilirliği açısından uygun bir skala olduğunu ortaya konmuştur [25,28,29].

Sağlığın 8 bileşeninin incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıktaki daha iyi bir düzeyi işaret etmektedir. SF-36 ölçeği; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık bölümlerinden oluşmaktadır. SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasında değişmektedir. Bu ölçekte yüksek puanlar sağlıktaki daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir [30]. Çalışmamızda ölçeğin sekiz alt boyutunun cronbach alfa değerleri; fiziksel fonksiyon: 0.905, fiziksel rol güçlüğü:0.847, ağrı: 0.828, genel sağlık: 0.768,

canlılık:0.682, sosyal fonksiyon: 0.671, emosyonel rol güçlüğü:0.823, ruhsal sağlık: 0.710 şeklindedir.

### **3.5.2. Ön uygulama**

Araştırmanın uygulamasına Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Platformundan gerekli yazılı izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Kurumlardan gerekli izin alındıktan sonra, araştırmanın veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla online ankete katılan ve örneklemin %10'u kadar kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında soru formuna son şekli verilmiş ve ön uygulamaya alınan kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir.

### **3.5.3. Veri toplama araçlarının uygulanması**

Bu araştırmada kullanılan veri toplama araçları araştırmacılar tarafından, Aralık 2021-Mart 2022 tarihleri arasında sosyal medya (WhatsApp, Instagram) üzerinden paylaşım yapılarak ve Google hesabı olan telefonlara gönderim yapılarak araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara yapılmıştır. Veri toplama araçları uygulanmadan önce araştırmaya dahil edilen tüm kadınlara araştırmanın amacı yazılı olarak açıklanmış ve araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan yazılı onamları alındıktan sonra veri toplama araçları uygulanmıştır. Veri toplama araçları, araştırmacı tarafından online yöntemle doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

### **3.6. Araştırma verilerinin değerlendirilmesi**

Araştırmada veriler, SPSS IBM (23.0, IBM Corp., Armonk, NY) paket programı ve kullanılarak analiz edilmiş ve çalışmanın gücü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmanın başında çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri ile verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir [31]. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının geçerlilik ve güvenilirliğine Cronbach Alpha katsayısı değeriyle bakılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, maksimum, minimum değerler kullanılmıştır. Bağımsız nitel verilerin AMK varlığı ile karşılaştırmasında ki kare t testi, AMK varlığı ile yaşam kalitesi ölçeğinden

alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmaları bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.7.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri**

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

#### **3.7.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

Ağır menstrual kanama varlığı, veri toplama formunda sorguladığımız sosyo demografik (yaş, öğrenim durumu gibi), obstetrik ve jinekolojik (gebelik, düşük, kürtaj sayısı, ilk adet tarihi, adet zamanında ortalama ped kullanımı gibi) ve diğer risk faktörlerine (sigara, alkol kullanımı gibi) yönelik değişkenler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

### **3.8. Araştırmanın etik boyutu**

Araştırmanın tüm aşamalarında etik ilkelere uyulmuştur. Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce, araştırmacılar tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (12.09.2019 tarih ve 21353/16) (EK-III) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Platformundan izin (EK-IV) alınmıştır. Etik ve kurum izinleri alındıktan sonra araştırmacı tarafından araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uyan kadınlara online hazırlanan yazılı metin ile araştırmanın amacı anlatılmış ve yazılı olarak bilgilendirilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formları (EK-I) alınmıştır.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Premenopozal dönemdeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n:475)

Özellikler	n	%
<b>Çalışmaya Katıldığı İl</b>		
1.Kayseri	306	64.4
2.Yozgat	39	8.2
3.Niğde	20	4.2
4.Ankara	16	3.4
5.İstanbul	18	3.8
6.Konya	11	2.3
7.Bursa	12	2.5
8.Diğer İller*	53	11.2
<b>Yaş ortalaması (44.08±3.33 min:40-max:58)</b>		
<b>Yaş</b>		
40-49 yaş	446	93.9
50 yaş ve üzeri	29	6.1
<b>Öğrenim durumu</b>		
İlköğretim	92	19.4
Ortaöğretim	80	16.8
Üniversite ve üstü	303	63.8
<b>Medeni durum</b>		
Evli	422	88.8
Bekar	53	11.2
<b>Gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	307	64.6
Çalışmıyor	168	35.4
<b>Meslek (n:307)</b>		
Memur	252	82.1
İşçi	32	10.4
Serbest Meslek	23	7.5
<b>Sosyal güvencesi</b>		
Var	427	89.9
Yok	48	10.1
<b>Gelir Durumu Değerlendirme</b>		
Gelirim giderimden fazla	62	13.1
Gelirim giderime denk	261	54.9
Gelirim giderimden az	152	32.0
<b>BKI</b>		
Az kilolu (BKI: <18.5)	3	0.6
Normal (BKI: 18.5-24.9)	154	32.4
Fazla (BKI: 25.0-29.0)	178	37.8
Obez (BKI:>29.0)	140	29.5

\*Kocaeli, Eskişehir, İzmir, Denizli, Çanakkale, Afyonkarahisar, Muğla, Çankırı, Aksaray, Balıkesir, Mersin, Adana, Trabzon, Gaziantep, Sakarya, Bingöl, Hatay, Samsun, Kırşehir, Şanlıurfa, Malatya, Nevşehir, Sivas, Tokat, Antalya



Tablo 4.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $44.08 \pm 3.33$  tür. Kadınların %93.9’unun 40-49 yaş aralığında, %63.8 üniversite ve üstü mezunu, %88’inin medeni durumunun evli olduğunu, %64.6’sının gelir getiren bir işte çalıştığını, çalışan kadınların %82.1’i memur olarak çalıştığını bildirmiştir. Kadınların %89.9’unun sosyal güvencesi bulunduğunu ve %54.9’u gelirinin giderine denk olduğunu belirtmiştir.



Tablo 4.2. Kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımı (n:475)

Özellikler	n	%
<b>Gebelik sayısı</b>		
Hiç gebe kalmadım	30	6.3
1 kez	35	7.4
2 kez	150	31.6
3 kez	145	30.5
4 kez ve üzeri	115	24.2
<b>Kendiliğinden düşük yapma durumu</b>		
Yaptı	145	30.5
Yapmadı	330	69.5
<b>İsteğe bağlı küretaj olma durumu</b>		
Oldu	56	11.8
Olmadı	419	88.2
<b>Doğum sayısı</b>		
Hiç doğum yapmadım	37	7.8
1 kez	64	13.5
2 kez	218	45.9
3 kez	118	24.8
4 kez ve üzeri	38	8.0
<b>İlk adet yaşı</b>		
9-11 Yaş	29	6.1
12-14 Yaş	365	76.8
15-18 Yaş	81	17.1
<b>Adet dönemi dışında ara kanama olma durumu</b>		
Var	59	12.4
Yok	416	87.6
<b>Ağrılı adet görme durumu</b>		
Evet	143	30.1
Hayır	190	40.0
Bazen	142	29.9
<b>Adetteki ağrı şiddeti (n:285)</b>		
Hafif	46	16.1
Orta	170	59.6
Şiddetli / Çok Şiddetli	69	24.2
<b>Anne ya da kardeşin adetinin aşırı kanamalı olma durumu</b>		
Evet	147	31.0
Hayır	201	42.3
Bilmiyorum	127	26.7

Tablo 4.2. Devamı

Özellikler	n	%
<b>Gebe kalmamak için korunma yöntemi kullanma durumu</b>		
Evet	337	70.9
Hayır	138	29.1
<b>Gebeliği önleyici hangi yöntemin kullanıldığı durumu (n:337)</b>		
Hormonal yöntem	12	3.6
Rahim içi araç (spiral)	49	14.5
Hormonlu rahim içi araç	9	2.7
Kondom (prezervatif)	119	35.3
Tüplerin bağlanması (tübligasyon)	43	12.8
Geri çekme yöntemi (eşin korunması)	105	31.2
<b>Jinekolojik bir hastalığın olma durumu</b>		
Evet	94	19.8
Hayır	381	80.2
<b>Var olan jinekolojik hastalığın adı *</b>		
Myom	44	46.8
Kist	17	18.0
Endometriyal Hiperplazi	14	13.1
Endometriyal polip	9	8.4
Diğer ( PCOS, Serviks CA, Uterin Prolapsus, Mantar)	18	19.1

\*Birden fazla hastalığa cevap verilmiştir.

Tablo 4.2’de kadınların obstetrik ve jinekolojik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %31.6’sı 2 kez gebe kaldığını, %30.5’i kendiliğinden düşük yaptığını, %11.8’i isteğe bağlı küretaj olduğunu, %45.9’u 2 kez doğum yaptığını bildirmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %76.8’i 12-14 yaş arası ilk adetini olduğunu, %12.4’ü adet dönemi dışında ara kanamasının olduğunu, %30.1’i adet döneminin ağrılı olduğunu, %59.6’sı orta düzeyde ağrı yaşadığını ve %31.0’ı anne ya da kardeşin adetinin aşırı kanamalı olduğunu belirtmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %70.9’u gebe kalmamak için korunma yöntemi kullandığını, %35.3’ü korunma yöntemi olarak kondom(prezervatif) kullandığını, %19.8’i jinekolojik bir hastalığın olduğunu ve %46.8’i jinekolojik hastalık olarak myomunun olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların ağır menstrual kanama bulgularına göre dağılımı(n:475)

Özellikler	n	%
<b>Ağır menstrual kanama</b>		
Var	227	47.8
Yok	248	52.2
<b>Adetin gün süresi</b>		
7 gün ve altı	376	79.2
8 gün ve üzeri	99	20.8
<b>Adet döngü süresi</b>		
21 gün altı	67	14.1
21-34 gün arası	373	78.5
35 gün ve üzeri/ düzensiz	35	7.4
<b>Son adet kanama süresi</b>		
7 gün ve altı	344	72.4
8 gün ve üzeri	131	27.6
<b>Kullanılan ortalama ped sayısı (bir döngüde toplam sayı)</b>		
12 ped altı	260	54.7
12 ped ve üzeri	215	45.3
<b>Kanamamanın yoğun olduğu günlerde ped değişim sıklığı</b>		
2 saat ve altı	184	38.7
2 saat üstü	291	61.3
<b>Adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumu</b>		
Taşıyor	289	60.8
Taşıyor	186	39.2
<b>Adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	190	40.0
Kullanmıyor	285	60.0
<b>Adetin ortalama yoğun günü</b>		
1-2 gün	204	43.0
3 gün	203	42.7
4 gün ve üzeri	68	14.3
<b>Adet kanamasının pıhtılı olma durumu</b>		
Var	317	66.7
Yok	158	33.3
<b>Adet kanamasının şiddeti</b>		
Hafif	64	13.5
Orta	298	62.7
Şiddetli/ Çok şiddetli	113	23.7

Tablo.4.3'te kadınların AMK bulgularına göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların %47.8'inde AMK olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %20.8'i adetinin süresinin 8 gün ve üzeri olduğunu, %78.5'i adet döngü süresinin 21-34 gün arası olduğunu, %27.6'sı son adetinin kanama süresinin 8 gün ve üzeri olduğunu bildirmiştir. Kadınların %45.3'ü bir döngüde kullandığı ortalama ped sayısının 12 ve üzeri olduğunu, %38.7'si kanamasının yoğun olduğu günlerde ped değiştirme sıklığının 2 saat ve altında olduğunu, %60.8'i adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumunun olduğunu, %40.0'ı adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumunun olduğunu, %14.3'ü adet ortalama yoğun gününün 4 gün ve üzeri olduğunu, %66.7'si adet kanamasının pıhtılı olduğunu, %23.7'si şiddeti/çok şiddetli adet kanama yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Kadınların kanamaya neden olan hastalık, alışkanlıkları ve kansızlık özelliklerine göre dağılımı (n:475)

Özellikler	n	%
<b>Kanamaya neden olan hastalık durumu</b>		
Evet	24	5.1
Hayır	451	94.9
<b>Kanamaya neden olan hastalığın adı</b>		
Jinekolojik Nedenler	12	60.0
Diğer Nedenler	8	40.0
<b>Ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumu</b>		
Evet	45	9.5
Hayır	355	74.7
Bilmiyorum	75	15.8
<b>Pıhtılaşma önleyici ilaç kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	31	6.5
Kullanmıyor	444	93.5
<b>Kola, kahve gibi kafeinli içecek tüketim durumu</b>		
Tüketiyor	343	72.2
Tüketmüyor	132	27.8
<b>Haftalık olarak alkol alma durumu</b>		
Alıyor	12	2.5
Almıyor	463	97.5
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	135	28.4
Bıraktı	58	12.2
Hiç kullanmıyor	282	59.4
<b>Kansızlık öyküsü</b>		
Var	224	47.2
Yok	251	52.8
<b>Kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	116	24.4
Kullanmıyor	359	75.6
<b>Kansızlık nedeniyle şu anda demir ilacı kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	74	15.6
Kullanmıyor	401	84.4
<b>Kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemogloblin değeri baktırma durumu</b>		
Baktırmış	182	38.3
Baktırmamış	293	61.7
<b>Son altı ay içerisinde bakılmış olan hemogloblin değeri (n:173)</b>		
11.4 g/dl ve altı	68	39.3
11.5 g/dl ve üzeri	105	60.7

Tablo 4.4'te Kadınların kanamaya neden olan hastalık, alışkanlıkları ve kansızlık özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların %5.1'i kanamaya neden olan hastalık durumunun olduğunu, %9.5'i ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumunun olduğunu, %6.5'i pıhtılaşma önleyici ilaç kullandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %72.2'si kola, kahve gibi kafeinli içecekler tükettiğini, %2.5'i alkol kullandığını ve %28.4'ü sigara kullandığını belirtmiştir. Kadınların %47.2 kansızlık öyküsünün olduğunu, %24.4'ü kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullandığını, %15.6'sı kansızlık nedeniyle şu anda demir ilacı kullandığını, %38.3'ü kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemoglobin değerine baktırdığını ve %39.3'ü son altı ayda bakılmış olan hemoglobin değerinin 11.4 g/dl ve altı olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı (n:475)

Özellikler	Ağır menstrual kanama durumu						Test ve p değeri
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
40-49 yaş	213	93.8	233	94.0	449	93.9	X <sup>2</sup> =0.003 p=0.957
50 yaş ve üzeri	14	6.2	15	6.0	29	6.1	
<b>Öğrenim durumu</b>							
İlköğretim	42	18.5	50	20.2	92	19.4	X <sup>2</sup> =0.561 p=0.755
Ortaöğretim	41	18.1	39	15.7	80	16.8	
Üniversite ve üstü	144	63.4	159	64.1	303	63.8	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	201	88.5	221	89.1	422	88.8	X <sup>2</sup> =0.038 p=0.845
Bekar	26	11.5	27	10.9	53	11.2	
<b>Gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>							
Çalışıyor	152	67.0	155	62.5	307	64.6	X <sup>2</sup> =1.031 p=0.310
Çalışmıyor	75	33.0	93	37.5	168	35.4	
<b>Meslek (n:307)</b>							
Memur	123	82.0	129	82.2	252	82.1	X <sup>2</sup> =0.500 p=0.779
İşçi	17	11.3	15	9.6	32	10.4	
Serbest Meslek	10	6.7	13	8.3	23	7.5	
<b>Sosyal güvencesi</b>							
Var	208	91.6	219	88.3	427	89.9	X <sup>2</sup> =1.441 p=0.230
Yok	19	8.4	29	11.7	48	10.1	
<b>Gelir durumu</b>							
Geliri giderinden fazla	35	15.4	27	10.9	62	13.1	X <sup>2</sup> =2.929 p=0.231
Geliri giderine denk	117	51.5	144	58.1	261	54.9	
Geliri giderinden az	75	33.0	77	31.0	152	32.0	

X<sup>2</sup>: Ki kare testi



Tablo 4.5. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ve AMK durumuna göre dağılımı verilmiştir. AMK'sı olan kadınların %93.8'u 40-49 yaş aralığında olduğu ancak yaş grupları ile ağır menstrual kanama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). AMK'sı olan kadınların %18.5'ü ilköğretim mezunu, %18.1'i ortaöğretim, %63.4'i üniversite ve üzeri mezun olup AMK durumu ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). AMK durumu ile medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 4.6. Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı (n:475)

Özellikler	Ağır menstrual kanama durumu						Test ve p değeri
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelik sayısı</b>							
Hiç gebe kalmadım	10	4.4	20	8.1	30	6.3	X <sup>2</sup> =11.117 p=0.025
1 kez	9	4.0	26	10.5	35	7.4	
2 kez	75	33.0	75	30.2	150	31.6	
3 kez	72	31.7	73	29.4	145	30.5	
4 kez ve üzeri	61	26.9	54	21.8	115	24.2	
<b>Kendiliğinden düşük yapma durumu</b>							
Yaptı	72	31.7	73	29.4	145	30.5	X <sup>2</sup> =0.291
Yapmadı	155	68.3	175	70.6	330	69.5	p=0.589
<b>İsteğe bağlı küretaj olma durumu</b>							
Oldu	33	14.5	23	9.3	56	11.8	X <sup>2</sup> =3.157
Olmadı	194	85.5	225	90.7	419	88.2	p=0.076
<b>Doğum sayısı</b>							
Hiç doğum yapmadım	12	5.3	25	10.1	37	7.8	X <sup>2</sup> =6.485 p=0.166
1 kez	27	11.9	37	14.9	64	13.5	
2 kez	110	48.5	108	43.5	218	45.9	
3 kez	56	24.7	62	25.0	118	24.8	
4 kez ve üzeri	22	9.7	16	6.5	38	8.0	
<b>İlk adet yaşı</b>							
9-11 Yaş	19	8.4	10	4.0	29	6.1	X <sup>2</sup> =3.893 p=0.143
12-14 Yaş	170	74.9	195	78.6	365	76.8	
15-18 Yaş	38	16.7	43	17.3	81	17.1	
<b>Adet dönemi dışında ara kanama olma durumu</b>							
Var	40	17.6	19	7.7	59	12.4	X <sup>2</sup> =10.808
Yok	187	82.4	229	92.3	416	87.6	p=0.001

Tablo 4.6. Devamı

Özellikler	Ağır menstrual kanama durumu						Test ve <i>p</i> değeri
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Ağrılı adet görme durumu</b>							
Evet	77	33.9	66	26.6	143	30.1	$X^2=4.165$ $p=0.125$
Hayır	81	35.7	109	44.0	190	40.0	
Bazen	69	30.4	73	29.4	142	29.9	
<b>Adetteki ağrı şiddeti (n:285)</b>							
Hafif	18	12.4	28	20.0	46	16.1	$X^2=5.349$ $p=0.069$
Orta	85	58.6	85	60.7	170	59.7	
Şiddetli / Çok Şiddetli	42	29.0	27	19.3	69	24.2	
<b>Anne ya da kardeşin adetinin aşırı kanamalı olma durumu</b>							
Evet	87	38.3	60	24.2	147	30.9	$X^2=12.805$ $p=0.002$
Hayır	80	35.2	121	48.8	201	42.3	
Bilmiyorum	60	26.5	67	27.0	127	26.8	
<b>Gebe kalmamak için korunma yöntemi kullanma durumu</b>							
Evet	159	70.0	178	71.8	337	70.9	$X^2=0.172$ $p=0.678$
Hayır	68	30.0	70	28.2	138	29.1	
<b>Jinekolojik hastalık</b>							
Var	67	29.5	27	10.9	94	19.8	$X^2=25.910$ $p=0.000$
Yok	160	70.5	221	89.1	381	80.2	

$X^2$ : Ki kare testi

Tablo 4.6. Kadınların obstetrik ve jinekolojik özellikleri ve AMK durumuna göre dağılımı yer almaktadır. AMK durumu olan kadınların %4.4'ünün hiç gebe kalmamış, %4.0'ünün 1 kez, %33.0'nın 2 kez, %31.7'sinin 3 kez, %26.9'unun 4 kez ve üzeri gebe kalmış olup AMK ile gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK'sı olan kadınların %17.6'sının adet dönemi dışında ara kanaması varken, %82.4'ünün adet dönemi dışında ara kanaması yok olup AMK ile adet dönemi dışında ara kanama olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK durumu ile anne ya da kardeşin adetinin aşırı kanamalı olması ve jinekolojik hastalığın olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu

saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK durumu ile kendiliğinden düşük yapma, isteğe bağlı küretaj olma, doğum sayısı, ilk adet yaşı, ağırlı adet görme, adetteki ağrı şiddeti ve gebe kalmamak için korunma yöntemi kullanma durumu değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 4.7. Kadınların ağır menstrual kanama bulguları ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı(n:475)

ÖZELLİKLER	Ağır menstrual kanama durumu						Test ve p değeri
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Adetin gün süresi</b>							
7 gün ve altı	131	57.7	245	98.8	376	79.2	X <sup>2</sup> =121.236 p=0.000
8 gün ve üzeri	96	42.3	3	1.2	99	20.8	
<b>Adet döngü süresi</b>							
21 gün altı	44	19.4	23	9.3	67	14.1	X <sup>2</sup> =10.660 p=0.005
21-34 gün arası	165	72.7	208	83.9	373	78.5	
35 gün ve üzeri/ düzensiz	18	7.9	17	6.9	35	7.4	
<b>Son adet kanama süresi</b>							
7 gün ve altı	121	53.3	223	89.9	344	72.4	X <sup>2</sup> =79.555 p=0.000
8 gün ve üzeri	106	46.7	25	10.1	131	27.6	
<b>Kullanılan ortalama ped sayısı (bir döngüde toplam sayı)</b>							
12 ped Altı	105	46.3	155	62.5	260	54.7	X <sup>2</sup> =12.623 p=0.000
12 ped ve Üzeri	122	53.7	93	37.5	215	45.3	
<b>Kanamamın yoğun olduğu günlerde ped değişim sıklığı</b>							
2 saat ve altı	93	41.0	91	36.7	184	38.7	X <sup>2</sup> =0.913 p=0.339
2 saat üstü	134	59.0	157	63.3	291	61.3	
<b>Adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumu</b>							
Evet	198	87.2	91	36.7	289	60.8	X <sup>2</sup> =127.022 p=0.000
Hayır	29	12.8	157	63.3	186	39.2	
<b>Adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumu</b>							
Evet	175	77.1	15	6.0	190	40.0	X <sup>2</sup> =249.246 p=0.000
Hayır	52	22.9	233	94.0	285	60.0	
<b>Adetin ortalama yoğun günü</b>							
1-2 gün	62	27.3	142	57.3	204	42.9	X <sup>2</sup> =57.922 p=0.000
3 Gün	110	48.5	93	37.5	203	42.7	
4 Gün ve Üzeri	55	24.2	13	5.2	68	14.3	
<b>Adet kanamasının pıhtılı olma durumu</b>							
Evet	180	79.3	137	55.2	317	66.7	X <sup>2</sup> =30.889 p=0.000
Hayır	47	20.7	111	44.8	158	33.3	
<b>Adet kanamasının şiddeti</b>							
Hafif	12	5.3	52	21.0	64	13.5	X <sup>2</sup> =65.821 p=0.000
Orta	127	55.9	171	69.0	298	62.7	
Şiddetli/ Çok şiddetli	88	38.8	25	10.1	113	23.8	

Tablo.4.7’de kadınların AMK bulguları ve AMK durumuna göre dağılımı sunulmaktadır. AMK durumu olan kadınların %57.7’sinin adet gün süresi 7 gün ve altı, %42.3’ünün 8 gün ve üzeri olup ağır menstrual kanama ile adet gün süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK durumu olan kadınların %41’inin kanamanın yoğun olduğu günlerde ped değişim sıklığı 2 saat ve altı, %59.0’ı 2 saat üstü olup AMK durumu ile kanamanın yoğun olduğu günlerde ped değişim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). AMK durumu ile adet döndü süresi, son adet kanama süresi, kullanılan ortalama ped sayısı (bir döngüde toplam sayı), adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumu, adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumu, adet ortalama yoğun günü, adet kanamasının pıhtılı olma durumu ve adet kanamasının şiddeti değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Tablo.4.8. Kadınların kanama, alışkanlıklar, kansızlık hikayesine ilişkin özellikleri ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı(n:475)

ÖZELLİKLER	Ağır menstrual kanama durumu						Test ve p değeri
	Var		Yok		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kanamaya neden olan hastalık durumu</b>							
Evet	16	7.0	8	3.2	24	5.1	X <sup>2</sup> =3.610 p=0.057
Hayır	211	93.0	240	96.8	451	94.9	
<b>Ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumu</b>							
Evet	30	13.2	15	6.0	45	9.5	X <sup>2</sup> =10.877 p=0.004
Hayır	155	68.3	200	80.6	355	74.7	
Bilmiyorum	42	18.5	33	13.3	75	15.8	
<b>Pıhtılaşma önleyici ilaç kullanma durumu</b>							
Evet	19	8.4	12	4.8	31	6.5	X <sup>2</sup> =2.423 p=0.120
Hayır	208	91.6	236	95.2	444	93.5	
<b>Kola, kahve gibi kafeinli içecek tüketim durumu</b>							
Tüketiyor	165	72.7	178	71.8	343	72.2	X <sup>2</sup> =0.049 p=0.824
Tüketmiyor	62	27.3	70	28.2	132	27.8	
<b>Haftalık olarak alkol alma durumu</b>							
Alıyor	9	4.0	3	1.2	12	2.5	X <sup>2</sup> =3.653 p=0.056
Almıyor	218	96.0	245	98.8	463	97.5	
<b>Sigara kullanma durumu</b>							
Kullanıyor	69	30.4	66	26.6	135	28.4	X <sup>2</sup> =2.136 p=0.344
Bırakmış	23	10.1	35	14.1	58	12.2	
Hiç kullanmamış	135	59.5	147	59.3	282	59.4	
<b>Kansızlık öyküsü durumu</b>							
Var	125	55.1	99	39.9	224	47.2	X <sup>2</sup> =10.912 p=0.001
Yok	102	44.9	149	60.1	251	52.8	
<b>Kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullanma durumu</b>							
Kullanıyor	75	33.0	41	16.5	116	24.4	X <sup>2</sup> =17.497 p=0.000
Kullanmıyor	152	67.0	207	83.5	359	75.6	
<b>Kansızlık nedeniyle şu anda demir ilacı kullanma durumu</b>							
Kullanıyor	44	19.4	30	12.1	74	15.6	X <sup>2</sup> =4.784 p=0.029
Kullanmıyor	183	80.6	218	87.9	401	84.4	
<b>Kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemoglobin değeri baktırma durumu</b>							
Baktırmış	91	40.1	91	36.7	182	38.3	X <sup>2</sup> =0.578 p=0.447
Baktırmamış	136	59.9	157	63.3	293	61.7	
<b>Son altı ay içerisinde bakılmış olan hemoglobin değeri (n:173)</b>							
11.4 g/dl ve altı	35	41.2	33	37.5	68	39.3	X <sup>2</sup> =0.245 p=0.621
11.5 g/dl ve üzeri	50	58.8	55	62.5	105	60.7	

X<sup>2</sup>: Ki kare testi

Tablo.4.8' de kadınların kanama, alışkanlıklar, kansızlık hikayesine ilişkin özellikleri ve AMK durumuna göre dağılımı verilmektedir. AMK durumu olan kadınların %13.2'sinin ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumunun olduğu, %68.3'ünün olmadığı, %18.5'i bilmediğini belirtmiş olup ağır AMK ile ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK durumu ile kansızlık öyküsü durumu, kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullanma durumu ve kansızlık nedeniyle şu anda demir ilacı kullanma durumu değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). AMK durumu ile kanamaya neden olan hastalık durumu, pıhtılaşma önleyici ilaç kullanma durumu, kola, kahve gibi kafeinli içecek tüketim durumu, haftalık olarak alkol alma durumu, sigara kullanma durumu, kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemoglobın değeri baktırma durumu ve son altı ay içerisinde bakılmış olan hemoglobın değeri değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 4.9. Kadınların SF36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	n	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
Fiziksel Fonksiyon	475	72,31	23,41	0	100
Fiziksel Rol Güçlüğü	475	65,73	39,22	0	100
Emosyonel Rol Güçlüğü	475	64,98	40,99	0	100
Enerji/Canlılık/Vitalite	475	53,98	18,66	0	100
Ruhsal Sağlık	475	58,35	16,53	8	100
Sosyal İşlevsellik	475	65,50	23,84	0	100
Ağrı	475	58,83	24,18	0	100
Genel Sağlık Algısı	475	56,53	19,69	5	100

Tablo 4.9’da kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ve standart sapmaları; fiziksel fonksiyon  $72.31 \pm 23.41$ , fiziksel rol güçlüğü  $65.73 \pm 39.22$ , emosyonel rol güçlüğü  $64.98 \pm 40.99$ , enerji/canlılık/vitalite  $53.98 \pm 18.66$ , ruhsal sağlık  $58.35 \pm 16.53$ , sosyal işlevsellik  $65.50 \pm 23.84$ , ağrı  $58.83 \pm 24.18$ , genel sağlık algısı  $56.53 \pm 19.69$  olarak bulunmuştur.

Tablo.4.10. Kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları	Ağır menstrual kanama durumu		İstatistik değeri	P değeri
	Var	Yok		
	Ort±ss	Ort±ss		
Fiziksel Fonksiyon	70.39±22.96	74.07±23.72	t= -1.713	p=0.087
Fiziksel Rol Güçlüğü	59.14±39.93	71.77±37.63	t= -3.549	<b>p=0.000</b>
Emosyonel Rol Güçlüğü	60.79±41.65	68.81±40.07	t= -2.139	<b>p=0.033</b>
Enerji/Canlılık/Vitalite	52.95±17.85	54.93±19.37	t= -1.160	p=0.247
Ruhsal Sağlık	57.33±15.60	59.29±17.32	t= -1.285	p=0.199
Sosyal İşlevsellik	62.66±24.39	67.84±23.46	t= -2.357	<b>p=0.019</b>
Ağrı	75.78±23.31	61.62±24.67	t= -2.646	<b>p=0.008</b>
Genel Sağlık Algısı	53.74±18.58	59.09±20.36	t= -2.980	<b>p=0.003</b>

Tablo 4.10’da kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ve ağır menstrual kanama durumuna göre dağılımı yer almaktadır. AMK varlığı olan kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü (59.14±39.93), emosyonel rol güçlüğü (60.79±41.65), sosyal işlevsellik (62.66±24.39), ağrı (75.78±23.31), genel sağlık algısı (53.74±18.58) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının AMK varlığı olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutu puan ortalamaları ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). SF36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutları ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

AMK, 2007 yılında Birleşik Krallık'taki Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü tarafından “kadınların yaşam kalitesini fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi olarak etkileyen, tek başına veya diğer semptomlarla birlikte görülen aşırı menstrual kan kaybı” olarak tanımlanmaktadır [7].

AMK üreme çağı kadınlarda yaygın bir jinekolojik problemdir [9,10,11]. Çalışmamızda kadınların %20.8'i adetinin süresinin 8 gün ve üzeri olduğunu, %78.5'i adet döngü süresinin 21-34 gün arası olduğunu, %27.6'sı son adetinin kanama süresinin 8 gün ve üzeri olduğunu bildirmiştir. Kadınların %45.3'ü bir döngüde kullandığı ortalama ped sayısının 12 ve üzeri olduğunu, %38.7'si kanamasının yoğun olduğu günlerde ped değiştirme sıklığının 2 saat ve altında olduğunu, %60.8'i adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumunun olduğunu, %40.0'ı adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumunun olduğunu, %14.3'ü adet ortalama yoğun gününün 4 gün ve üzeri olduğunu, %66.7'si adet kanamasının pıhtılı olduğunu, %23.7'si şiddeti/çok şiddetli adet kanama yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.3). Ayrıca kadınların adet süresi, adet döngü süresi, son adet kanama süresi, kullanılan ortalama ped sayısı, adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumu, adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumu, adet ortalama yoğun günü, adet kanamasının pıhtılı olma durumu, adet kanamasının şiddeti ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 4.7)( $p<0.05$ ). Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda Premenopozal dönemdeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı %47.8 olarak tespit edilmiştir. Fraser ve arkadaşlarının, 5 Avrupa ülkesinde 18-57 yaş arası kadınlar arasında internet tabanlı yaptığı çalışmada AMK sıklığını %27.2 olarak bildirmektedir [86]. Türkiye'de Kocaöz ve arkadaşları tarafından hemşirelik ve ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerde yapılan çalışmada AMK sıklığının %40.6 olduğu bildirilmiştir [87]. Yine Kocaöz ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada üreme çağındaki kadınlarda AMK sıklığı %37.9 olarak belirtilmektedir [88]. Yapılan çalışmalarda AMK görülme sıklığı %27.2 ile % 54.0 arasında değiştiği görülmekte olup [11-17], çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Literatürdeki görülme sıklığı ranjının geniş olması yapılan çalışma örneklerinde yaş grubu farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu çalışmada kadınların çoğunluğu 40-49 yaş arasında olup yaş ortalaması  $44.08\pm 3.33$  olarak

bulunmuştur ve AMK durumunun en yüksek olduğu %93.8 ile yine 40-49 yaş aralığı tespit edilmiştir ancak yaş ile AMK durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Bir ya da birden çok kez sezaryenle doğum yapmış kadınların yaklaşık üçte ikisinde sezaryen skar defekti olabilir. Bu da kadınların yaklaşık üçte birinde AMK'ya neden olabilmektedir [89]. Endometrial polip, endometrial hiperplazi, karsinom, endometrit gibi kanamaya neden olan hastalıklar AMK'ya neden olduğu gibi ara kanama nedeni de olabilmektedir [89]. Çalışmamızda, kadınların gebelik sayısı arttıkça AMK yüzdesinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca AMK'sı olan kadınların %17.6'sının adet dönemi dışında ara kanama olma durumunun olduğu görülmüştür. Bunun sonucunda AMK varlığı ile gebelik sayısı ve adet dönemi dışında ara kanama olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda literatürde ara kanama ve doğum sayısı ile ilgili araştırma olmamasına rağmen birçok hastalık, doğum süreci ve geçirilen operasyonlar AMK nedeni olabilmektedir.

Yumurtlama bozuklukları, pıhtılaşma bozuklukları, endometriozis, myomlar, fibroidler ve polipler, ilaçlar, kanser, rahim enfeksiyonları gibi jinekolojik hastalıklar ağır menstrual kanamaya neden olabilmektedir [18,90]. Çalışmamızda AMK'sı olan kadınların %29.5'inin jinekolojik hastalığının olduğu tespit edilmiş olup AMK varlığı ile jinekolojik bir hastalığa sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Yapılan bir çalışmada AMK 'sı olan kadınların %20'sinde kanama bozukluğu vardır. Menarştan bu zamana kadar AMK ailede kanama bozukluğu olanlarda da görülebilmektedir [91]. Zia ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öncesinde tanı almış hastalığı olmayan ağır adet kanaması olan ergenlik çağındaki kız çocuklarının %10 ila %62 arasında altta yatan kanama hastalığı olduğu bildirilmiştir [92]. Başka bir çalışmada yaklaşık 1000 sağlıklı ergenlik çağındaki çocuğun yaklaşık %40'ının AMK yaşadığı ortaya çıkmıştır ve bu kişilerin %20'sinde altta yatan bir kanama bozukluğu olduğu bulunmuştur [93]. Çalışmamızda ailede kanama ile ilgili rahatsızlığı olan %13.2 kadının AMK durumu vardır ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu yapılan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Demir vitamini, sağlıklı hücrel aktivite için gereklidir ve kişinin enerji seviyelerini doğrudan etkiler. Uzun süreli demir eksikliği hücrel metabolizmanın değişmesi, gen

ekspresyonundaki değişiklikler, sinyal yollarının aktivasyonu, hücre döngüsü regülasyonu, farklılaşma ve hücre ölümü ile sonuçlanan adaptif tepkileri uyandırır [94,95]. AMK kişinin dolaşımındaki ve depolarındaki demiri tüketerek demir eksikliği anemisinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, AMK ile ilişkili jinekolojik bozukluklar için hastaneye yatırılan kadınların %25’i anemik olarak bulunmuştur [96]. Fraser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada detaylı araştırmayı tamamlayan 330 208’ine (%63.0) demir eksikliği veya demir eksikliği anemisi tanısı konulmuştur. Çalışmamızda AMK olan 330 hastanın 152’si (%46.1) demir eksikliği için reçeteli ilaç almıştır [86].

Çalışmamızda 475 kadının 224’ü anemi öyküsü olduğunu belirtmiş olup kadınların 125’inin (%55.1) AMK olduğu tespit edilmiştir. Anemi nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullandığını belirten 75 kadının AMK’sı olduğu bulunmuştur. Ayrıca anemi nedeniyle şu anda demir ilacı kullandığını belirten 44 kadının AMK durumu olduğu tespit edilmiştir. Bu bilgiler sonucunda AMK ile anemi ve anemiye bağlı demir ilacı kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0.05$ ).

Yaşam kalitesi ölçmek için en çok kullanılan SF-36 yaşam kalitesi anketi spesifik olmayan genel bir araçtır ve iyi değerlendirilmiştir. Standart puanlama için birden fazla ülkede test edilmiştir ve sonuçları ülkeler arasında karşılaştırılmıştır [97]. İsveçli kadınlar arasında AMK’sı olan kadınlar için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldığında, olmayanlara kıyasla karşılaştırma yapıldığı zaman AMK’nın yaşam kalitesini üzerine olumsuz etkileri olduğu görülmüştür [97].

Karlsson ve ark. yaptığı bir çalışmada, 40-45 yaş arası kadınların üçte birinin (%32) AMK yaşadığı ve normal menstrual kanaması olan kadınlara kıyasla sağlığa bağlı yaşam kalitesini önemli ölçüde azalttığını tespit etmişlerdir [13]. Kocaöz ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada da, üreme çağındaki kadınlarda AMK’nın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir [9]. Çalışmamızda AMK’sı olan kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyut puan ortalamaları AMK olmayan kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup, AMK ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10) ( $p<0.05$ ). Birleşik Krallık’ta 840 kadın ile yapılan bir araştırmada AMK durumunun çalışma, fiziksel ve sosyal sorunlara neden olduğu bulunmuştur [98]. Finlandiya’da 220 kadın ile yapılan gözlemsel bir çalışmada AMK’nın etkilerinin fiziksel ve sosyal sorunlar olduğunu, ancak psikolojik olmadığını bulunmuştur [98]. Bitzer ve

arkadaşlarının, 18-55 yaş arası 6179 kadına yaptığı bir çalışmada 1627 kadının AMK'sı olduğu ve bu durumun yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. AMK'sı olan bu kadınların %83'ünün günlük aktivitelerini etkilediği ve %75'inin de adet dönemlerinde büyük bir rahatsızlık yaşadıkları, %68'inin sosyal aktivitelere katılmama eğiliminde olduğu ve %91'inin spor ve fitness aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerinden etkilendiği bulunmuştur [98]. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Premenopozal dönemdeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğumuz çalışmamızda;

- Premenopozal dönemdeki kadınlarda ağır menstrual kanama sıklığı %47.8 olarak tespit edilmiştir.
- Kadınların gebelik sayısı, adet dönemi dışında ara kanama olma durumu, anne ya da kardeşin adetinin aşırı kanamalı olma durumu jinekolojik hastalık ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Kadınların yaş, öğrenim durumu, medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu, meslek, sosyal güvence varlığı ve gelir durumu ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
- Kadınların kendiliğinden düşük yapma durumu, isteğe bağlı küretaj olma durumu, doğum sayısı, ilk adet yaşı, ağrılı adet görme durumu, adet şiddeti ve gebe kalmamak için korunma yöntemi kullanma durumu ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).
- Kadınların adet gün süresi, adet döngü süresi, son adet kanama süresi, kullanılan ortalama ped sayısı, adetli iken ped ya da bezden kanın taşma durumu, adet esnasında çift ya da daha fazla bez kullanma durumu, adet ortalama yoğun günü, adet kanamasının pıhtılı olma durumu ve adet kanamasının şiddeti ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Kadınların kanamanın yoğun olduğu günlerde ped değişim sıklığı, kanamaya neden olan hastalık durumu, pıhtılaşma önleyici ilaç kullanma durumu, kola, kahve gibi kafeinli içecek tüketim durumu, haftalık olarak alkol alma durumu, sigara kullanma durumu, kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemoglobinin değeri baktırma durumu ve son altı ay içerisinde bakılmış olan hemoglobinin değeri

ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

- Kadınların ailede (kadın veya erkek) kanama ile ilgili rahatsızlık durumu, kansızlık öyküsü durumu, kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullanma durumu ve kansızlık nedeniyle şu anda demir ilacı kullanma durumu ile AMK varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
- Premenopozal dönemde AMK varlığı olan kadınların olmayanlara göre SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).
- Yapılan literatür taramalarını sonucunda AMK ile ilgili çok az çalışmanın olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca premenopoz döneminde bu çalışma dışında araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışma online yapıldığı için aynı ve benzer çalışmaların sağlık kurumlarında yapılması önerilmektedir.

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

Sağlık personeline premenopoz dönemindeki kadınların AMK yönünden değerlendirilmesi ve gerekli eğitim, danışmanlık yapması ve erken tanı ve tedavi yapılarak yaşam kalitesinin bozulmasının önüne geçilmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Çelik, A. S., Pasinlioğlu, T., “Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar ve Hemşirenin Rolü”, *Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 50-56, 2013.
2. Özcan, H., Oskay, Ü., “Menopoz döneminde semptom yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), 157-163, 2013.
3. Güler, M., “Premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların beslenmeye bağlı kardiyovasküler risk faktörlerinin değerlendirilmesi”, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.4, Ankara, 2015.
4. Ergül, Ş., Temel, A. B., “Premenopozal dönemde değişen gereksinimler ve kontrasepsiyon”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 10(10), 2006.
5. Evim, M. S., Baytan, B., Güneş, A. M., “Ağır Adet Kanaması Olan Ergenlerin Kanama Diyatezi Açısından Değerlendirilmesi”, *Güncel Pediatri*, 16(2), 160-169, 2018.
6. Şahin, N. M., “Aşırı Menstruel Kanama ile Adolesan Polikliniğine Başvuran 132 Olgunun Değerlendirmesi”, *Çağdaş Tıp Dergisi*, 9(1), 59-64, 2019.
7. Sriprasert, I., Pakrashi, T., Kimble, T., Archer, D. F., “Heavy menstrual bleeding diagnosis and medical management”, *Contraception and reproductive medicine*, 2(1), 20, 2017.
8. Gokyildiz, S., Aslan, E., Beji, N. K., Mecdi, M., “The effects of menorrhagia on women’s quality of life: a case-control study”, *ISRN obstetrics and gynecology*, 2013.
9. Kocaöz, S., Cirpan, R., Değirmencioğlu, A. Z., “The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age”, *Pakistan journal of medical sciences*, 35(2), 365,2019.
10. Liu, Z., Doan, Q. V., Blumenthal, P., Dubois, R. W., “A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and health-care costs and utilization in abnormal uterine bleeding”, *Value in health*, 10(3), 183-194, 2007.
11. Bruinvels, G., Burden, R., Brown, N., Richards, T., Pedlar, C., “The prevalence and impact of heavy menstrual bleeding (menorrhagia) in elite and non-elite athletes”, *PLoS One*, 11(2), e0149881,2016.



12. Fraser, I. S., Mansour, D., Breymann, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., Petraglia, F., “Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 196-200, 2015.
13. Karlsson, T. S., Marions, L. B., Edlund, M. G., “Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life”, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(1), 52-57, 2014.
14. Bitzer, J., Serrani, M., Lahav, A., “Women’s attitudes towards heavy menstrual bleeding, and their impact on quality of life”, *Open Access J Contraception*, 4, 21-28, 2013.
15. Santos, I. S., Minten, G. C., Valle, N. C., Tuerlinckx, G. C., Silva, A. B., Pereira, G. A., Carriconde, J. F., “Menstrual bleeding patterns: A community-based cross-sectional study among women aged 18-45 years in Southern Brazil”, *BMC women's health*, 11(1), 26, 2011.
16. Kazemijalish, H., Tehrani, F. R., Behboudi-Gandevani, S., Khalili, D., Hosseinpanah, F., Azizi, F., “A Population-Based Study of the Prevalence of Abnormal Uterine Bleeding and its Related Factors among Iranian Reproductive-Age Women: An Updated Data”, *Archives of Iranian Medicine (AIM)*, 20(9), 558-563, 2017.
17. Gursel, T., Biri, A., Kaya, Z., Sivashoglu, S., Albayrak, M., “The frequency of menorrhagia and bleeding disorders in university students”, *Pediatric hematology and oncology*, 31(5), 467-474, 2014.
18. The American College of Obstetricians and Gynecologist “2016 Heavy menstrual bleeding”  
<https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq193.pdf?dmc=1&ts=20171024T1826016029> (Erişim: 09.09.2019)
19. Lukes, A. S., Baker, J., Eder, S., Adomako, T. L., “Daily menstrual blood loss and quality of life in women with heavy menstrual bleeding”, *Women’s Health*, 8(5), 503-511, 2012.
20. Akça, A., “Disfonksiyonel Uterin Kanamalarda Levonorgestrel Salgılayan Rahim İçi Sistem İle Roller-Ball Endometriyal Ablasyonun Tedavi Etkinliklerinin Karşılaştırılması”, *Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi*, s.1, İstanbul, 2008.

21. Altıparmak, S., “Gebelerde sosyodemografik özellikler, özbakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi”, *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6), 416-423, 2006.
22. Genç, A., Şener, Ü., Karabacak, H., Üçok, K., “Kadın ve erkek genç erişkinler arasında fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi farklılıklarının araştırılması”, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3), 145-150, 2011.
23. Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği “2012 Menoraji Tanı ve Tedavi Kılavuzu”  
<http://www.tjod.org/wp-content/uploads/2012/12/MENORAJ%C4%B0-TANI-VE-TEDAV%C4%B0-KILAVUZU.pdf> (Erişim: 06.09.2019)
24. Matteson, K. A., Clark, M. A., “Questioning our questions: do frequently asked questions adequately cover the aspects of women's lives most affected by abnormal uterine bleeding? Opinions of women with abnormal uterine bleeding participating in focus group discussions”, *Women & health*, 50(2), 195-211, 2010.
25. Ware, J. E., Sherbourne, D. C., “The MOS 36 item short form health survey (SF 36)”, *Medical Care*, 30, 473-483, 1992.
26. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A., “Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği Ve geçerliliği”, *İlaç Ve Tadavi Dergisi*, 12(2), 2019.
27. Pınar, R., “Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients”, *Qual Life Res*, 259–264, 14, 2005.
28. Pınar, R., “SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve kullanımı: sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı”, *Sendrom*, 8(10), 109-114, 1996.
29. Ertem, G., Çoban, A., Sevil, Ü., “Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların İnkontinans Durumları ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18 (1), s.1-3, 2002.
30. Ertem, G., “Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 469-483, 2010.
31. Miran, B., “Temel İstatistik: Genişletilmiş baskı (Vol. 1)”, Bülent Miran, 56-61, İzmir, 2021.
32. Görgel, E.B., Çakıroğlu, F.P., “Menopoz Döneminde Kadın”, 2007.

33. Özgür,N., “Klimakterium dönemindeki kadınların yaşadıkları menopoz semptomları ve başa çıkma yolları”, *Marmara Üniversitesi, Doktora tezi*, İstanbul, 2007.
34. Yurdakul,M., Eker,A., Kaya,D., “Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 187-193, 2007.
35. MalhotraPhD,A., Passi,S.J., “Diet quality and nutritional status of rural adolescent girl beneficiaries of ICDS in north India”, *Asia Pac J ClinNutr*, 16(1), 8-16, 2007.
36. Taşkın, L., “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği XVI.Baskı”, *Sistem Ofset Matbaacılık*, s.579-584, Ankara, 2020
37. Taşkın, L., “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği XVI.Baskı”, *Sistem Ofset Matbaacılık*, s.583, Ankara, 2020.
38. Ilgaz, N.Y., “Kadın Genital Organları Morfolojisi, Propedötik Kadın Doğum”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Matbaası*, s.3-29, Ankara, 1980.
39. Çanga, Ş., Önder, İ., “Kadın Hastalıkları”, *Ar Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş. Güven Kitapevi*, 5. Baskı, İstanbul, 13-23, 1979.
40. Şahin, N.H., “Klimakterik Dönemde Beslenme”, *İ.Ü.F.N.H.Y.O. Hemşirelik Dergisi*, Cilt XII, Sayı 47, 2001.
41. Bulut, İ., “Elazığ kent merkezinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler”, *Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, Elazığ, 2013.
42. Coşkun, A., “Klimakterik Dönem”, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 12.Matbaa, II.Baskı, İstanbul, s.448, 2016.
43. Soules, M.R., Sherman, S., Parrott, E., Rebar,R., Santoro, N., Utian, W., Woods, N., “Stages of reproductive aging workshop (STRAW)”, *Journal of women's health & gender-based medicine*, 10(9), 843-848,2001.
44. Yerli, G., “Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler”, *Journal of International Social Research*, 10(52), 2017.
45. Taşkın L., “Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği”, *Sistem Ofset*, Ankara, 2009.
46. Newman, W.A., “Dorland's illustrated medical dictionary”, *In Dorland's illustrated medical dictionary*, 1939-1939, 1994.
47. WHO Scientific Group, “Research on the menopause in the 1990s WHO Technical Report Series 866”, *World Health Organization*, Geneva,1996.

48. Bień, A., Rzońca, E., Iwanowicz-Paus, G., Pańczuk Szeptuch, M., “The influence of climacteric symptoms of women’s Lives and Activities”, *Int J Environ Res Public Health*, 12, 3835-3846, 2015.
49. Taketani, Y., Yano, T., Kugu, K., “The Climacteric as a Crucial Stage of Female Life”, *Journal of the Japan Medical Association*. 128(9), 1189–1191, 2002.
50. Görgel, E.B., Çakıroğlu, F.P., “Menopoz döneminde kadın”, *Ankara Üniversitesi Basımevi*, Ankara, 2007.
51. Sowers, M.R., La Pietra, M.T., “Menopause: its epidemiology and potential association with chronic diseases”, *Epidemiol Rev*, 17, 287- 302, 1995.
52. Ergül, Ö. G. D. Ş., Temel, A. B., “Premenopozal dönemde değişen gereksinimler ve kontrasepsiyon”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 10(10), 2006.
53. Bezircioğlu, İ., Gülseren, L., Öviz, A., Kındıroğlu, N., “Menopoz Öncesi ve Sonrası Dönemde Depresyon-Anksiyete ve Yeti yitimi”, *Turk Physiatry Derg*, 15, 199-207, 2004.
54. Kara, T., “Postmenopozal kadınlarda vazomotor, somatik ve psikolojik yakınmaların şiddeti ile el 2-4. parmak oranı arasındaki ilişki”, *Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Uzmanlık Tezi*, s.9, 2019.
55. Coşkun, A., “Kadın Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı 2nd baskı”, *Koç Üniversitesi Yayınları*, s:52, İstanbul, 2016.
56. Burkman, R. T., “Berek and Novak’s gynecology” *JAMA*, 297(14), 1601-1604, 2007.
57. Taşkın, L., “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği XVI.Baskı”, *Sistem Ofset Matbaacılık*, s.621, Ankara, 2020.
58. Coşkun, A., “Kadın Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı 2nd baskı”, *Koç Üniversitesi Yayınları*, s:435, İstanbul, 2016.
59. Maybin, J. A., Critchley, H. O., “Medical management of heavy menstrual bleeding”, *Women’s Health*, 12(1), 27-34, 2016.
60. Lethaby, A., Duckitt, K., Farquhar, C., “Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2013.
61. Rodriguez, M. B., Lethaby, A., Low, C., Cameron, I. T., “Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), 2019.

62. Bryant-Smith, A. C., Lethaby, A., Farquhar, C., Hickey, M., “Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 2018.
63. Yılmaz, N., Kahyaoğlu, İ., “Anormal Uterin Kanamalarda Yeni Sınıflama Sistemi: PALM-COEIN”, *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 250-257, 2013.
64. Vannella, L., Aloe Spiriti, M. A., Cozza, G., Tardella, L., Monarca, B., Cuteri, A., Annibale, B., “Benefit of concomitant gastrointestinal and gynaecological evaluation in premenopausal women with iron deficiency anaemia”, *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 28(4), 422-430, 2008.
65. Cramer, S.F., Patel, A., “Rahim leiomyomlarının sıklığı”, *Amerikan klinik patoloji dergisi* , 94 (4), 435-438, 1990.
66. Mehaseb, M.K., Taylor, A.H., Pringle, J.H., Bell, S.C., Habiba, M., “Üç boyutlu bir ortak kültür modelinde adenomyozdan stromal hücrelerin gelişmiş istilası, etkilenen uterustan miyositlerin varlığı ile arttırılır”, *Doğurganlık ve kısırlık* , 94 (7), 2547-2551, 2010.
67. Wegienka, G., Baird, D.D., Hertz-Picciotto, I., Harlow, S.D., Steege, J.F., Hill, M.C., Hartmann, K.E., “Uterin leiomyomata ile ilişkili kendi kendine bildirilen ağır kanama”, *Obstetrik ve Jinekoloji* , 101 (3), 431-437, 2003.
68. Coşkun, A., “Kadın Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı 2nd baskı”, *Koç Üniversitesi Yayınları*, 505-507, İstanbul, 2016.
69. Clark, T. J., Middleton, L. J., Am Cooper, N., Diwakar, L., Denny, E., Smith, P., Daniels, J. P., “A randomised controlled trial of Outpatient versus inpatient Polyp Treatment (OPT) for abnormal uterine bleeding”, *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 19(61), 1, 2015.
70. Lee, S.C., Kaunitz, A.M., Sanchez-Ramos, L., Rhatigan, R.M., “Endometrial poliplerin onkojenik potansiyeli: sistematik bir inceleme ve meta-analiz”, *Obstetrik ve Jinekoloji*, 116 (5), 1197-1205, 2010.
71. Murali, R., Soslow, R. A., Weigelt, B., “Classification of endometrial carcinoma: more than two types”, *The Lancet Oncology*, 15(7), 268-278, 2014.
72. Park, J. C., Lim, S. Y., Jang, T. K., Bae, J. G., Kim, J. I., Rhee, J. H., “Endometrial histology and predictable clinical factors for endometrial disease in women with polycystic ovary syndrome”, *Clinical and Experimental Reproductive Medicine*, 38(1), 42, 2011.

73. Gezginç, K., Çelik, Ç., “Endometriyal Hiperplazilerde Tanı ve Tedavi”, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 8(3), 81-85, 2005.
74. Guraslan, H., Dogan, K., Kaya, C., Senturk, M. B., Guraslan, B., Helvacioğlu, C., Yasar, L., “Could body mass index be an indicator for endometrial biopsy in premenopausal women with heavy menstrual bleeding?”, *Archives of gynecology and obstetrics*, 294(2), 395-402, 2016.
75. Shankar, M., Lee, C. A., Sabin, C. A., Economides, D. L., Kadir, R. A., “Von Willebrand disease in women with menorrhagia: a systematic review”, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(7), 734-740, 2004.
76. Kouides, P. A., “Menorajide kanama semptomu değerlendirmesi ve hemostaz değerlendirmesi”, *Hematolojide güncel görüş*, 15 (5), 465-472, 2008.
77. Heikinheimo, O., Fraser, I., “The current status of hormonal therapies for heavy menstrual bleeding”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 40, 111-120, 2017.
78. Günay, T., Tüfekçi, C., İlter, E., Akyol, H., Öcal, A., “Atipisiz basit endometrial hiperplazi ve menoraji tedavisinde levonorgestrel salgılayan rahim içi aracın (Mirena®) etkinliği”, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17(1), 7-13, 2007.
79. Kılıç, G. S., Bildacı, T. B., Boruban, M. C., “Anormal Uterus Kanamasında Mikrodalga Endometriyal Ablasyon (Mea) Uygulanan Hastaların Vaka Serisi”, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 9(2), 39-45, 2006.
80. Hurskainen, R., Grenman, S., Komi, I., Kujansuu, E., Luoto, R., Orrainen, M., Toivonen, J., “Diagnosis and treatment of menorrhagia”, *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(6), 749-757, 2007.
81. Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T., “Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri”, *Romatizma Dergisi*, 20(1), 55-63, 2005.
82. İnternet: World health Organization “2012 The World Health Organization Quality of Life”  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>.  
(Erişim:03.08.2022)
83. Clark, T. J., Khan, K. S., Foon, R., Pattison, H., Bryan, S., Gupta, J. K., “Quality of life instruments in studies of menorrhagia: a systematic review”, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 104(2), 96-104, 2002.

84. Bitzer, J., Serrani, M., & Lahav, A., “Kadınların ağır adet kanamalarına karşı tutumları ve yaşam kalitesine etkisi”, *Açık Erişim Doğum Kontrolü Dergisi*, 4, 21-28, 2013.
85. Coşkun, A., “Kadın Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı 2nd baskı”, *Koç Üniversitesi Yayınları*, s:457, İstanbul, 2016.
86. Fraser, I. S., Mansour, D., Breymann, C., Hoffman, C., Mezzacasa, A., Petraglia, F., “Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a European patient survey”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 196-200, 2015.
87. Kocaöz, S., Kara, P., Koçoğlu, F., “Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinde Ağır Menstrual Kanamanın Okula ve Sosyal Yaşama Olan Etkileri”, *Göbeklitepe International Journal Of Medical Sciences*, 5(7), 125-134, 2022.
88. Kocaoz, S., Cirpan, R., Degirmencioglu, A. Z., “The prevalence and impacts heavy menstrual bleeding on anemia, fatigue and quality of life in women of reproductive age”, *Pakistan journal of medical sciences*, 35(2), 365, 2019.
89. Özel, K. M., Tosun Alanya, Ş., “Jinekolojik Kanamalar”, *Akademisyen Kitapevi*, s:110-111, Ankara, 2020.
90. Harlow, S. D., Ephross, S. A., “Epidemiology of menstruation and its relevance to women's health”, *Epidemiologic reviews*, 17(2), 265-286, 1995.
91. Davies, J., Kadir, R. A., “Heavy menstrual bleeding: an update on management”, *Thrombosis research*, 151, 70-77, 2017.
92. Zia, A., Rajpurkar, M., “Challenges of diagnosing and managing the adolescent with heavy menstrual bleeding”, *Thrombosis research*, 143, 91-100, 2016.
93. Haamid, F., Sass, A. E., Dietrich, J. E., “Heavy menstrual bleeding in adolescents”, *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 30(3), 335-340, 2017.
94. Evstatiev, R., Gasche, C., “Iron sensing and signalling”, *Gut*, 61(6), 933-952, 2012.
95. Vannella, L., Aloe Spiriti, M. A., Cozza, G., Tardella, L., Monarca, B., Cuteri, A., Annibale, B., “Benefit of concomitant gastrointestinal and gynaecological evaluation in premenopausal women with iron deficiency anaemia”, *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 28(4), 422-430, 2008.

96. Morrison, J., Patel, S. T., Watson, W., Zaidi, Q. R., Mangione, A., Goss, T. F., “Assessment of the prevalence and impact of anemia on women hospitalized for gynecologic conditions associated with heavy uterine bleeding”, *The Journal of reproductive medicine*, 53(5), 323-330, 2008.
97. Karlsson, T. S., Marions, L. B., Edlund, M. G., “Heavy menstrual bleeding significantly affects quality of life”, *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 93(1), 52-57, 2014.
98. Bitzer, J., Serrani, M., Lahav, A., “Kadınların ağır adet kanamalarına karşı tutumları ve yaşam kalitesine etkisi”, *Açık Erişim Doğum Kontrolü Dergisi*, 4, 21-28, 2013.



## **EKLER**

EK-1. Veri toplama formu

EK-2. Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-3. Etik Kurul Kararı

EK-4. Bilimsel Araştırma Başvurusu İzin Formu

EK-5. Post Hoc G. Power Analiz Raporu.



## EK I. VERİ TOPLAMA FORMU

**Araştırmacı Adı-soyadı:** Gamze TUĞRAL

Bu araştırmada Premenopozal Dönemdeki Kadınlarda Ağır Menstrual Kanama Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla araştırma kriterlerine uyan (40 yaş ve üzeri menopoza girmemiş kadınlar) ve online anketimize katılmak isteyen kadınlar veri toplama formumuzu dolduracaktır. Çalışmanın yapılabilmesi için Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'dan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz araştırma sonuçlarının doğruluğunu etkileyecektir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

### ÇALIŞMAYA KATILMAK İSTİYORUM

**EVET ( ) HAYIR ( )**

Tarih:
Anket no:
<b>Sosyodemografik Özellikler</b>
1. Çalışmamıza hangi ilden katılıyorsunuz? .....
2. Yaşınız:.....
3. Boyunuz:..... metre
4. Kilonuz:.....kilogram
5. Öğrenim durumunuz nedir? a. İlkokul mezunu                      b. Ortaokul mezunu                      c. Lise Mezunu d. Üniversite mezunu                      e. Diğer. Açıklayınız:.....
6. Medeni Durumunuz nedir?

a. Evli	b. Bekar	c. Diğer.
Açıklayınız:.....		
7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?		
a. Evet	b. Hayır(Cevabınız hayır ise 8.soruyu cevaplamayınız ve 9.soruya geçiniz)	
8. Mesleğiniz nedir?		
a. Memur	b. İşçi	c. Serbest Meslek d. Diğer.
Açıklayınız:.....		
9. Sosyal güvenceniz var mı?		
a. Evet	b. Hayır	
10. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?		
a. Gelirim giderimden fazla	b. Gelirim giderime denk	c. Gelirim giderimden az
<b>Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler</b>		
11. Gebelik sayınız nedir? (Düşük ve kürtaj dahil)		
a. Hiç gebe kalmadım (15. soruya geçiniz)	b. 1 kez	c. 2 kez d. 3 kez e. 4 kez ve üzeri
12. Kendiliğinden(istemsiz) düşük yaptınız mı?		
a. Evet (.....kez)	b. Hayır	
13. İsteğe bağlı kürtaj olduğunuz mu?		
a. Evet (.....kez)	b. Hayır	
14. Kaç doğum yaptınız?		
a. Hiç doğum yapmadım	b. 1 kez	c. 2 kez d. 3 kez e. 4 kez ve üzeri
15. İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz?.....yaş		
16. Adetiniz kaç sürüyor?.....gün		
17. Kaç günde bir adet oluyorsunuz?...../günde bir		
18. En son adetiniz kaç gün sürdü?.....gün sürdü.		
19. Adetiniz zamanında ortalama kaç ped kullanıyorsunuz?.....ped		
20. Adetli iken pedinizden ya da bezinizden kanın taşıdığı oluyor mu?		
a. Evet	b. Hayır	

21. Adetiniz esnasında ped ya da bezinizden kanın dışarı akması gibi kazaları önlemek için çift ya da daha fazla bez kullandığınız oluyor mu? a. Evet      b. Hayır
22. Adetinizin ortalama kaç günü kanamanız yoğun oluyor?.....gün
23. Kanamanızın en yoğun gününde, pediniz ya da bezinizin kanamasını emmesi ne kadar saat sürüyor?.....saat sürüyor.
24. Adet kanamanız pıhtılı oluyor mu? a. Evet      b. Hayır
25. Adet dönemi dışında ara kanamalarınız var mı? a. Evet      b. Hayır
26. Adet kanamanızın şiddetini nasıl buluyorsunuz? a. Hafif      b. Orta      c. Şiddetli      d. Çok şiddetli
27. Ağrılı adet görüyor musunuz? a. Evet      b. Hayır (29. Soruya geçiniz)      c. Bazen
28. Ağrılı adetiniz var ise şiddetini nasıl değerlendiriyorsunuz? a. Hafif      b. Orta      c. Şiddetli      d. Çok şiddetli
29. Annenizin ya da kardeşinizin adeti aşırı kanamalı oluyor mu? a. Evet      b. Hayır      c. Bilmiyorum
30. Gebe kalmamak için herhangi bir korunma yöntemi kullanıyor musunuz? a. Evet      b. Hayır (32. soruya geçiniz)
31. Gebelikten korunmak için şuanda aşağıdaki hangi gebeliği önleyici yöntemi kullanıyor musunuz? a. Hap (oral kontraseptif)      b. Aylık iğne      c. Rahim içi (Spiral) d. Hormonlu rahim içi araç      e. Kondom (Prezervatif)      f. Tüplerin bağlanması g. Geri çekme yöntemi (eşin korunması)      h. Diğer(açıklayınız).....
32. Jinekolojik (kadına ait) bir hastalığınız var mı?(örneğin: myom) a. Evet      b. Hayır (35. soruya geçiniz)
33. Jinekolojik hastalığınızın var ise ne olduğunu yazar mısınız? .....

34. Jinekolojik hastalığınız var ise ne tedavisi aldınız? Açıklayınız:.....
<b>Diğer Risk Faktörleri</b>
35. Sizin herhangi bir şekilde kanamanıza neden olan hastalığınız var mı? a. Evet                      b. Hayır (37. soruya geçiniz)
36. Kanamanıza neden olan hastalığınızı yazar mısınız? .....
37. Ailenizden (kadın veya erkek) birinin kanama ile ilgili bir rahatsızlığı var mı? a. Evet                      b. Hayır                      c. Bilmiyorum
38. Pıhtılaşmayı önleyici ilaç kullanıyor musunuz? a. Evet                      b. Hayır
39. Kola, kahve gibi kafeinli içecek tüketiyor musunuz? a. Evet                      b. Hayır
40. Haftalık olarak alkol alıyor musunuz? a. Evet                      b. Hayır
41. Sigara kullanma durumunuz nedir? a. Kullanıyorum                      b. Bıraktım                      c. Hiç kullanmadım
42. Kansızlık öykünüz var mı? a. Evet                      b. Hayır
43. Kansızlık nedeniyle son üç ay içerisinde demir ilacı kullandınız mı? a. Evet                      b. Hayır
44. Şu anda kansızlık nedeniyle demir ilacı kullanıyor musunuz? a. Evet                      b. Hayır
45. Kansızlık nedeniyle son altı ay içerisinde hemoglobin(kan) değerimize baktırdınız mı? a. Evet                      b. Hayır (Cevabınız hayır ise sonraki bölüme geçiniz.)
46. Son altı ay içinde baktırmış olduğunuz hemoglobin(kan) değerini yazınız.(Eğer bu soruya cevap veriyorsanız lütfen 45.soruyu evet olarak işaretleyiniz.) .....

## EK II. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu tarama formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bütün soruları belirtildiği şekilde cevaplayın. Eğer bir soruyu ne şekilde cevaplayacağınızdan emin olmazsanız, lütfen en yakın cevabı işaretleyin.

### 1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

Mükemmel.....	1
Çok iyi.....	2
İyi.....	3
Fena değil .....	4
Kötü.....	5

## SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

### 2. Geçen seneye karşılaştığınızda, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz? (birinin etrafına daire çizin)

Bir yıl önceye göre çok daha iyi.....	1
Bir yıl önceye göre daha iyi.....	2
Hemen hemen aynı.....	3
Bir yıl önceye göre daha kötü.....	4
Bir yıl önceye göre çok daha kötü .....	5

**3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)**

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır			
Bir Masayı Çekmek, elektrik süpürGESİNİ İtmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

**4). Son 4 Hafta Boyunca Bedensel Sağlığınızın Sonucu Olarak, İşiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

**5).Son bir ay içinde duygusal sorunlarımızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor		

**6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

## **AĞRI**

**7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6



**8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)**

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

### **DUYGULARINIZ**

**9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.**

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz						
Çok sınırlı bir insan olduğunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

**10).Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)**

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir Zaman

**11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?**

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyoru	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

### **EK-III. ETİK KURUL KARARI**

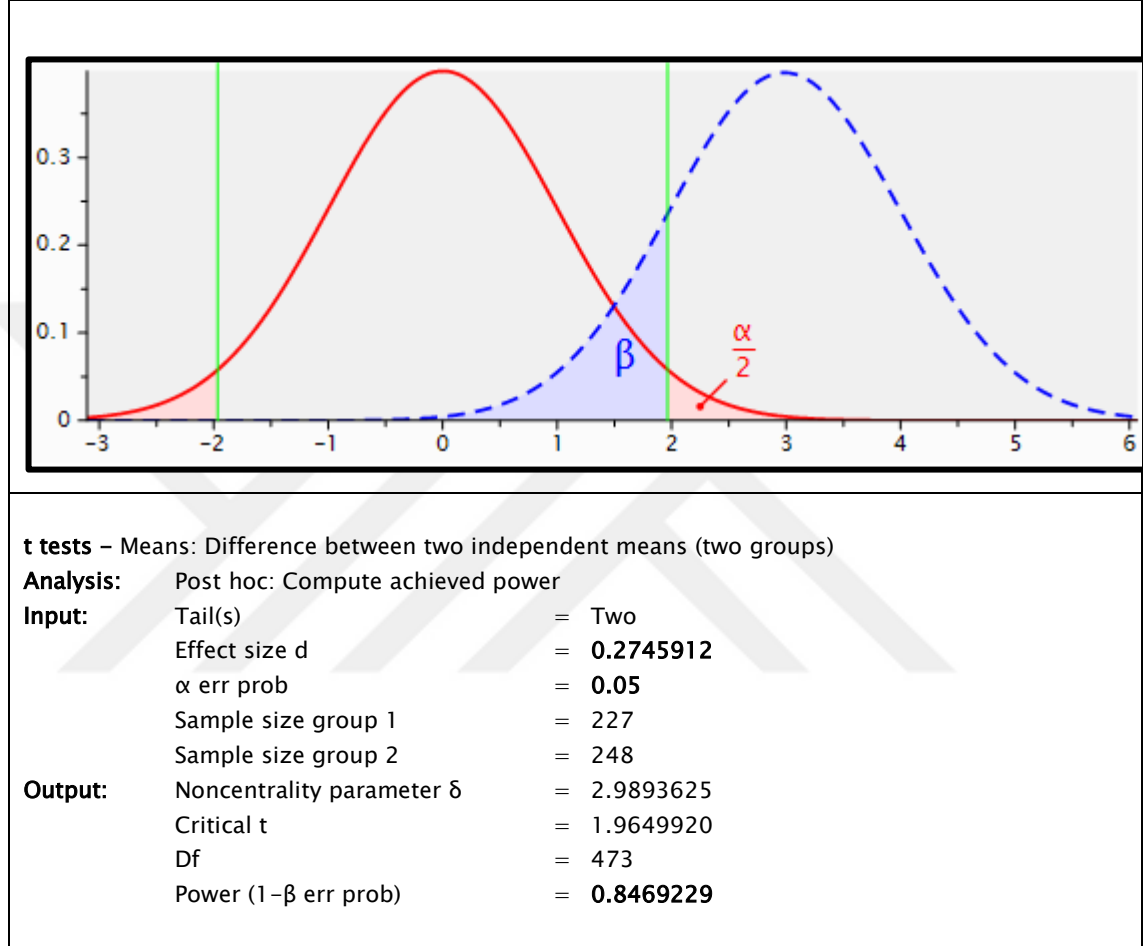


## EK-IV. BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURUSU İZİN FORMU



## EK-5. POST HOC G. POWER ANALİZ RAPORU

### G. Power-3.1.9.2 Output



Çalışmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplanmıştır. 475 kişiye uygulanan analiz sonucunda  $\alpha=0.05$  düzeyinde, etki büyüklüğü 0.2745 olarak bulunmuş ve post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.85 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir.

### REFERANS

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd.