

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**PREMENSTRÜEL SENDROMDA RİSK
FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ ARAMA
DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASI**

DR. BURCU ÖNAL

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2011

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**PREMENSTRÜEL SENDROMDA RİSK
FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ ARAMA
DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. BURCU ÖNAL

DANIŞMAN: DOÇ.DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR
İKİNCİ DANIŞMAN: UZM. DR. TOLGA GÜNVAR

İÇİNDEKİLER

	Sayfa	No
İÇİNDEKİLER		i
TABLolar DİZİNİ		iii
GRAFİKLER DİZİNİ		iv
KISALTMALAR		iv
ÖNSÖZ		v

	Sayfa	No
ÖZET		1
SUMMARY		2
1. GİRİŞ VE AMAÇ		3
2. GENEL BİLGİLER		4
2.1. Premenstrüel Sendrom ve İlgili Diğer Kavramların Tanımı.....		4
2.2. Epidemiyoloji		4
2.3. Tarihçe.....		7
2.4. Etiyoloji.....		8
2.5. Klinik.....		9
2.6. Tanısal Yaklaşım.....		10
2.7. PMS için Risk Faktörleri.....		13
2.7.1. Yaş.....		13
2.7.2. Eğitim düzeyi, çalışma durumu ve yaşama alanı.....		13
2.7.3. Medeni durum.....		14
2.7.4. Parite ve çocuk sayısı.....		14
2.7.5. Genetik faktörler.....		14
2.7.6. Menstrüasyon ile ilişkili faktörler.....		14
2.7.7. Sağlık tutumu		15
2.7.8. Tıbbi öykü.....		15
2.8. Tedavi.....		15
2.8.1. Nonfarmakolojik tedavi.....		16

2.8.1.1. Hasta eğitimi.....	16
2.8.1.2. Destekleyici tedavi.....	16
2.8.1.3. Diyet ve ilişkili faktörler.....	16
2.8.1.4. Egzersiz.....	16
2.8.2. Farmakolojik tedavi.....	18
2.9. Premenstrüel Rahatsızlıkların Bireysel ve Toplumsal Yükü.....	21
2.10. Premenstrüel Semptomlarla Tedavi Arayışının Araştırılması.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	24
3.1. Araştırma Modeli	24
3.2. Araştırma Örneklemi	24
3.3. Araştırma Uygulaması	24
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....	25
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	63
8.1. EK-1: Kişisel Bilgi Formu.....	63
8.2. EK-2: UCSD Kriterleri.....	67
8.3. EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	69
8.4. EK-4: Etik Kurul Onay Yazısı.....	71
8.5. EK-5: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı.....	72

TABLolar DİZİNİ

		Sayfa	No
Tablo 1.	Sık görülen PMS semptomları		9
Tablo 2.	PMS için San Diego Kaliforniya Üniversitesi (UCSD) ve Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tanı kriterleri		10
Tablo 3.	PMS için Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG) tanı kriterleri		11
Tablo 4.	PMS tedavisinde sık kullanılan ilaçlar		19
Tablo 5.	Katılımcıların demografik özellikleri		26
Tablo 6.	Katılımcıların tıbbi öyküsü		27
Tablo 7.	Katılımcıların sağlık tutumu		28
Tablo 8.	Katılımcıların haftalık tükettikleri kafein miktarları ve PMS ile ilişkisi		29
Tablo 9.	Katılımcıların UCSD kriterlerine göre premenstrüel semptom sıklıkları		29
Tablo 10.	Katılımcıların demografik verileri ile PMS varlığının karşılaştırılması		30
Tablo 11.	Katılımcıların anne ve kız kardeşlerinde PMS / premenstrüel semptom olma durumunun değerlendirilmesi		31
Tablo 12.	Katılımcıların tıbbi öyküleri ile PMS olma durumlarının karşılaştırılması		32
Tablo 13.	Katılımcıların sağlık tutumları ile PMS olma durumlarının karşılaştırılması		33
Tablo 14.	PMS varlığı ile sigara içme miktarları ve sigara içmeye başlama yaşlarının karşılaştırılması		34
Tablo 15.	Katılımcıların PMS ile ilgili düşüncelerinin değerlendirilmesi		34
Tablo 16.	Katılımcıların düşüncelerinin PMS varlığı ile karşılaştırılması		35
Tablo 17.	Katılımcıların PMS / premenstrüel semptomlar ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi		36
Tablo 18.	Katılımcılarda PMS varlığı ile doktora başvurmaksızın premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemlerini kullanma durumlarının karşılaştırılması		39
Tablo 19.	Katılımcıların doktora başvurmama nedenlerinin PMS varlığına göre değerlendirilmesi		40

Tablo 20.	Katılımcıların PMSÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları	41
Tablo 21.	Katılımcılara ait PMSÖ alt boyutlarının varlığının değerlendirilmesi	41

GRAFİKLER DİZİNİ

		Sayfa No
Grafik 1.	Katılımcıların premenstrüel semptomlarını hafifletmek için bireysel olarak uyguladıkları yöntemlerin sınıflandırılması	37
Grafik 2.	Katılımcıların premenstrüel semptomlar için doktora başvurmaksızın kullandıkları ilaçların sınıflandırılması	38
Grafik 3.	Katılımcıların premenstrüel semptomları için doktora başvurmama nedenlerinin değerlendirilmesi	39

KISALTMALAR

PMS	Premenstrüel sendrom
PMDB	Premenstrüel disforik bozukluk
DSM	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
ICD	International classification of diseases
UCSD	University of California at San Diego
PMSÖ	Premenstrüel sendrom ölçeği
NSAI	Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar
SSRI	Selektif seratonin geri alım inhibitörü
FDA	Food and drug administration
VKI	Vücut kütle indeksi

ÖNSÖZ

Doğurganlık çağındaki kadınların birçoğu premenstrüel semptomlara aşındır. Ancak, bütün kadınların semptomlarının aynı şiddette olmadığı, bazı kadınların tedavi gerektirecek düzeyde semptomları varken, bir kısmının daha hafif, işlevselliğın etkilenmediğı semptomlarla çoğı menstrüel siklusu geçirdiğı de bilinmektedir.

Çalışmamız, premenstrüel sendrom için literatürde yer alan çoğı risk faktörü açısından kadınları sorgulamakta ve kadınların tedavi arayışına girme davranışını incelemeyi amaçlamaktadır. Premenstrüel sendrom, birinci basamak hekimleri tarafından tanı ve tedavisi yapılabilecek bir durumdur ve bu semptomlarla tedavi arayışında olan ya da tedavi arayışında olmasa bile bu durumdan muzdarip olan pek çok kadının birinci basamak hekimleri tarafından görüldüğü de bilinmektedir. Tüm bu nedenlerle çalışma sonuçlarının birinci basamak hekimleri için önemli olabileceğı düşünölmektedir.

Araştırmanın yürütölmesindeki katkılarından dolayı, asistanlığım boyunca desteğini hep hissettiğim, hoşgörüsünü hiçbir zaman eksik etmeyen danışman hocam Doç. Dr. Nilgün Özçakar'a, uzmanlık eğitimim süresince birçok konudaki tecrübesini her zaman cömertçe paylaşmaktan çekinmeyen, ikinci danışman hocam Uzm. Dr. Tolga Günvar'a, asistanlığım boyunca bilgi ve deneyiminden yararlandığım, çalışma disiplinini hep örnek aldığım hocam Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. Dilek Güldal'a, eğitimim süresince olan bütün emeklerinden dolayı Doç. Dr. Vildan Mevsim, Doç Dr. Mehtap Kartal, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım ve Dr. Zafer Şişli'ye, Konak 24 No'lu ASM'de görev yapmakta olan Uzm. Dr. Şehnaz Hatipoğlu'na, tüm asistan arkadaşlarım ve tüm anabilim dalı çalışanlarına, her zaman olduğı gibi bu yorucu süreçte de sevgi ve emeğıyle hep yanımda olan emekli öğretmen annem Ayşe Önal'a ve emekli öğretmen babam İsmail Önal'a teşekkür ederim.

Dr. Burcu ÖNAL

ÖZET

PREMENSTRÜEL SENDROMDA RİSK FAKTÖRLERİNİN VE TEDAVİ ARAMA DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Burcu ÖNAL, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, İnciraltı / İzmir

Amaç: Premenstrüel sendromun (PMS) risk faktörlerinin belirlenmesi ve tedavi arama davranışının araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmamıza Mart-Nisan 2011'de İzmir Hatay'da bir aile sağlığı merkezine başvuran, 15–49 yaş arasında olup, düzenli adet gören 268 kadın katılmıştır. Katılımcılara demografik bilgilerini, PMS için risk faktörlerini ve premenstrüel semptomlar için tedavi arama tutum ve davranışlarını içeren sorular, University of California at San Diego (UCSD) kriterlerini içeren bir anketle birlikte premenstrüel sendrom ölçeği (PMSÖ) yüzyüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. SPSS 15.0 kullanılarak veriler değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak ki kare, fischer's exact test ve t testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: En sık görülen semptomlar UCSD kriterlerine göre irritabilite (%85,4) ve bitkinlik (%79,9) olarak bulunmuştur. PMSÖ'nin alt ölçek puanlarına göre, en çok izlenen alt grupların iştah değişimleri (%69,4) ve şişkinlik (%63,1) olduğu saptanmıştır. PMS'si olanların çoğu evli (%69,5), çocuk sahibi (%73,2), anne (%72,9) / kız kardeşlerinde (%86,8) premenstrüel semptom veya PMS olan, kronik hastalığı olup düzenli ilaç kullanan (%21,3) ve çoğu siklusunda dismenore yaşayan (%39,5) kadınlardır ($p < 0,05$). Katılımcıların %37,7'si semptomların tedavisinin olabileceği düşüncesindeyken, sadece % 4,1'i tedavi almaktadır. Tedavi arayışına girilmemesinde en büyük neden, semptomların normal olarak algılanmasıdır.

Sonuç: PMS'si olan katılımcıların büyük bir kısmı tedavi arayışına girmemektedir. Bu yüzden, birinci basamak hekiminin izlemindeki doğurganlık dönemdeki kadınları premenstrüel semptomlar açısından belirli aralıklarla sorgulaması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: premenstrüel sendrom, risk faktörleri, tedavi arama davranışı

SUMMARY

INVESTIGATION OF RISK FACTORS AND TREATMENT SEEKING BEHAVIOUR IN PREMENSTRUAL SYNDROME

Burcu ÖNAL, MD; Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, İnciraltı / İzmir

Purpose: The aim of this study was to establish the risk factors of premenstrual syndrome (PMS) and treatment seeking behaviour.

Method: Participants of our cross-sectional research were 268 women aged between 15–49 with regular menstruations and applied to a primary health care center in İzmir Hatay between March and April 2011. Demographic characteristics, PMS risk factors, treatment seeking attitudes and behaviors were inquired with a questionnaire, as well as PMS criteria of University of California at San Diego (UCSD) and premenstrual syndrome scale (PMSS). Data were analysed by using SPSS 15.0. Chi square, fisher's exact test and t test were used in analysis. $p < 0,05$ was accepted as significant.

Findings: The most frequent symptoms were irritability (85,4%) and fatigue (79,9%) according to UCSD criteria. Appetite variations (69,4%) and swelling (63,1%) were leading complaints in subscales of PMSS. Most of the women with PMS were married (69,5%), had children (73,2%), experienced dysmenorrhea in most of their cycles (39,5%) and used drugs regularly for chronic diseases (21,3%) ($p < 0,05$). Premenstrual symptoms or PMS were mostly present in their mothers (72,9%) or sisters (86,8%) ($p < 0,05$). While 37,7% of participants thought that their symptoms can be treatable, only 4,1% of them have received treatment. The most frequent reason for not seeking treatment was the perception of symptoms as normal.

Conclusion: The majority of women with PMS have not seeking treatment. Therefore, it will be feasible to monitor women in their reproductive period by their primary care physicians with respect to their premenstrual symptoms regularly.

Key words: premenstrual syndrome, risk factors, treatment seeking behaviour

1. GİRİŞ VE AMAC

Doğurganlık dönemindeki kadınların her ay yaşadıkları menstürel siklus, hipotalamik-pituiter-ovarian aksın etkileşimi ile hedef genital organlarda (endometrium, serviks, vajen) meydana gelen değişimlerin kliniğe yansımadır (1). Menstürel siklus foliküler ve luteal olmak üzere 2 fazda incelenir. Normal bir siklus ortalama olarak 21–35 gün sürmekte, bunun 2–6 gününde kanama olmaktadır ve toplam kan kaybı 20–60 cc kadardır (2).

Erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda anksiyete bozuklukları ve depresyon özellikle kadınların doğurganlık çağında daha yaygındır. Duygudurum bozukluğu olan kadınların büyük bir kısmından psikososyal durumları kadar gonadal ve diğer hormonal farklılıkları da sorumludur. Kadınların doğurganlık dönemi hamilelik, doğum, annelik ve sonrasında menstürel siklusların ve fertilitenin bitişi gibi hormonal dalgalanmaların yaşandığı bir süreç olup bazı kadınlarda bu periyot tedavi gerektirecek kadar şiddetli fiziksel, mental ve kognitif semptomlarla ilişkili olabilir. Bu süreç ile ilişkili olaylar; hamilelik ile ilişkili durumlar, postpartum bozukluklar, premenstrüel bozukluklar ve perimenapozal bozukluklar olarak sıralanabilir. Bu durumların hepsi doğurganlık dönemi ile ilişkili rahatsızlıklar olarak sınıflandırılabilir (3).

Premenstrüel sendrom ve ilişkili problemler dünyada milyonlarca genç kadını etkileyen yaygın bir sorundur (4). Ancak araştırmacıları zorlayan bir takım güçlükler bulunmaktadır. PMS ve PMDB'un doğası konusunda uluslar arası bir konsensus, güncel tanı kriterleri konusunda evrensel bir kabul ve günlük pratikte kullanılacak kriterlerin eksiklikleri bu zorlukların arasında sayılabilir (5). Fikir birliğinin olmayışı araştırmacıların bu konuda çalışmasını engellememeli, aksine farklı ülkelerden birçok kadını etkileyen premenstrüel bozukluklarla ilgili yeni araştırmalar yapmak için teşvik edici olmalıdır. Ülkemizde son yıllarda premenstrüel sendroma, özellikle de tedavi arama davranışının araştırılmasına yönelik çalışmaların azlığı bu konuda çalışma gereğini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada amacımız premenstrüel sendromu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kadınların premenstrüel semptomlara yönelik tedavi arama davranışının ortaya konmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Premenstrüel Sendrom ve İlgili Diğer Kavramların Tanımı

Çoğu kadın premenstrüel semptomlara aşına olduğu halde premenstrüel bozuklukların tanımlaması ve tanı kriterleri ile ilgili net bir konsensüs yoktur (6, 7). Bu durumlar semptomların doğasına ve şiddetine göre sınıflandırılırlar (6). Terminoloji 4 kategoride ele alınabilir (8). Premenstrüel molimina; karın şişkinliği, bulantı, ovulasyon ağrısı, meme hassasiyeti gibi kadınların sikluslarının premenstrüel fazında yaşadıkları semptom, his ve gözlemlerdir. Bu semptomlar minördür, işlevselliği bozmaz ve kişide az sıkıntı yaratır. Premenstrüel sendrom, 1931'den beri doğurganlık çağındaki kadınların fiziksel ve emosyonel semptomlarının bütünü tanımlamak için kullanılan bir terimdir (6). En basit olarak, adetten önceki günlerde (luteal faz) siklik olarak görülen, menstrüasyonun başlamasıyla birlikte sonlanan sonrasında semptomsuz bir intervale (folikuler faz) takip edilen iş ve yaşam biçimini etkileyen fiziksel ve emosyonel semptomlar olarak tanımlanabilir (5, 6, 9, 10). Premenstrüel semptomlar genellikle PMS'ye atfedilir ya da PMS olarak tanımlanır (6, 11, 12). Premenstrüel disforik bozukluk, PMS'nin şiddetli bir formudur ve irritabilite, sinirlilik, gerginlik, duygu-durum değişkenliği ve disfori gibi göze çarpan semptomlarla karakterizedir (9). DSM kriterlerine göre tanımlanır (6,9). PMS ve PMDB üreme çağındaki bir kadının ovaryan siklusuyla ilişkili oluşan semptomlardır. Bu semptomlar kadının menstruel siklusu boyunca menapoz dönemine kadar görülmeye devam eder. Psikiyatristler ve akıl sağlığı ile ilgilenen diğer uzmanlara karşıt olarak çoğu obsterisyen / jinekolog ve diğer kadın sağlığı uzmanları PMS ve PMDB'yi birbirinden ayırmazlar (6). Birçok ruhsal bozukluk (major depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni) veya fiziksel hastalık (migren, astım, epilepsi gibi) premenstrüel dönemde şiddetlenir, buna premenstrüel alevlenme denir (8, 13). Bu durumu yaşayan kadınların semptomları bütün bir siklus boyunca devam eder (13).

2.2. Epidemiyoloji

Premenstrüel disforik bozukluk ve premenstrüel sendromların prevalansı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar tanı kriterleri ve metodolojiye bağlı olarak karışık sonuçlar ortaya koymuştur (14, 15). Kabul edilmiş bir tanımın eksikliği prevalansın

incelenmesini ve tedavilerin etkinliğini değerlendirmeyi güçleştirmektedir (7). Mutlak dahil etme kriterlerinin yokluğundan ötürü nüfusun PMS prevalansı abartılmıştır (16). Gerçek prevalansı saptamak zordur çünkü semptomlar çok çeşitlidir. Çeşitli kaynaklarda PMS için 150–200 civarında semptom olduğu belirtilmektedir (6, 17, 18) ve bunları değerlendirmek güçtür. Yayımlanan çalışmalar ile ilgili başka bir sorun da davranışların menstrüasyonla ilişkisinin sıklıkla retrospektif olarak sorgulanmasından kaynaklanan hastaların subjektif önyargılarının (bazı kadınların aslında menstrüasyonla ilgili problemler yaşamamalarına rağmen bunları yaşadıklarına inanmaları gibi) olmasıdır. Yine tartışılan başka bir konu bazı kültürlerde kadınların ve erkeklerin premenstrüel dönemde semptomların olacağına dair inançlarının artırılması (koşullandırılmaları) ve somatik ve affektif semptomların beklenen bir durum olduğunun öğretilmesidir (14, 19).

Hastalara genel premenstrüel semptomlarla ilgili sorular sorarak inceleme yapan araştırmacılar en yüksek prevalansı bulmuşlardır. Farklı kaynaklara göre kadınların yaklaşık olarak %50-90'i hafiften şiddetliye değişen derecelerde en azından bir ya da birkaç premenstrüel semptom deneyimlerler (10, 14–16, 20–24). Daha net kriterler uygulandığında prevalans düşer (14). Sıklık, ülkemizde ve yurt dışında, doğurganlık çağındaki bütün kadınlarda çalışıldığı gibi, yetişkin ve adolesan gibi farklı yaş gruplarında da çalışılmıştır (25–30). Kesin PMS/PMDB prevalansı bilinmemektedir (18). Ayrıca çoğu toplum kökenli araştırma Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olup, Avrupa ve Asya'da çok sınırlı sayıda araştırma yürütülmüştür (26). Elde olan bilgilere göre, menstrüasyon gören kadınların %40'ı luteal fazda rahatsızlık veren semptomları deneyimler, %25 için bu semptomlar sıkıntı verici olsa da işlevselliğini etkilemez, %10-15'in semptomları şiddetlidir ve bu grubun içindeki %3-5'lik küçük bir grubun günlük hayatının bir ya da daha fazla alanında yitim olmaktadır (31). Başka yayınlara göre; yaklaşık olarak %70–90 arasında kadın sikluslarının premenstrüel fazında rahatsızlık yaşamaktadır, bu grubun da ortalama %20-40'ı PMS iken, toplam nüfusun yaklaşık %3-8'i PMDB olarak sınıflanır (18, 23, 32). Amerikalı 20'li yaşların sonları, otuzlu yaşların başlarındaki kadınlarda ise prevalans %19 ila %30 arasında değişmektedir (12).

İspanya'da yakın zamanda kohort olarak 15–49 yaş arasındaki 2108 kadında yapılan bir çalışmada katılımcıların %73,7'si 12 menstürel siklus boyunca

premenstrüel semptomlardan şikâyetçi olmuşken, katılımcıların %91'i yapılan tek semptomdan söz etmiştir. %8,9'nda orta şiddette/şiddetli PMS bulunan katılımcıların %1,1'i PMDB kriterlerini karşılamaktadır (27).

Amerikalı ve Avrupalı kadınların sadece %3-8'i premenstrüel disforik bozukluk kriterlerini karşılar (5). Ancak adet öncesi yakınmaları raporlama açısından etnik kökenler arasında belirgin farklar mevcut olduğu bilgisi de bulunmaktadır. 1972'de retrospektif anketleri kullanarak Kafkas-Amerikan, Apaçi, Yunan, Japon, Nijeryalı ve Türk kadınlarda yapılan bir çalışmada hem şiddet hem prevalans açısından en yüksek grup Türk ve Nijeryalı kadınlarda bulunmuşken, Japon kadınların semptom prevalansı en düşük ve Amerikalı beyaz kadınların ise semptom şiddeti ve prevalansı açısından ortalama bir paternde oldukları izlenmiştir. Kültürel farklılıklar premenstrüel semptomların görece prevalansında da gözlenmiştir. 1994'te yayınlanan bir çalışmada Amerikan, İtalyan ve Bahreynli kadınların en az %30'unun premenstrüel semptom yaşadığı fakat irritabilite ve duygudurum değişikliklerinin en fazla Amerikalı kadınlarda, şişkinlik ve meme hassasiyetinin en fazla İtalyan kadınlarda gözlemlendiği bildirilmiştir (33). Göçmen nüfusu fazla bir ülke olan Avustralya'da değişik etnik gruplardan 130 kadından oluşan bir örnekleme ise premenstrüel semptomlar karşılaştırılmıştır. Kadınların %69'unun premenstrüel semptomlardan şikâyetçi olup, Yunan ve Avustralyalı kadınlarda premenstrüel semptomlar %80 iken, Vietnamlı kadınlarda bu oran %42 civarında saptanmıştır. Türk, Yunan ve Vietnamlı kadınların çoğu premenstrüel şikâyeti somatik iken, Avustralyalı kadınların %60'ının ve İtalyan kadınların %53'ü psikolojik ve davranışsal semptomlardan şikâyetçi olduğu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde merkezi bir şehir popülasyonunda yapılan başka bir çalışmaya göre ise Afrikalı Amerikalılarda, İspanyollarda ve beyaz ırkta semptom sıklığı benzer olarak bulunmasına rağmen İspanyollarda premenstrüel irritabiliteye daha az rastlanmış ve İspanyolların PMS'yi 'normal' olarak değerlendirme sıklıkları daha fazla olarak bulunmuştur. 1152 Japon kadın ile 508 Kanadalı kadının benzer bir protokolle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada Kanadalı kadınlardaki şiddetli premenstrüel semptom oranı %21 ve premenstrüel disforik bozukluk oranı %5 iken, Japon kadınlarda ılımlıdan şiddetliye semptom oranı %5, PMDB oranı ise %1 olarak bulunmuştur (15). Sonuç olarak Asyalı kadınlarda PMDB

ve şiddetli premenstrüel bozukluk prevalansı daha düşük olarak yorumlansa da (15) ırksal farklılığın olmadığını söyleyen kaynaklar da mevcuttur (34).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda da farklı prevalanslar bulunmuştur. Manisa ilindeki prevalansı araştıran bir çalışmada 15–49 yaş grubu kadınlarda şiddetli PMS oranı %6,1 iken, orta şiddetli ve şiddetli PMS oranı %40,3 olarak bulunmuştur (25). Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada PMS prevalansı %67,5 olarak saptanmıştır (35). Ordu’da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada ise PMS prevalansı %49,7 olarak saptanmıştır (36). Sağlık çalışanlarında PMS insidansını araştıran başka bir çalışmada ise 19–49 yaş grubu kadınların % 20.1’inde PMS, %91.7 kadında ise premenstrüel dönemde az veya çok semptom olduğu bulunmuştur (37). PMDB prevalansını araştıran başka bir çalışmada 18–25 yaş arasındaki 230 yükseköğretim öğrencisinde PMDB prevalansı %8 olarak bulunmuştur (38).

2.3. Tarihçe

Affektif bozukluklarla menstürel siklus arasındaki bağlantı ile ilişkili ilk gözlem 1800’lü yıllardan önce Hipokrat tarafından yapılmıştır (12, 39). 1847’de Dr.Ernst F.Von Feuchtersleben adetlerle ilişkili duygudurum bozukluklarıyla ilgili bir tanımlama yapmıştır. Amerikan nörolog Dr. Robert Frank 1931’de New York Tıp Akademisi’nde az sayıda kadının premenstrüel dönemde yaşadıkları duygudurum bozukluklarına ilişkin ‘premenstrüel gerginlik’ (premenstrual tension) terimini kullanmıştır (12, 39). Dr Frank, PMS’yi ilk kez tanımlayan kişi olarak anılmaktadır (9). Dr. Leon Israel 1938’de ‘premenstrüel gerginlik’ terimini kullanan ilk jinekologtur. 1953’te ise Dalton ve Green ‘premenstrüel sendrom’ terimini ilk kez ortaya koymuş ve bu durumu tedavi etmek için İngiltere’de ilk kliniği kurmuşlardır (9, 12, 39). 1970’lerde Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde sınıflandırma yapılmaya kadar PMS ile premenstrüel gerginlik sendromu eş anlamlı olarak kullanılmıştır, daha sonra ‘PMS’ terimi standart olarak kullanılmaya başlanmıştır. PMS, 1980’lerin başlarında 30 ve 37 yaşlarında cinayet ile suçlanan iki kadının savunmasında başarı ile kullanılınca dünyanın dikkatini tekrar üzerine çekmiştir (39). 1982’de Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD tanı kodu verilmiştir. 1983’te Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) PMS tanı kriterlerini sunmuştur. 1987’de Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından geç luteal faz disforik

bozukluğu (LLDD) PMS'nin şiddetli formu olarak ayırt edilmiştir. DSM'nin üçüncü baskısının ekinde LLDD tanı kriterleri sunulmuştur. DSM'nin dördüncü baskısında başka yerde sınıflandırılmayan duygudurum bozuklukları başlığı altında ise LLDD yerine premenstrüel disforik bozukluk (premenstrual dysphoric disorder=PMDD) geçmiştir. 2000 yılında Amerikalı Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji (ACOG), ICD terminolojisini değiştirmeden PMDB' den ayrı tutarak PMS için tanı ve tedavi kılavuzunu yayınlamıştır (12).

2.4. Etiyoloji

PMS'nin kesin etiolojisi halen bilinmemektedir fakat santral nörotransmitterler ve seks steroidleri arasındaki etkileşim en çok kabul gören teoridir. Endorfin, γ -aminobütirik (GABA) ve serotonini içeren nörotransmitterlerdeki değişiklikler sorumlu tutulmaktadır ve PMS/PMDB'li kadınların normal siklik hormonal dalgalanmalara daha duyarlı oldukları gözlenmiştir (9, 18, 20, 40). PMS semptomlarının doğrudan luteal fazdaki endokrin olayların sonucu olarak oluşmadığı, ovaryan steroid hormon düzeylerindeki normal siklik değişikliklere anormal bir cevabın yansımaları olarak oluştuğu bildirilmektedir (9). Bazı kaynaklarda PMS'li kadınlarda PMS'li olmayan kadınlara göre daha düşük midsiklus ve luteal faz serum β -endorfin seviyeleri gözlenmiştir (9) olsa da, semptomatik kadınlarda salınan endorfinlerin farklılığına ilişkin kanıtlar tutarlı değildir (18, 40). PMS/PMDB'li kadınların GABA reseptör kompleksi cevabında değişiklik olabileceği düşünülmektedir (18, 40). Serotonin PMDB'li kadınlarda en çok çalışılan nörotransmitterdir (40). Luteal fazda azalmış serotonerjik fonksiyon ile serotonerjik disregulasyon en makul teoridir. Şu anki bilgilerimize göre; PMS ve PMDB, ovaryan steroid hormonların siklik değişikliklerinin santral nörotransmitter mekanizmaları ve serotonin üzerindeki anormal ya da abartılı etkisi sonucu oluşmaktadır. Ancak bütün kadınlar SSRI tedavisinden yarar görmemektedir (18).

Seks steroidleri, östrojen, progesteron ve testosteron seviyeleri normaldir fakat PMS'li kadınlar dalgalanmalara karşı açıktırlar. Bu durum kısmen serotonin ile ilişkili olabilir. PMS ile prolaktin, büyüme hormonu, tiroid hormon, adrenal aktivite, luteinizan hormon, folikül stimule edici hormon, antidiüretik hormon, insulin, aldosteron, renin-anjiyotensin ve kortizol arasındaki ilişkiye ilişkin bir kanıt yoktur. PMS'li kadınlarda

vitamin eksikliklerini açıklama çabaları da başarısız olmuştur. Çinko, vitamin A, vitamin E, tiamin, magnezyum ve piridoksin sorumlu tutulmaktadır fakat dokümente edilmemiştir ve veriler tutarsız bilimsel kanıtlar göstermektedir (18).

2.5. Klinik

Hem premenstrüel sendrom hem de premenstrüel disforik bozukluğun semptomları menstruel siklusun luteal fazında görülür (28 günlük bir siklusta 14–28.günler) ve menstrüasyon başladıktan sonra 2–3 gün içinde yatıştır (6). Bazı kaynaklara göre 150'den (17), bazı kaynaklara göre de 200'den (6, 18) fazla semptom PMS'ye atfedilmiştir; Az sayıda kadın premenstrüel dönemde iyi hissetme durumu gibi pozitif semptomlar yaşasa da, çok daha sık olanı ev, iş ve okul yaşantısını da etkileyen negatif semptomlardır. PMS ile ilgili en yaygın görülen semptomlar Tablo 1'de gösterilmiştir (7).

Tablo 1. Sık görülen PMS semptomları

Fiziksel	Davranışsal	Ruhsal
Ödem	Uyku sorunları	İrritabilite
Meme hassasiyeti	İştah değişiklikleri	Duygudurum esneklikleri
Ağrı	Konsantrasyon düşüklüğü	Endişe / Gerginlik
Başağrısı	İlgi azlığı	Depresyon
Abdominal distansiyon/ Ağırlık artışı	Sosyal çekilme	Kontrol dışı hissetme

Tablo 1'de söz edilen semptomlar, PMS tedavisi için yardım arayan kadınların en sık bildirdiği semptomlardır (7). Kadınların bir kısmı semptomları her siklusun birkaç günü yaşarken, diğer kısım her ayın yaklaşık yarısında etkilenir. Semptomlar genellikle menstrüasyona 6 gün kala şiddetlenmekte, 2 gün kala ise en şiddetli halini almaktadır (41, 42). Semptomların ekspresyonu aydan aya farklılık göstermez, tutarlı olma eğilimindedir (43). PMS/PMDB kadınların doğurganlık dönemi boyunca görülmele birlikte, yardım arayışında olan kadınların çoğu 30 yaşın üzerindedir (31). PMS, pubertede, hamilelik sonrasında, doğum kontrol hapının bırakılmasından sonra, unilateral ooferektomi sonrasında olduğu gibi hormonal ani ve büyük

değişikliklerin yaşandığı dönemlerde başlama ya da şiddetini arttırma eğilimindedir (44).

2.6. Tanısal Yaklaşım

Premenstrüel sendromların uzun zamandır farkında olunmasına rağmen, klinik olarak anlamlı PMS için tanım ve tanı kriterleri için konsensusa ulaşma konusunda oldukça fazla zorluk yaşanmaktadır (7). Kesin PMS/PMDB tanısı aşağıdakileri içeren kriterlere bağlıdır:

- 1- PMS/PMDB için spesifik semptom
- 2- Semptomların luteal fazda görülmesi
- 3- Kadının yaşantısını bozacak kadar şiddetli semptom
- 4- Hormon ya da madde alımı yokluğu ve diğer tanıların dışlanması

PMS tanısı için en sık olarak San Diego Kaliforniya Üniversitesi (UCSD) tanı kriterleri, PMDB için ise Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-4 kriterleri kullanılır (17). PMS tanısı için kullanılan diğer tanı kriterleri, Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) ve Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) geliştirdiği kriterlerdir (10). Tablo 2'de UCSD ve NIMH (10), Tablo 3.'te ACOG kriterleri (6) tanımlanmıştır.

Tablo 2. PMS için San Diego Kaliforniya Üniversitesi (UCSD) ve Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tanı kriterleri

San Diego Kaliforniya Üniversitesi Tanı Kriterleri

Geçmiş 3 siklusun her birinde menslerden 5 gün önce aşağıdaki affektif ve somatik semptomların en az biri:

Affektif semptomlar: depresyon, sinir patlaması, irritabilite, anksiyete, konfüzyon, sosyal çekilme

Somatik semptomlar: meme hassasiyeti, abdominal distansiyon, baş ağrısı, ekstremitelerde ödem

Semptomlar menstürel siklusun 4.gününden 13.gününe kadar görülmez

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü Tanı Kriterleri

Menstrüasyon başlamadan önceki 6 günlük interval, siklusun 5 ila 10.günleri ile karşılaştırıldığında premenstrüel sendrom semptom şiddetinde %30 artış ve

Bu değişikliklerin en az 2 ardışık siklus boyunca semptom günlüğü ile dokümente edilmesi

Daha güncel bazı kaynaklarda UCSD kriterlerinde, affektif semptomlardan anksiyete yerine, bitkinlik kullanılmaktadır (9, 17). UCSD kriterleri için, farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ve alkol kullanımı olmaksızın görülmesi gereklidir. Ayrıca sosyal ve ekonomik performansında aşağıdakileri içeren gözlemlenebilir disfonksiyon olmalıdır (17):

- İlişkide partner tarafından doğrulanan anlaşmazlık
- Ebeveyn ilişkisinde güçlük
- Kötü okul ya da iş performansı, devamsızlık ya da yavaşlık
- Sosyal izolasyonda artış
- Yasal sorunlar
- İntihar düşüncesi
- Somatik semptomlar için tedavi arama girişimi

Tablo 3. PMS için Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG) tanı kriterleri

Adetten önceki 5 gün içinde affektif ve somatik semptomlardan en az birer şikâyet olmalıdır. Semptomlar ardışık 3 siklus boyunca görülmelidir.
Affektif: Depresyon, sinir patlaması, irritabilite, anksiyete, konfuzyon, sosyal çekilme Somatik: Meme hassasiyeti, karın şişliği, baş ağrısı, ekstremitelerde ödem
Semptomlar aşağıdaki kriterleri içermelidir: <ul style="list-style-type: none">➤ Mensin başlangıcından itibaren 4 gün içinde rahatlama, siklusun 13.gününe kadar tekrarlamama➤ Farmakolojik tedavi, hormon alımı, madde ya da alkol kullanımı olmaksızın görülmesi➤ Sosyal veya ekonomik performansta gözlemlenebilir fonksiyon kaybına yol açması➤ 2 siklus boyunca prospektif olarak tutulan kayıtlarda tekrarladığının gözlemlenmesi

ACOG kriterleri için birçok kaynakta hem affektif hem somatik semptomların gerekliliği ifade edilirken (6, 12, 18), bir kaynakta tek bir semptomun yeterli olacağı belirtilmektedir (45).

Dünya Sağlık Örgütü, premenstrüel gerginlik sendromu tanısını genitoüriner sistem hastalıkları içinde sınıflandırmıştır ve ICD 10 tanı kodu 94.3 'tür (46). ICD 10'a göre PMS tanısı için premenstrüel evrede şu 7 semptomdan birinin olması yeterlidir: Minör psikolojik rahatsızlık, şişkinlik ya da ağırlık artışı, meme hassasiyeti, kas gerginliği, sancı ve ağrı, konsantrasyon düşüklüğü ve iştahta değişiklik (47). Prospektif izlem ve sosyal hayatta kayıp gerektirmez (40). Birinci basamak uluslar arası sınıflandırılmasının 2.baskısında-ICPC-2-R (International classification of primary care-2-revised) premenstrüel gerginlik sendromu olarak ifade edilen tanı kadın genital sistemi içinde X89 tanı kodu ile yer almaktadır. Premenstrüel semptom/şikayet için X09 ile ayrı bir tanı kodu belirtilmiştir (48). ICPC-2-R'e göre premenstrüel gerginlik sendromu tanısı için menstürel siklusa sıralanan semptomlardan en az ikisinin siklik olarak meydana gelmesi yeterlidir. Bu semptomlar: ödem, meme hassasiyeti/şişkinliği, baş ağrısı, irritabilite, duyu durum değişiklikleri olarak ifade edilmiştir (48). Premenstrüel disforik bozukluk DSM 4'e göre tanı kriterleri ise şunlardır: Son yıl içindeki çoğu siklusa, luteal fazın son haftasında sıralanan semptomlardan en biri ilk 4 maddeden olmak üzere, en az 5 semptom bulunmuştur, foliküler fazın başında azalmıştır ve adetten sonraki haftada belirtiler tamamen geçmiştir: 1-depresif duygudurum 2-anksiyete 3-ruh halinde ani değişkenlik 4-irritabilite 5-ilgi azalması 6-konsantrasyon güçlüğü 7-kolay yorulma 8-iştah değişimi 9-uyku bozukluğu 10-bunalma / denetim dışı olma hissi 11-meme hassasiyeti, baş ağrısı, eklem ya da kas ağrısı, şişkinlik hissi, kilo alma gibi fiziksel semptomlar. Ayrıca bu durum işlevselliği etkilemeli (iş, okul ya da diğer etkinlikler), başka bir psikiyatrik bozukluğun alevlenmesi şeklinde açıklanamalı ve bu gözlemler en az 2 ardışık siklus boyunca prospektif izleme günlük olarak kaydedilmelidir (49).

PMS veya PMDB'den şüphelenildiğinde hastalar premenstrüel semptom günlüğü konusunda bilgilendirilmeli ve birkaç ay siklustan siklusa olan varyasyon gözlemlenmelidir (10). PMS ile PMDB karşılaştırıldığında, UCSD kriterlerinin PMS tanısı için hem fiziksel hem affektif semptom gerektirdiği, PMDB tanısı için DSM 4'ün fiziksel semptomu ihtiyaç duymadığı görülmektedir. Ayrıca PMDB'nin başka bir psikiyatrik bozuklukla üst üste binebileceği fakat bu bozuklukların semptomlarının alevlenmesi olarak açıklanamayacağı, ancak UCSD kriterlerine göre PMS tanısının

sadece eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalık yokluğunda konabileceği belirtilmektedir (9, 17, 21).

PMS'nin şiddetinin aktarımında, subjektif olarak yorumlandığı için, kişinin karakteri, toleransı ve 'şiddet' kavramının kendisine göre ifadesi rol oynar. Şiddetin değerlendirilmesi konusunda bir konsensus yoktur (5, 50, 51). Üç farklı şiddette değerlendirilebileceği literatürde belirtilmektedir: hafif şiddette kişisel, sosyal ya da profesyonel hayatı etkilemezken orta derecede etkilenim olsa bile kişi işini sürdürebilir, şiddetli formunda ise kişi, sosyal hayattan ve profesyonel aktivitelerden izole olacak şekilde etkilenmiştir (52).

Premenstrüel disforik bozukluk, hiper ya da hipotiroidizm gibi medikal durumların yanında, altta yatan major psikiyatrik bozukluğun alevlenmesinden de ayırt edilmelidir. Migren, kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu gibi bazı durumlar menstrüasyonlardan önce ya da menstrüasyonlar sırasında alevlenir. Ancak semptomlar tipik PMS semptomlarından farklıdır ve zamanlaması da genellikle luteal fazla sınırlı değildir (17).

2.7. PMS için Risk Faktörleri

2.7.1. Yaş

Geçmişte, sosyodemografik faktörler ile PMS/PMDB ilişkisini inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır (26). Literatürde yaş ile birlikte (30'lu yaşlardan sonra) premenstrüel sendrom sıklığının da arttığı bildirilmesine karşın premenstrüel sendromun 14 yaş civarından (yaklaşık olarak menarştan 2 yıl sonra) başlayarak menapoz dönemine kadar (yaklaşık olarak 51 yaş civarı) her yaşta görülebileceğine vurgu yapılmaktadır (23). Semptomların yaş arttıkça stabil mi kaldığı, yoksa yaşla birlikte şiddetlerinin mi arttığı bilinmemektedir (53).

2.7.2. Eğitim düzeyi, çalışma durumu ve yaşama alanı

Düşük eğitim düzeyi olan ve çalışmayan kadınlarda PMS'nin anlamlı olarak yüksek çıktığı çalışmalar olduğu gibi (26), eğitim düzeyine göre farklılık gözlenmeyen (54) ya da yüksek eğitim düzeyindekilerde PMS semptomlarının fazla görüldüğünü bildiren literatür de mevcuttur (55, 56). Premenstrüel sendromu, kentlerde ya da

kırsal alanda yaşayanlarla karşılaştıran çalışmaların bazılarında kırsal bölgelerde yaşayanlarda PMS'nin fazla görüldüğüne dair sonuçlar bulunurken (57), bazılarında anlamlı fark bulunmamıştır (56).

2.7.3. Medeni durum

Evli olanlarla olmayanların karşılaştırıldığı çalışmaların bazılarında anlamlı sonuçlar bulunmazken (37, 58), evli olmayanlarda PMS'nin fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (25).

2.7.4. Parite ve çocuk sayısı

Az sayıda hamilelik yaşayan kadınlarda PMS'nin fazla görüldüğü bildirilmekle birlikte (40), çocuk sayısı ile PMS ilişkisinin incelendiği, anlamlı sonuçlara ulaşılamayan araştırmalar da mevcuttur (37).

2.7.5. Genetik faktörler

Annesinde PMS olanlarda riskin attığı bildirilmektedir (18,59). İkizlerle yapılan çalışmalarda PMS açısından monozigotik ikizlerdeki uyum, dizigotik ikizlere göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (18). Fin adolesan kızlarla yapılan bir çalışmada da annelerinde premenstrüel gerginlik olan kızların PMS'den daha çok yakındığı sonucuna varılmıştır (60).

2.7.6. Menstrüasyon ile ilişkili faktörler

Dismenore şiddetiyle PMS semptomlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada, dismenore skorları yüksek olanlarda premenstrüel semptomlar anlamlı olarak fazla görülmekteyken (61), başka bir çalışmada da her ay dismenoresi olanlarda PMS, hiç olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek oranda görülmektedir (37). Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada menstrüel siklus uzunluğu, menstrüasyon süresi uzunluğu, menstrüasyon miktarı, dismenore ile PMS ilişkisi değerlendirilmiş; sadece dismenore ile PMS ilişkisinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Aynı çalışmada menarş yaşı ile PMS arasında da ilişki saptanmamıştır (36). Menarş yaşı ile PMS arasındaki ilişkiyi değerlendiren diğer çalışmaların bazılarında menarş yaşı küçük olanlarda PMS görülme sıklığının arttığı yönünde veriler varken (37, 57),

bazılarında ilişki saptanmamıştır (62). Nijeryalı öğrenciler arasında yapılan çalışmada siklus uzunluğu ve menstrüasyon uzunluğu ve PMS ilişkisi de değerlendirilmiş, menstrüasyon süresi uzun olanlarda PMDB riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (62).

2.7.7. Sağlık tutumu

Yüksek vücut kütle indeksi çeşitli çalışmalarda risk faktörü olarak gösterilmiştir (42, 63, 64). Sigara içiminin de risk faktörü olduğu gösterilmiştir (65, 66). Özellikle adolesan ve genç ergenlikte içiliyorsa PMS için daha riskli olduğu ifade edilmektedir (65). Alkol tüketiminin premenstrüel sendrom gelişimi ile çok ilişkili olmadığı ancak erken yaşta başlamanın ve yüksek miktarlarda içmenin riski az da olsa arttıracığı belirtilmektedir (67). Kafein tüketimi ve PMS ilişkisi de çeşitli araştırmalarda incelenmiş olup, kafein tüketimi ile PMS varlığı ve/veya şiddeti arasındaki ilişki çeşitli araştırmalar tarafından gösterilmiştir (68–70). Çin’de hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir araştırmada çay ile PMS ilişkisi incelenmiş ve doz bağımlı olarak premenstrüel sendromla ilişkisi ortaya konmuştur (71). Ancak, kafein tüketimi ile PMS arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (72).

2.7.8. Tıbbi öykü

PMDB’lu kadınların yaklaşık %70’i psikiyatrik öykü geçmişi bulunmaktadır (40). Postpartum dönem de PMDB gelişimi için duyarlı bir dönemdir (73). Premenstrüel sendrom, minör ve major postnatal depresyon için bağımsız bir risk faktörüdür (74).

2.8. Tedavi

Premenstrüel sendromun tedavisinde, semptomları iyileştirmek ya da ortadan kaldırmak, aktivitelerdeki ya da kişiler arası ilişkilerdeki etkilerini azaltmak amaçlanmaktadır (10). Bunun yanında tedavi seçilirken 2 prensip göz önünde bulundurulmalıdır. İlk olarak PMS kronik bir problemdir ve semptomların menopoza sona ermesi kadar beklenmez; dolayısıyla tedavi tercihlerini belirlerken yan etkiler ve maliyet göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca kadınlar semptomları farklı şiddette yaşadıkları için tedavi yoğunluğu semptomların derecesine göre belirlenmelidir (34). Çok sayıda tedavi stratejisi olmasına rağmen, bunların az bir kısmı randomize

kontrollü çalışmalarla kanıtlanmıştır. Ayrıca araştırmaların bulgularının uygulanması klinik çalışmalardaki dahil edilme kriterlerinin ve sonuçların değişkenliğinden zor olmaktadır (10).

Başlangıç tedavisi olarak bütün hastalara nonfarmakolojik tedavi önerilmelidir. Farmakolojik tedavi ısrarcı semptomları olan hastalara ve PMDB'li hastalara önerilmelidir. Hastaların büyük bir kısmı PMDB'de de ilk olarak yaşam tarzı değişikliklerini tercih eder (10, 75).

2.8.1. Nonfarmakolojik tedavi

2.8.1.1. Hasta eğitimi: Hastalığın biyolojik temeli ve prevalansı hakkında bilgilendirilen kadınların kontrol duygusunun arttığı ve semptomlarının rahatladığı bilinmektedir (10). Sağlık personeli hastayla iletişim halinde ise semptomlarda azalma ile birlikte, hastaların daha çok tatmin olduğu bildirilmektedir (76).

2.8.1.2. Destekleyici tedavi: Kesin olarak değerlendirilmese de, destekleyici tedavinin yüksek plasebo yanıt oranlarıyla uygun olabileceği belirtilmektedir (10). Bazı çalışmaların sonuçlarına göre bilişsel davranışçı terapinin yararı gösterilerek güvenilir kaynaklarca önerilse de (6, 10, 77, 78), son yıllarda yapılan bir derlemeye göre bilişsel davranışçı terapinin PMS tedavisindeki yeri hakkında henüz yeterli kanıt bulunmadığı ve yeni araştırmalara gereksinim olduğu ifade edilmektedir (79).

2.8.1.3. Diyet ve ilişkili faktörler: PMS ve PMDB tedavisi için, sodyum kısıtlaması, şişkinlik ve meme hassasiyetini azaltabilmek için önerilmektedir. Kafein kısıtlaması ise, premenstrüel irritabilite ve insomina ilişkisi açısından tavsiye edilmektedir. Ancak bu önerileri göstermek için çok az kanıt bulunmaktadır (33). Kompleks karbonhidrat miktarını arttırmak, alkol ve yağ miktarını azaltmak diğer diyet önerileri arasındadır. Sigarayı bırakmak da öneriler arasındadır (75, 77). Son yıllarda yapılan bir çalışmada ise yağ alımı iştah artışı ve şişkinlikle ters ilişkili bulunmuşken, lif alımı meme ağrısı ile pozitif ilişkili bulunmuştur (80).

Vitaminler (A, E, B6), kalsiyum, magnezyum, çuha çiçeği yağı ve vitex agnus castus çalışılan diğer diyet önerileri arasındadır. B6 vitamini tedavide sık kullanılmasına rağmen etkisi konusunda net kanıt yoktur (81). Yapılan çalışmaların zayıf kalitesi kullanımını sınırlandırmaktadır ve kesin sonuçlara ulaşmayı

güçleştirmektedir (6, 10, 82). Sınırlı sayıda çalışma günlük 50–100 mg B6 vitaminin yararlı olabileceğini belirtmektedir (83, 84). Bu yüzden B6 vitamini PMS'li kadınlara rutin olarak önerilmez (10). A vitamini ile yapılan çalışmalar kullanımını önermemektedirken, luteal fazda günlük 400 IU E vitamini takviyesi affektif ve fiziksel semptomlar için önerilmektedir (10, 82). PMS tedavisi için çalışılan diyet önerilerinden en ikna edici olanı kalsiyumdur (85). Günlük ortalama 1000/1200 mg kalsiyum takviyesi birçok kaynakta yaklaşık olarak bütün semptomlar için önerilmektedir (4, 10, 82, 86), başka bir çalışmanın sonucu olarak üç ay boyunca kalsiyum tedavisi alanlarda erken yorgunluk, iştah değişiklikleri ve depresif durum kalsiyum tedavisi ile düzelmiştir (87). Magnezyum takviyesinin bazı çalışmalarla sıvı retansiyonunu azalttığı gösterilse de (88), PMS / PMDB tedavisinde önerilmez (10, 89). Yapılan çalışmalarda çuha çiçeği yağının (evening primrose oil) meme hassasiyeti olan kadınlarda hafif iyileşme sağladığı belirtilse de PMS'de yararı sınırlıdır ve önerilmemektedir (10, 82, 89, 90). Hayıt ağacının (Vitex agnus castus) meyvesi olan hayıt, en çok çalışılan tamamlayıcı tedavidir ancak kalite kontrollü standardize preparatların eksikliği sorun olmaktadır (81). Plasebo-kontrollü, çift kör ve randomize olarak planlanan ve prospektif olarak 170 kadının değerlendirildiği bir çalışmada vitex agnus castus sinirlilik, irritabilite, baş ağrısı ve meme dolgunluğunu gidermede plaseboya göre anlamlı olarak üstün bulunmuştur (91). Çin'de yakın zamanda yayınlanan başka bir randomize kontrollü çalışmada vitex agnus castus orta şiddetli ve şiddetli PMS'de plaseboya göre anlamlı olarak etkili bulunmuştur (92). Yine Çin'de yapılan başka bir randomize kontrollü çalışmada vitex agnus castus orta şiddetli ve şiddetli PMS'de etkili ve güvenilir bulunmuştur (93). Ancak bitkisel içerikli ilaçlar kullanılırken, FDA tarafından düzenlemelerinin yapılmadığı akılda tutulmalıdır (82).

2.8.1.4. Egzersiz: Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'ne göre, epidemiyolojik ve kısa süreli prospektif çalışmalarda aerobik egzersiz yapan kadınlarda daha az semptom görüldüğü tespit edilmiştir (10). Ancak yakın tarihli yayınlanan derlemelerde egzersizin etkisini kanıtlamak için daha kaliteli çalışmalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (94, 95).

2.8.2. Farmakolojik tedavi

PMS için farmakolojik tedavi tablo 4'te özetlenmiştir (10).

FDA tarafından önerilen SSRI'lar: fluoksetin, sertralin ve paroksetindir (6, 53, 55). Halen tam olarak anlaşılamayan sebeplerden ötürü, depresyon tedavisinde terapötik etkinlik için 2–4 hafta gerekli iken, PMDB tedavisi için SSRI'ların sürekli ya da sadece luteal fazda kullanılmalarının etkinliği sağlayacağı belirtilmektedir (55). Aralıklı tedavi yan etkilerin görülme insidansını da azaltmaktadır. Ayrıca SSRI'lar ile plaseboya göre üstünlüğü olan tedavi etkisi üç tedavi siklusundan sonra ortaya çıkmakla birlikte, altı tedavi siklusundan sonra ek yarar gözlenmemektedir (96).

Oral kontraseptiflerin kullanımı dismenoreyi, menstrüel kanamanın yoğunluğunu ve süresini azaltır. Premenstrüel semptomlar sıklıkla ovulatuvar sikluslarda görüldüğü için, ovulasyonun inhibisyonu semptomları azaltmakta ya da elimine etmektedir. Oral kontraseptifleri kullanırken kadınlar hormonsuz dönemde semptomatik oldukları için, seçilen tedavi stratejisinin hormonsuz dönemi kısaltılması ya da elimine edilmesi gerekmektedir. Ovulasyonu inhibe eden hormonal kontraseptif yöntemlerin tümü kadınlarda benzer şekilde rahatlama sağlamaktadır (6). Ancak oral kontraseptiflerin fiziksel semptomları yatıştırabilecekleri gibi alevlendirebilecekleri, ayrıca ruhsal semptomlar üzerine de pozitif etkilerinin olmadığı da belirtilmektedir (10).

Tablo 4. PMS tedavisinde sık kullanılan ilaçlar

İlaç sınıfı	Doz	Tavsiyeler	Yan etkiler
SSRI			
Fluoksetin	10- 20 mg/gün	PMDB tedavisinde ilk tercih	Insomnia, uyuşukluk, bitkinlik, mide bulantısı, sinirlilik,
Sertralin	50- 150 mg/gün		baş ağrısı, hafif tremor, seksüel disfonksiyon
Paroksetin	10- 30 mg/gün	PMS ve PMDB'nin fiziksel ve davranışsal semptomlarını azaltmada belirgin etkili.	
Fluvoksamin	25- 50 mg/gün		
Sitalopram	20- 40mg/gün	Aralıklı tedavi için luteal fazda uygulanır	
Diüretikler			
Spiranolakton	Luteal fazda 25–100 mg /gün	Abdominal distansiyonu ve meme hassasiyetini azaltmada belirgin etkili	Antiöstrojenik etkiler, hiperkalemi
NSAI			
Naproksen sodyum	275–550 mg, günde 2 kez	Meme hassasiyeti hariç diğer fiziksel semptomları azaltmada etkili Bütün NSAI' ler kullanılabilir	Mide bulantısı, gastrik ülser, renal disfonksiyon Önceden gastrointestinal ya da renal hastalığı olanlarda dikkatli kullanılmalı

Tablo 4. PMS tedavisinde sık kullanılan ilaçlar (devam)

Androjenler			
Danazol	100–400 mg, günde 2 kez	Luteal fazda alındığında mastaljiyi azaltmada kısmen etkili Yan etkilerinden ve maliyetinden ötürü sürekli tedavi önerilmemektedir	Kilo artışı, meme boyutunun küçülmesi, ses kalınlaşması Karaciğer fonksiyonları ve lipid profilini takip edilmelidir
GnRH Agonistleri			
Löprolid	Her ay 3.75 mg, IM veya üç ayda bir 11.25 mg, IM	Fiziksel ve davranışsal semptomları azaltmada kısmen etkili Özellikle uzun dönem kullanımında yan etki ve maliyet kullanımını sınırlar, bu durumda östrojen ve/veya progesteron eklenmelidir.	
Goserelin	Her ay 3.6 mg SC veya üç ayda bir 10.8 mg SC		
Nafarelin	Günde 2 kez 200–400 mcg, intranazal		
Histrelin	Günlük kg başına 10 mcg, SC		

2.9. Premenstrüel Rahatsızlıkların Bireysel ve Toplumsal Yükü

Premenstrüel rahatsızlıkların yüksek prevalansı ve kadınların hayat kalitesine negatif etkisi hastalar ve doktorları için sürekli bir endişe kaynağı olmuştur. Bu rahatsızlıkların hayat kalitesine etkisinin direk ve indirek ekonomik sonuçları olmaktadır. Direk maliyetler doktor başvuruları (uzman sevkleri de dâhil), laboratuvar testleri ve tedavileri kapsarken, indirek maliyeti hesaplamak daha güç olup işteki üretkenlik kaybı ve devamsızlıkla ilişkilendirilebilir (23).

18–45 yaş arasındaki kadınlarda kohort olarak planlanan bir çalışmanın sonucu olarak PMS 'li kadınlarda yaşam kalitesi ölçeğinde hem fiziksel hem mental skorlar anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada tanı alan kadınlarda iş üretkenliği, hobilerden uzaklaşma ve sağlıkla ilişkili nedenlerle iş devamsızlığı anlamlı olarak yüksektir. Ayrıca PMS'li kadınların ayaktan tedavi merkezlerine çok daha sık başvurdukları ve bunun da maliyetleri oldukça yükselttiği bulunmuştur (97). Yakın tarihli bir derlemede ekonomik yükün direk olarak sağlık hizmeti maliyetinden çok, kadınların kendilerinin ifade ettiği üretkenlik azalışı ile ilişkili olduğu da bildirilmektedir. PMDB'li kadınların sağlık birimlerini daha çok ziyaret ettiklerini belirttikleri de aynı derlemede vurgulanmaktadır. Geçmiş yıllarda yapılan başka bir çalışmanın sonucuna göre fonksiyon kaybı ile en çok ilişkili semptomlar anksiyete, irritabilite ve duygudurum değişkenliği olarak bulunmuştur (53).

Yapılan yaklaşık bir hesaba göre; PMDB'nin başlangıç yaşı olarak 14 alındığında ve menopoz olarak 51 yaş kabul edildiğinde bir kadın ortalama 481 siklus yaşamaktadır. Ortalama 2 hamilelik ve postpartum dönemleri çıkarıldığında kalan 459 siklusta ortalama 6,1 gün şiddetli premenstrüel semptomlarla geçireceği düşünülürse, 2800 gün / 7.671 yıl edeceği ve hastalık yükü buradan hesaplanabilir. Ancak PMS/PMDB'nin potansiyel etkisinin farkındalığındaki eksikliğin sonucu olarak, PMS Dünya Sağlık Örgütü ile yapılandırılan ve hastalıkların global yüklerini inceleyen en büyük çalışmada 483 kısıtlayıcı hastalık içinde yer almamaktadır (14).

2.10 Premenstrüel Semptomlarla Tedavi Arayışının Araştırılması

Birçok kadın premenstrüel sendrom nedeni ile her yıl birinci basamağa başvurmaktadır (98) ve premenstrüel sendromu olan pek çok kadın da genellikle birinci basamakta görülmektedir (91). Kadınların premenstrüel semptomlarla ilişkili

olarak yardım arayışlarını araştıran pek çok çalışmada, tedavi arayışında olan kadınların çoğunda psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu vurgulanmakta ve bu kadınların suisid risklerinin de fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca tedavi arayışında olan kadınlarda anlık psikiyatrik bozukluk riski de fazla olup değerlendirmenin dikkatlice yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (28). Önceki yıllarda yapılan araştırmalarda premenstrüel problemlerden şikâyetçi olan ve tedavi arayışında olan kadınların psikiyatrik hastalardan daha çok premenstrüel şikâyet bildirdiğine de dikkat çekilmektedir (99).

Robinson ve arkadaşlarının doğurganlık yaş grubundaki kadınlarda yaptığı bir çalışmanın sonucuna göre; katılımcıların sadece %15,7'si PMS tedavisi almışken, bu grubun çoğunluğu jinekolog tarafından görülmüştür. Çalışmada bir kadının tedavi arayışına girmesi için öncelikle bir problemi olduğunun farkında olması gerektiği ve hastaların kendilerinin belirttiği şiddetin tedavi arama davranışı ile korelasyon gösterdiği bildirilmiştir. Yaşı fazla olanların, çoğu siklusta semptomatik olanların, semptom şiddetini kendisi belirtenlerin, sağlık hizmetlerini daha çok kullananların ve premenstrüel sendrom ile ilgili daha az negatif tutumu olanların daha çok tedavi arayışında oldukları sonucuna varılmıştır. Kadınların semptom şiddetini saklamaya eğilimli olduğu ve tedavi alma konusunda da isteksiz oldukları da vurgulanmaktadır (100).

İspanya'da 15–49 yaş grubunda yapılan ve çok yakın bir tarihte yayınlanan bir makalede, PMDB olan kadınların %88,9'unun semptomlarını normal olarak gördüğü için tedavi arayışına girmedikleri vurgulanmıştır. Tedavi alan kadınlarda medikal olarak en çok hormonal kontraseptiflerin tercih edildiği, bunu analjeziklerin izlediği ve onu da antiinflamatuvar ajanların takip ettiği belirtilmektedir. Tedavi arayışında olan kadınların %20'sine doktorlar tarafından tedavi önerilmemiş, önemsiz olduğu ve semptomların spontan olarak gerileyeceği belirtilmişken; %12'sine sadece yaşam tarzı değişikliği önerilmiştir. Sonuç olarak PMS ve PMDB'den muzdarip olan kadınların çoğunun tedavi arayışına girmediği, tedavi arayışında olanların da taleplerine yeterli yanıt bulamadıkları belirtilmiştir (101).

Tedavi arama davranışına yönelik Malezya'da adolesanlarda yapılan bir çalışma katılımcıların %34'u premenstrüel sendromu duyduğunu ifade etmişken, PMS olduğunu ifade edenlerin sadece % 24,5'i doktor arayışına girmiştir. Aynı

grubun %60,5'i semptomları için hiçbir şey yapmazken, %14,7'si kalsiyum, B vitamini, çuha çiçeği yağı gibi yardımcı tedavileri, %8'i de geleneksel bitkisel tedaviyi tercih etmiştir (102).

Kadınların PMS ile ilgili olan algılarını araştırmaya yönelik kalitatif olarak yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre kadınlar, genel pratisyenlerin cinsiyet ayırt etmeksizin PMS'yi anlamadıklarını ve aile planlaması merkezi gibi kadın-merkezli servislerde çalışan doktorların daha yardımcı olduklarını düşünmektedirler. Ayrıca aynı çalışmada kadınların siklusun tamamına bir bütün olarak baktıkları, menstrüel ve premenstrüel deneyimleri ayırt etme kaygısı taşımadıkları da ortaya çıkmıştır (98).

Türkiye'de doğurganlık çağındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların stres düzeylerini azaltmak için müzik dinlemek, derin nefes almak, ev dışında vakit geçirmek gibi aktiviteler yaptıkları fakat bunların streslerini azaltmada çok da etkili olmadığı belirtilmiştir (103). Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır.

3.GEREC VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmamız kesitsel tipte planlanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 29.09.2010 tarihinde, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.03.2011 tarihinde gerekli izinler alınmıştır.

3.2. Araştırma Örnekleme

Araştırma, Hatay 24 Nolu ASM' deki rastgele seçilen bir doktora kayıtlı hastalar ile Mart-Nisan 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ayrıca bir örneklem oluşturulmamıştır. Araştırmaya doğurganlık çağındaki kadınlardan oluşan 268 kişi katılmış olup, 15–49 yaş grubunda, düzenli adet gören kadınlar dâhil edilmiştir. Çalışmanın dışlama kriterleri ise şunlardır:

- 1- Tanılı psikiyatrik hastalığı olan ve tedavi gören kadınlar
- 2- Geçmiş 3 siklus boyunca adet görmeyi engelleyecek herhangi bir durum varlığı (TAH+BSO, gebelik, lohusalık gibi)
- 3- Soruları sağlıklı yanıtlamayı engelleyecek herhangi bir hastalık varlığı

3.3. Araştırma Uygulaması

Araştırma için, bütün katılımcılara araştırmacı tarafından oluşturulan, demografik veriler, PMS için risk faktörlerinin sorgulaması ve premenstrüel semptomlar için tedavi arama, tutum ve davranışlarına yönelik 30 soruluk bir anket, UCSD kriterlerinden oluşan 19 soru ve 44 soruluk PMSÖ ölçeği olmak üzere toplam 94 soru, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Kafein tüketimi tüm katılımcılar arasında; çay için çay bardağı, türk kahvesi için fincan, neskafe için kulplu bardak, çikolata için 80mg'lık paketler, kola için kulplu bardak açısından sorgulanıp literatür doğrultusunda miligrama çevrilmiştir (104, 105). UCSD kriterleri açısından sorgulama sırasında, A grubu soruların ilk altısında affektif semptomlar, geri kalan dördünde fiziksel semptomlar; B grubu sorularda semptomların luteal fazla sınırlı olup olmadığı ve C grubu sorularda işlevselliğin etkinip etkilenmediği sorgulanmıştır. A grubu soruların ilk 6'sından en az biri ve kalan 4 sorudan en az biri; B grubu sorulardan ilkinde evet, ikincisine hayır yanıtı ve C grubu sorulardan en az birine evet yanıtı

verenler premenstrüel sendrom olarak değerlendirilmiştir. Bütün sorular aynı araştırmacı tarafından yöneltilmiş, bütün anketlerde anlaşılamayan bir soru olması durumunda ankete yazılan dışında araştırmacı tarafından ayrıntılı olarak açıklama yapılmıştır. Bir katılımcının sorulara yanıt verme süresi ortalama 25 dakikadır.

Premenstrüel sendrom ölçeği; 1982 yılında Halbreich ve Edincott tarafından geliştirilen, 1994 yılında Dereboy ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilip geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmış premenstrüel değerlendirme formu baz alınarak, Gençdoğan tarafından hazırlanıp geçerlik, güvenilirlik çalışmaları yapılan bir ölçektir. Premenstrüel değerlendirme formunun 95 soruluk olmasından kaynaklanan uygulama ve değerlendirme zorluğu sebebiyle geliştirilmiştir. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi bir ölçektir. PMSÖ'nün uygulaması, ölçeğin başında da belirtildiği gibi, madde okunduktan sonra bu durumun 'adetten bir hafta önceki sürede olma' durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme ile yapılmaktadır. Ölçeğin puanlamasında, 'hiç' seçeneği 1 puan, 'çok az' seçeneği 2 puan, 'bazen' seçeneği 3 puan, 'sık sık' seçeneği 4 puan ve 'sürekli' seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1.Depresif duygulanım 2.Anksiyete 3.Yorgunluk 4.Sinirlilik 5.Depresif düşünceler 6.Ağrı 7.İştah değişimleri 8.Uyku değişimleri 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan 'PMSÖ Toplam Puanı' elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilme yapılmaktadır. PMSÖ'den alınan toplam ve alt ölçek puanlarının %50'sini geçme durumuna göre PMS'nin varlığı ya da yokluğundan söz edilmektedir (106).

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için SPSS for Windows 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma ile ki kare, fisher's exact test ve t testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. **BULGULAR**

Araştırma Balçova 24 No'lu ASM'de rastgele seçilen bir hekime kayıtlı 15–49 yaş grubu içindeki kadınlardan dışlama kriterlerini karşılamayan 268 kadınla tamamlanmıştır. Katılımcılar arasında bulunan PMS sıklığı %61,2'dir. Üç katılımcıda hiçbir premenstrüel semptomla rastlanmazken, dokuz katılımcı tek premenstrüel semptom ifade etmiştir. Katılımcıların ekonomik durumları açısından ise kendi algıları sorgulanmıştır. Demografik özellikler tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların demografik özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş grupları		
15–24	52	19,4
25–34	80	29,9
35 yaş ve üzeri	136	50,7
Öğrenim Durumu		
İlkokul	42	15,7
Ortaokul	22	8,2
Lise	92	34,3
Yüksekokul	75	28,0
Halen okuyan	37	13,8
Medeni durum		
Evli	165	61,6
Bekâr	74	27,6
Boşanmış/Dul	29	10,8
Çocuk sayısı		
Yok	87	32,5
1 çocuk	82	30,6
2 çocuk	85	31,7
3 çocuk	14	5,2

Tablo 5. Katılımcıların demografik özellikleri (devam)

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenci	42	15,7
Ev hanımı	103	38,4
İşçi	38	14,2
Memur	61	22,8
Sağlık çalışanı	8	3,0
Serbest meslek	10	3,7
Emekli	6	2,2
Ekonomik durum		
İyi	48	17,9
Orta	202	75,4
Kötü	18	6,7

Araştırmamızda katılımcılara ait tıbbi öykü sorgulamasına ilişkin bulgular tablo 6'da verilmiştir. Fiziksel hastalık, hem kronik hastalık olarak (hipotiroidi, lomber disk hernisi, alerjik rinit, hipertansiyon, hiperlipidemi, glokom, talasemi taşıyıcılığı, migren, epilepsi, KOAH, crohn, çölyak, astım, aritmi), hem de demir eksikliği anemisi gibi kronik olmasa da premenstrüel semptomları etkileyebileceği düşünülen hastalıklar açısından sorgulanmıştır. Fiziksel hastalığı olan hastalar için, UCSD kriterleri doğrultusunda luteal faza ilişkin semptom sorgulaması, uyarıcı olması açısından önemlidir. Katılımcılara ait menarş yaşı ortalaması ise $13,01 \pm 1,209$ (Min 10-Max 17)'dir.

Tablo 6. Katılımcıların tıbbi öyküsü

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	32	11,9
	Yok	236	88,1
Eş zamanlı fiziksel hastalık	Var	64	23,9
	Yok	204	76,1
Düzenli ilaç kullanımı	Var	46	17,2
	Yok	222	82,8

Katılımcıların sağlık tutumlarına ilişkin özellikler tablo 7’de verilmiştir. Kontraseptif yöntemler içinde, bütün hormonal kontraseptif yöntemler ayrı seçeneklerde sorgulanmış, hormonal olmayan yöntemler ‘diğer’ seçeneği ile verilmiştir. Katılımcılar içinde hormonal yöntem kullananların tamamı oral kontraseptif kullanmaktadır.

Tablo 7. Katılımcıların sağlık tutumu

Korunma yöntemi kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	159	59,4
Hormonal yöntemler (oral kontraseptif)	20	7,5
Hormonal olmayan yöntemler	139	51,9
Hayır	109	40,7
VKI		
<18,5	23	8,6
18,50–24,99	150	56,0
25,00–29,99	65	24,3
≥ 30,00	30	11,2
Alkol tüketimi		
Var	23	8,6
Yok	245	91,4
Sigara tüketimi		
Var	86	32,1
Yok	182	67,9

Tablo 8’de, katılımcıların haftalık kafein tüketim miktarları ve PMS ilişkisi değerlendirilmiştir. Katılımcıların tükettikleri kafein miktarları ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların haftalık tükettikleri kafein miktarları ve PMS ile ilişkisi

Haftalık kafein tüketim miktarı *	Ortalama	SS	Min.	Max.	p
Kola	42,50	79,12028	0,00	560,00	0,752
Çikolata	31,74	45,88591	0,00	280,00	0,832
Çay	568,65	592,07616	0,00	2850,00	0,868
Neskafe	294,02	503,50996	0,00	2400,00	0,633
Türk kahvesi	418,97	517,94083	0,00	2380,00	0,503
Toplam	1355,90	936,27188	0,00	4200,00	0,978

* Kafein miktarı 'mg' cinsinden yaklaşık olarak değerlendirilmiştir.

Tüm katılımcılara ait premenstrüel semptomlar UCSD kriterleri ile sorgulanmış ve bulgular tablo 9’da verilmiştir. En sık görülen semptom irritabilite olup, bunu sırasıyla bitkinlik, abdominal distansiyon, sinir patlaması ve meme hassasiyeti izlemektedir.

Tablo 9. Katılımcıların UCSD kriterlerine göre premenstrüel semptom sıklıkları

Premenstrüel semptom sıklığı	n (%)
A1.Depresyon	161 (60,1)
A2.Sinir patlaması	205 (76,5)
A3.İrritabilite	229 (85,4)
A4.Konfüzyon	88 (32,8)
A5.Sosyal çekilme	109 (40,7)
A6.Bitkinlik	214 (79,9)
A7.Meme hassasiyeti	184 (68,7)
A8.Abdominal distansiyon	213 (79,5)
A9.Baş ağrısı	140 (52,2)
A10.Ekstremite şişliği	44 (16,4)

Tablo 10'da Katılımcıların demografik özellikleri ile PMS durumları karşılaştırılmıştır. PMS'si olan kadınların % 69,5'i evli olup, istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca PMS'si olan kadınların % 73,2'sinin çocuğu vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 10. Katılımcıların demografik verileri ile PMS varlığının karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Yaş grubu	15–24	26 (15,9)	26 (25,0)	0,067
	25–34	56 (34,1)	24 (23,1)	
	35–49	82 (50,0)	54 (51,9)	
Öğrenim durumu	İlkokul	24 (14,6)	18 (17,3)	0,857
	Ortaokul	15 (9,1)	7 (6,7)	
	Lise	59 (36,0)	33 (31,7)	
	Yüksekokul	44 (26,8)	31 (29,8)	
	Halen okuyor	22 (13,4)	15 (14,4)	
Medeni durum	Evli	114 (69,5)	51 (49,0)	0,003
	Bekâr	37 (22,6)	37 (35,6)	
	Boşanmış/dul	13 (7,9)	16 (15,4)	
Çocuk varlığı	Var	120 (73,2)	61 (58,7)	0,016
	Yok	44 (26,8)	43 (41,3)	
Meslek	Ev hanımı	71 (43,3)	32 (30,8)	0,053
	Çalışan/Öğrenci	93 (56,7)	72 (69,2)	
Ekonomik durum	İyi	30 (18,3)	18 (17,3)	0,979
	Orta	123 (75)	79 (76)	
	Kötü	11 (6,7)	7 (6,7)	

Tablo 11’de katılımcılarda PMS varlığı ve anne, kız kardeşlerinde PMS tanısı / premenstrüel semptom olma durumu karşılaştırılmıştır. Buna göre, PMS’si olan kadınların %72,9’unun annelerinde PMS / premenstrüel semptomlar vardır ve PMS’si olmayanlar ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde, PMS’si olan katılımcıların %86,8’inin kız kardeşinde de PMS / premenstrüel semptom vardır ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 11. Katılımcıların anne ve kızkardeşlerinde PMS / premenstrüel semptom olma durumunun değerlendirilmesi

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Annede PMS tanısı/semptomları	Var	62 (72,9)	24 (32,9)	0,000
	Yok	23 (27,1)	49 (67,1)	
Kız kardeşte PMS tanısı/semptomları	Var	79 (86,8)	31 (50,8)	0,000
	Yok	12 (13,2)	30 (49,2)	

Tablo 12’de katılımcılara ait daha önceden geçirilmiş ruhsal hastalık varlığı, araştırmanın yapıldığı anda olan fiziksel hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımının varlığı, menarş yaşı ve dismenore varlığı, PMS olma durumu ile karşılaştırılmıştır. Düzenli ilaç kullanımı ile PMS olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,030). PMS’si olan kadınların %39,5’i menstrüasyonları sırasında çoğu zaman dismenore yaşamaktadırlar ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.017).

Tablo 12. Katılımcıların tıbbi öyküleri ile PMS olma durumlarının karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Ruhsal hastalık öyküsü	Var	25 (15,2)	7 (6,7)	0,052
	Yok	139 (84,8)	97 (93,3)	
Eş zamanlı fiziksel hastalık	Var	46 (28,0)	18 (17,3)	0,056
	Yok	118 (72,0)	86 (82,7)	
Düzenli ilaç kullanımı	Var	35 (21,3)	11 (10,6)	0,030
	Yok	129 (78,7)	93 (89,4)	
Menarş yaşı	≤ 12	61 (37,2)	34 (32,7)	0,513
	> 12	103 (62,8)	70 (67,3)	
Dismenore	Çoğu zaman	64 (39,5)	26 (25,2)	0,017
	Bazen ya da nadiren	98 (60,5)	77 (74,8)	

Tablo 13'te katılımcıların sağlık tutumları ile ilişkili olarak kontraseptif yöntem kullanma durumu, VKI, alkol ve sigara kullanma durumları ile PMS ilişkisi yer almaktadır. VKI için; < 18,5 zayıf, 18,50–24,99 normal, 25–29,99 preobez (fazla kilolu), ≥ 30 obez kabul edilmiştir (107). Katılımcıların sağlık tutumları ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Oral kontraseptif kullanan katılımcılar arasında iki kişi, progesteron olarak drospirenon içerikli, 24+4 tablet formülasyonu olan oral kontraseptif kullanmaktadır.

Tablo 13. Katılımcıların sağlık tutumları ile PMS olma durumlarının karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Kontraseptif yöntem kullanma durumu	Oral kontraseptif kullananlar	11 (6,7)	9 (8,7)	0,635
	Hormonal olmayan yöntemler kullananlar ve kontraseptif yöntem kullanmayanlar	153 (93,3)	95 (91,3)	
BMI	Zayıf - normal	102 (62,2)	71 (68,3)	0,359
	Kilolu - obez	62 (37,8)	33 (31,7)	
Alkol tüketimi	Var	16 (9,8)	7 (6,7)	0,504
	Yok	148 (90,2)	97 (93,3)	
Sigara tüketimi	Var	59 (36,0)	27 (26,0)	0,107
	Yok	105 (64,0)	77 (74,0)	

Tablo 14'te katılımcıların içtikleri sigara miktarları ve sigara içmeye başladıkları yaşlar ile PMS olma durumları karşılaştırılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10–24 yaş arası genç insanlar olarak kabul edildiği için, hastalar buna göre gruplandırılmıştır (108). Katılımcıların sigara içme miktarları ve sigaraya başlama yaşları ile PMS olma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Alkol içen katılımcı sayısı az olduğu için, miktar ve başlama yaşları ile ilişkili olarak değerlendirme yapılmamıştır. Bağımlılık yapıcı madde kullanan katılımcı bulunmamaktadır.

Tablo 14. PMS varlığı ile sigara içme miktarları ve sigara içmeye başlama yaşlarının karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Günlük içilen sigara miktarı	< 10 tane/gün	26 (44,1)	9 (33,3)	0,626
	10–19 tane/gün	23 (39,0)	12 (44,4)	
	≥ 20 tane/gün	10 (16,9)	6 (22,2)	
Sigara içmeye başlama yaşı	≤ 24 yaş	53 (89,8)	21 (77,8)	0,181
	> 25 yaş	6 (10,2)	6 (22,2)	

Tablo 15'te katılımcıların premenstrüel sendrom ile ilgili düşüncelerine yer verilmiştir. Son sorunun net doğru bir cevabı olmasından çok katılımcıların ne düşündüğü öğrenilmeye çalışılmıştır.

Tablo15. Katılımcıların PMS ile ilgili düşüncelerinin değerlendirilmesi

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Bu şikâyetlerinizin tedavi edilebilen bir durum olabileceğini düşündünüz mü?	101 (37,7)	167 (62,3)
Adet öncesi şikâyetler çoğu kadında vardır	266 (99,3)	2 (0,7)
Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olsa bile tedavisi olmadığından doktora başvurmak gereksizdir	71 (26,5)	197 (73,5)
Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olmasa bile doktora başvurulmalıdır	124 (46,3)	144 (53,7)

Tablo 16’da katılımcıların PMS’ye ilişkin düşünceleri PMS varlığı ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Buna göre, PMS’si olan ve olmayan grupta tedavi düşüncesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. PMS’si olan katılımcıların %32,3’ü ‘Adet öncesi şikâyetler şiddetli olsa bile tedavisi olmadığı için doktora başvurmak gereksizdir’ cümlesini ‘doğru’ olarak yorumlarken, PMS’si olmayan katılımcıların %17,3’ü bu düşüncededir (p=0.007).

Tablo 16. Katılımcıların düşüncelerinin PMS varlığı ile karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
‘Adet öncesi şikâyetlerinizin tedavi edilebilen bir durum olabileceğini düşündünüz mü?’	evet	56 (34,1)	45 (43,3)	0,155
	hayır	108 (65,9)	59 (56,7)	
‘Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olsa bile tedavisi olmadığı için doktora başvurmak gereksizdir.’	doğru	53 (32,3)	18 (17,3)	0,007
	yanlış	111 (67,7)	86 (82,7)	
‘Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olmasa bile doktora başvurulmalıdır’	doğru	68 (41,5)	56 (53,8)	0,059
	yanlış	96 (58,5)	48 (46,2)	

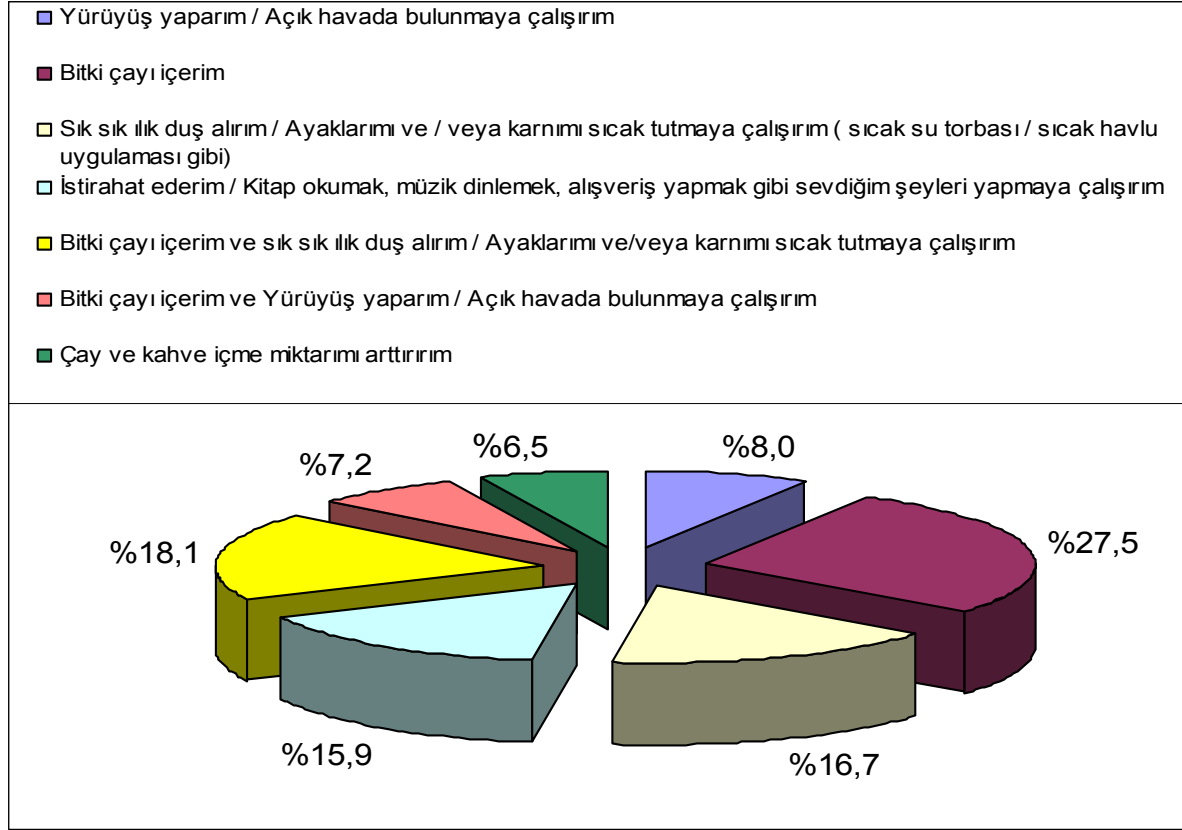
Tablo 17’de tüm katılımcıların premenstrüel sendrom / premenstrüel semptomlarla ilgili tutumları değerlendirilmiştir. İlaç kullanma, diğer premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemlerinden ayrı olarak değerlendirilmiştir. Premenstrüel şikâyetleri için doktora başvurular 11 kişidir. Onbir kişinin içinde, doktor önerisinden yarar gördüğünü ifade eden 9 katılımcı bulunmaktadır. Dokuz katılımcıdan dört katılımcıya SSRI, bir katılımcıya çuha çiçeği yağı, bir katılımcıya SSRI, çuha çiçeği yağı ve egzersiz, bir katılımcıya egzersiz, bir katılımcıya hidroksizin hidroklorür önerilmiştir. Bir katılımcı ise semptomlarının ilaç tedavisi gerektirmediği ifade edildiği için doktor başvurusundan yarar gördüğünü ifade etmiştir. Doktor başvurusundan yarar görmediğini belirten katılımcılardan biri öneriyi hatırlamazken, diğer katılımcıya NSAİ reçete edilmiştir. Katılımcıların %51,5’i doktora gitmeden önce ya da doktora hiç gitmeden bireysel olarak semptomlarına iyi geldiğini düşündükleri yöntemleri uygulamaktadırlar.

Tablo 17. Katılımcıların PMS / premenstrüel semptomlar ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi

	Evet n (%)	Hayır n (%)
Adet öncesi dönemdeki şikâyetleriniz için doktora başvurduğunuz mu?	11 (4,1)	257 (95,9)
Doktora başvurmadan (önce) kendiniz bir şey yapmayı denediniz mi? Kendinizin uyguladığı yöntemler var mı?	138 (51,5)	130 (48,5)
Adet öncesi dönemdeki şikâyetleriniz için doktora başvurmadan ilaç kullandınız mı?	106 (39,6)	162 (60,4)

Grafik 1’de, bireysel olarak semptomlarını hafifletme yöntemlerini kullanan 138 katılımcının kullandıkları yöntemlerin sınıflandırılması yapılmıştır.

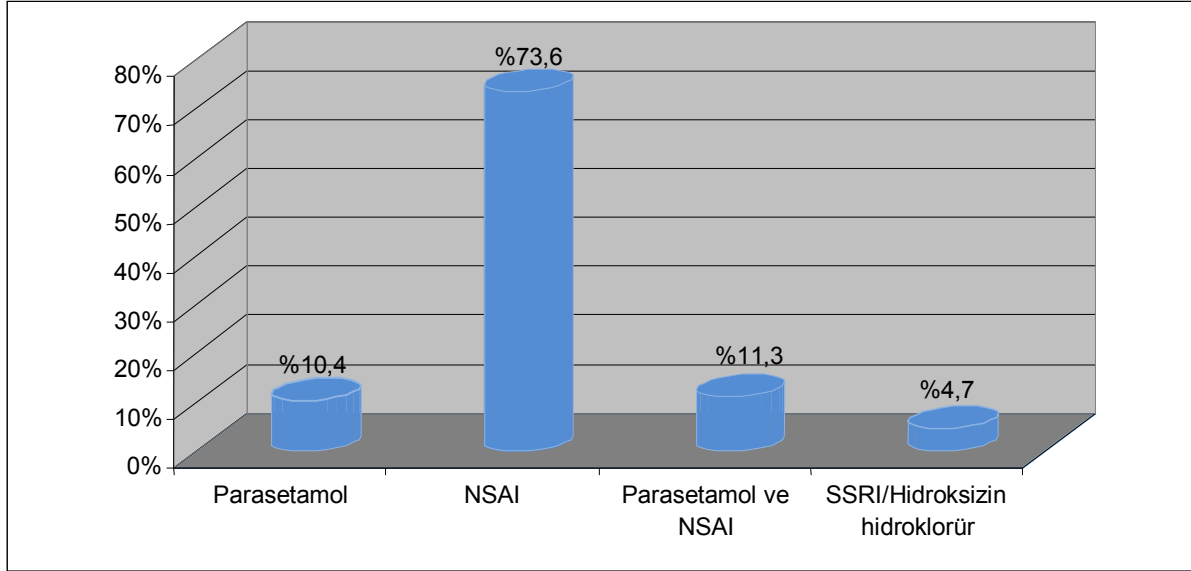
Grafik 1. Katılımcıların premenstrüel semptomlarını hafifletmek için bireysel olarak uyguladıkları yöntemlerin sınıflandırılması



Katılımcıların semptomlarını hafifletmek için bireysel olarak uyguladıkları yöntemler ile PMS olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,927$).

Katılımcıların %39,6'sı premenstrüel dönemde doktora başvurmaksızın kendisi ilaç kullanmaktadır. Bu ilaçların sınıflandırılması grafik 2'de gösterilmektedir.

Grafik 2. Katılımcıların premenstrüel semptomlar için doktora başvurmaksızın kullandıkları ilaçların sınıflandırılması



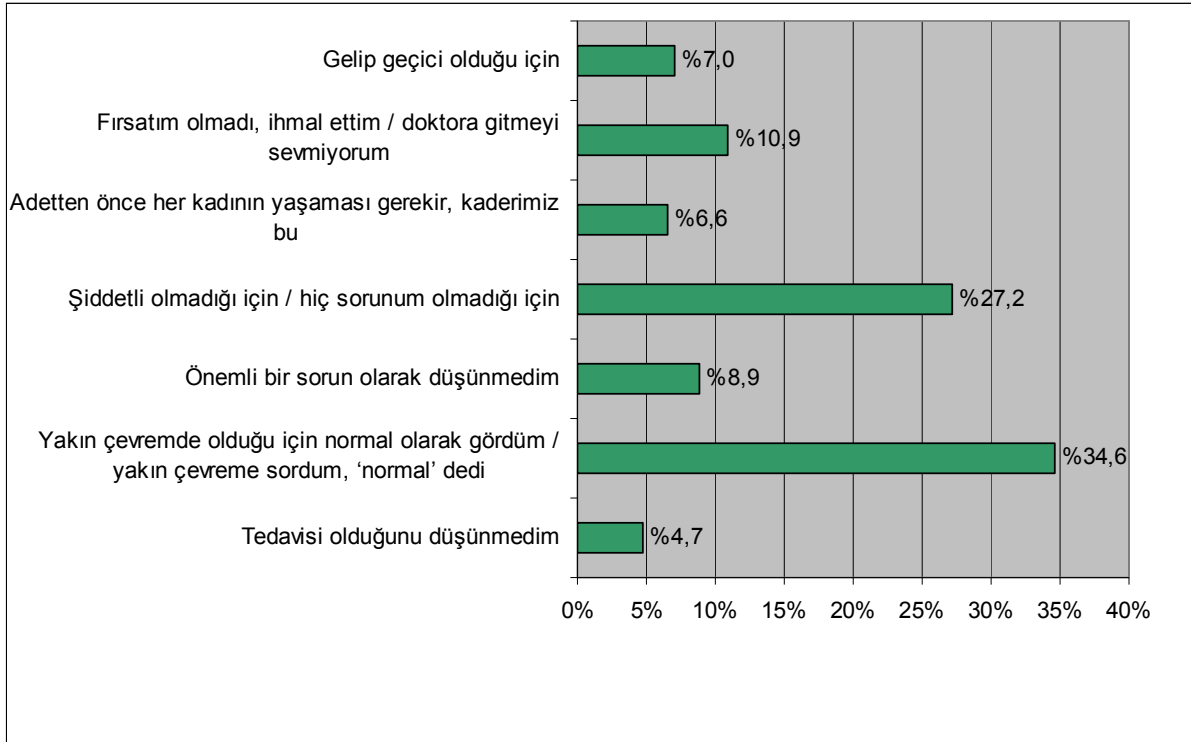
Tablo 18'de katılımcıların doktora başvurmaksızın premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemlerinin PMS olma durumları ile karşılaştırılması görülmektedir. PMS'si olan katılımcıların %47,6'sı semptomlarını hafifletmek amaçlı doktor başvurusu olmaksızın ilaç kullanırken, PMS'si olmayanların %26,9'u aynı amaçla ilaç kullanmaktadır. Buna göre, PMS'si olan katılımcılar PMS'si olmayan katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla doktor başvurusu olmaksızın ilaç kullanmaktadırlar ($p=0.001$). Aynı şekilde; PMS'si olan katılımcılar, olmayanlara göre daha fazla premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemleri uygulamaktadırlar ($p=0.000$).

Tablo 18. Katılımcılarda PMS varlığı ile doktora başvurmaksızın premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemlerini kullanma durumlarının karşılaştırılması

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Doktora başvurmaksızın ilaç kullanımı	var	78 (47,6)	28 (26,9)	0,001
	yok	86 (52,4)	76 (73,1)	
Doktora başvurmaksızın premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemleri kullanma (ilaç kullanma dışında)	var	99 (60,4)	39 (37,5)	0,000
	yok	65 (39,6)	65 (62,5)	

Grafik 3'de katılımcıların premenstrüel semptomları için doktora başvurmama nedenleri değerlendirilmiştir.

Grafik 3. Katılımcıların premenstrüel semptomları için doktora başvurmama nedenlerinin değerlendirilmesi



Grafik 3'de verilen nedenler, tablo 19'da premenstrüel sendromu olan ve olmayan hastalar ile karşılaştırılarak gruplandırılmıştır. Buna göre, premenstrüel sendromu olmayan hastaların %58,8'i 'semptomlarım şiddetli olmadığı için / hiç sorunum olmadığı için doktora başvurmadım' yanıtını vermektedir.

Tablo 19. Katılımcıların doktora başvurmama nedenlerinin PMS varlığına göre değerlendirilmesi

		PMS n (%)		p
		Var	Yok	
Doktora başvurmama nedenleri	Tedavisi olduğunu düşünmedim/adetten önce her kadının yaşaması gerekir, kaderimiz bu	21 (13,6)	7 (6,9)	0,000
	Yakın çevrede olduğu için normal olarak gördüm/yakın çevreye sordum 'normal' dedi	71 (46,1)	18 (17,6)	
	Önemli bir sorun olarak düşünmedim	17 (11,0)	6 (5,9)	
	Şiddetli olmadığı için/hiç sorunum olmadığı için	10 (6,5)	60 (58,8)	
	Fırsatım olmadı, ihmal ettim, doktora gitmeyi sevmiyorum/gelip geçici olduğu için	35 (22,7)	11 (10,8)	

Tablo 20’de tüm katılımcılara ait PMSÖ’nin alt boyutlarının ortalamaları verilmiştir. Alt boyutlardan alınan puan toplam puanın % 50’sini geçme durumuna göre alt boyut semptomlarının varlığından söz edilmektedir. Tablo 21’de alt boyutların varlığına ilişkin yüzdeler verilmiştir. En çok izlenen alt grup iştah değişimleri iken, bunu sırasıyla şişkinlik, sinirlilik, yorgunluk ve ağrı izlemektedir. Ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach’s alfa değeri 0,971 bulunmuştur.

Tablo 20. Katılımcıların PMSÖ’nün alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları

Alt boyut (n=268)	X ± SS
Depresif duygulanım	18,49 ± 7,80
Anksiyete	13,35 ± 6,34
Yorgunluk	17,41 ± 6,54
Sinirlilik	15,02 ± 6,16
Depresif düşünceler	14,83 ± 7,36
Ağrı	8,16 ± 3,55
İştah değişimleri	9,63 ± 3,95
Uyku değişimleri	7,59 ± 3,43
Şişkinlik	9,47 ± 3,88

Tablo 21. Katılımcılara ait PMSÖ alt boyutlarının varlığının değerlendirilmesi

Alt boyut	Alt boyut varlığı n (%)
Depresif duygulanım	139 (51,9)
Anksiyete	60 (22,4)
Yorgunluk	161 (60,1)
Sinirlilik	166 (61,9)
Depresif düşünceler	90 (33,6)
Ağrı	149 (55,6)
İştah değişimleri	186 (69,4)
Uyku değişimleri	126 (47,0)
Şişkinlik	169 (63,1)

5.TARTIŞMA

Doğurganlık çağındaki kadınların büyük bir yüzdesi bir veya daha fazla premenstrüel semptomu çoğu menstrüel sikluslarında yaşarlar. Bununla birlikte, semptom şiddeti değişkendir ve premenstrüel bozukluklardan kadınlar değişik derecelerde etkilenirler (109). Çalışmamız, bu yaş grubundaki kadınların premenstrüel sendrom açısından risk faktörlerinin ve tedavi arama davranışlarının belirlenmesini amaçlamaktadır.

Literatür evrensel olarak kabul edilmiş tanı kriterlerinin eksikliğinden kaynaklanan prevalansı saptamanın zorluğuna dikkati çekmektedir (50). Dolayısıyla farklı çalışmalarda farklı prevalans sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmamızdaki 15–49 yaş grubundaki katılımcılar arasında bulunan premenstrüel sendrom prevalansı %61,2'dir. Türkiye'de benzer yaş grubunda yapılan çalışmalarda bulunan PMS prevalansı ile karşılaştırıldığında, bulunan prevalans daha yüksektir (25, 37). Bu sonuca, metodolojik farklılıklar ve araştırma yapılan popülasyondaki farklılıkların etken olduğu düşünülmektedir. Bir derlemenin bulgularına göre PMS için 199 farklı semptomu ölçen 65 farklı ölçek ya da anket olduğu saptanmıştır (50, 110). Derlemenin yapıldığı tarihten bugüne kadar da sayılarının hızla arttığı belirtilmektedir (50). Premenstrüel sendrom tanısı ve şiddetinin belirlenmesi amacıyla ülkemizde de premenstrüel sendrom ölçeği (PMSÖ), premenstrüel değerlendirme formu (PDF), menstrüel distres şikayet listesi (MDQ) gibi pek çok ölçek kullanılmaktadır (25, 35, 111). Bununla birlikte PMS'yi hem yurt içinde hem de yurt dışında tek soru ile değerlendiren çalışmalar olduğu gibi (112, 113), tanı kriterlerini retrospektif olarak sorguladıktan sonra prospektif olarak doğrulayan ya da doğrulamayan çalışmalar da mevcuttur (30, 57, 97, 114). Bu faktörler prevalans sonuçlarının farklılığını açıkladığı gibi, PMS için risk faktörlerinin belirlenmesini de güçleştirmektedir. Bizim araştırmamız, ASM'ye başvuran kadınlar arasında yapıldığı için, her ne kadar hiçbir katılımcı premenstrüel semptomları için başvurmamış olsa da, çıkan prevalansın gerçek prevalansın üzerinde olabileceği düşünülmektedir.

Birçok çalışma premenstrüel sendrom risk faktörlerini tanımlamak amacıyla yapılmış ve bu çalışmalar PMS için multifaktöriyel teoriyi öne sürmüşlerdir. Her ne kadar geçmiş dönemde bu konuda yapılan birçok çalışma kohort olarak yapılsa da,

halen risk faktör profilinin nasıl genel populasyon için geçerli olacağı bilinmemektedir (115). Aynı zamanda demografik faktörlerin premenstrüel sendrom ile ilişkisinin sınırlı ve tutarsız olduğu belirtilmektedir (26).

Çalışmamızda yaşın premenstrüel sendrom ile ilişkisi bulunmamıştır. Geçmiş dönemdeki araştırmaların bazılarının sonucunda artan yaş risk faktörü olarak bulunmuşken (26), bazılarında ilişki çıkmamıştır (116) ya da ters yönde bir ilişki saptanmıştır (25). Türkiye’de sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da, bizim sonucumuzla benzer şekilde farklı yaş grupları arasında premenstrüel sendrom açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır (37). Birçok farklı çalışma dar bir yaş aralığında yapıldığı için yaşın premenstrüel sendrom üzerine etkisi değerlendirilmemiştir (26).

Çalışmamızda eğitim düzeyi ve katılımcıların algılarına göre ekonomik durumları açısından premenstrüel sendromu olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Eğitim düzeyi açısından bulunan sonuç Chuong’un araştırması ile benzerlik göstermektedir (54). PMS ile ekonomik durum ilişkisi çalışmalarda genellikle gelir miktarına göre değerlendirilmiştir. Biz çalışmamızda katılımcıların kendi algılarını doğrultusunda ekonomik durumlarını ‘iyi’, ‘orta’ ya da ‘kötü’ olarak sınıflandırmalarını istedik. Gelir durumu ile premenstrüel sendrom ilişkisi Deuster’in çalışmasında da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (117).

Meslek açısından bakıldığında, çalışmamızda PMS’i olanlar daha çok ev hanımları gibi görünmekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgu Potter’in çalışmasını destekler niteliktedir (115).

Çalışmamızda katılımcılar çoğunlukla evlidir. Hiç evlenmemişler az sayıda olup, premenstrüel sendromu olan kadınların büyük bir yüzdesi evlidir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır. Öte yandan, geçmiş dönemde yapılan çalışmalar birbirinden farklı sonuçlara ulaşmıştır. Bazılarında ilişkiye rastlanmazken (115), bazılarında anlamlı bir ilişki çıkmaya bile davranışsal semptomların evli olanlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (118). Polonyalı kadınlarda yapılan başka bir çalışmada ise boşanmış olan kadınlarda PMDB’un bekârlara göre 2.68 kat fazla görüldüğü saptanmıştır (66). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise bekâr kadınlarda PMS’nin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (25). Birçok çalışmanın küçük yaş

gruplarında yapıldığı için bu ilişkiyi incelemeyeceği de göz önünde bulundurulmalıdır (30, 61, 119). Ayrıca, çalışmamıza göre PMS'si olan kadınların istatistiksel olarak anlamlı bir çoğunluğunun çocuk sahibi olduklarını söyleyebiliriz. Geçmiş yıllarda Türkiye'de yapılan bir araştırmada bizim çalışmamızdan farklı şekilde, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (37). Bu çalışmada PMS tanısı için DSM-4 tanı kriterlerinin kullanılmasının farklılığın nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Kontraseptif yöntem kullanma oranı katılımcılar arasında % 59,4'tür. Bu oran Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre ülkemizdeki 15-49 yaş arasındaki kadınların kontraseptif yöntem kullanım oranı olan %73'ün altında kalıyor gibi gözükse de, bu farklılığın katılımcılar arasında 15-24 yaş grubunda olanların oranının, Türkiye ortalamasının kısmen altında olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Oral kontraseptifler beklenen şekilde (120), en sık kullanılan hormonal kontrasepsiyon yöntemidir. Oral kontraseptifler fazlaca reçete edilen ilaçlar olmalarına rağmen, premenstrüel sendrom tedavisinde randomize klinik çalışmalar tarafından yararları tutarlı bir şekilde gösterilememiştir (10, 81). Ancak son zamanlarda yapılan iki randomize klinik çalışmada progesteron olarak drospirenon içerikli 24+4 tablet formu olan oral kontraseptif formülasyonun PMDB semptomlarını anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur (121, 122). Yakın zamanda yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, oral kontraseptif kullanımı ile negatif duygu durum semptomu olan kadınlarda psikiyatrik hastalık prevalansı anlamlı olarak artmış bulunmuştur ve oral kontraseptif kullanımı ile duygu durum semptomlarının ilişkisini açıklamak için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (123). Diğer yeni bir çalışmada, oral kontraseptiflerin kısmi yararlı etkilerinin hastalarda OKS kullanımı ile gelişen siklus stabilitesinin yarattığı kontrol hissi ile açıklanabileceği belirtilmektedir (26). Bizim çalışmamızda da oral kontraseptif kullanan ve kullanmayan hastalar arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak drospirenon içerikli 24+4 formülasyonlu oral kontraseptif kullanan katılımcı sayısının ikide kalmasının bu sonuçta önemli bir etken olabileceği düşünülmektedir.

Türkiye'de 15-49 yaş grubu kadınlarda fazla kiloluluk ve obezite oranı sırası ile % 34,4 ve % 23,9'dur (107). Bizim çalışma popülasyonumuzda ise % 24,3 ve % 11,2 bulunmuştur. Obezite ile PMS ilişkisini değerlendiren çalışmaların bazıları obez olan kadınlarda premenstrüel sendrom görülme olasılığının yükseldiğini belirtirken (63,

64), bazı çalışmalar anlamlı bir ilişki saptamamıştır (26, 117). Fransız kadınlarda yapılan bir çalışmada ise, VKI<18,5 olmasının PMS'dan koruyucu olduğu ve VKI \geq 30 olmasının yeni PMS başlangıcı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (115). Bizim çalışmamızda obezite ile PMS ilişkisi anlamlı bulunmamıştır; bu sonuca popülasyonumuzdaki fazla kilolu ve obez katılımcıların oranının düşüklüğünün de katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tüketilen kafein miktarları ile PMS olma durumu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde bu ilişkiyi inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar bulunmaktadır. Virjinya'da yaşayan 18–44 yaşları arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların tükettikleri kafein içeren içecekler kategorize edilmeden, toplam miktarlar üzerinden değerlendirilip anlamlı bir sonuca ulaşılmazken (117), 2003 yılında yayınlanmış bir çalışmada kafeinli içeceklerin tüketiminin premenstrüel semptom şiddetinin üzerine anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır (68). Geçmiş yıllarda yayınlanan başka bir çalışmada kafein içeren içeceklerin alımı ile PMS arasında, PMS'si şiddetli olan kadınlarda doz bağımlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (69). Başka bir çalışmada kafein içeren içecekler ile PMS'nin varlığı ve şiddeti ile güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir (70). Prospektif izlem ile PMS tanısı konulan 18–26 yaşları arasındaki öğrenciler arasında yapılan bir başka araştırmanın sonucu olarak ise tüketilen kafein miktarı ve PMS arasında ilişki bulunmamıştır (72). Araştırmalarda bulunan farklılıkların araştırmaların metodlarında ve çalışılan yaş gruplarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, katılımcıların anne ve kız kardeşlerinde PMS'nin ya da katılımcıya benzer şekilde premenstrüel semptomların görülmesinin PMS varlığı ile ilişkisi bulunmuştur. Benzer şekilde, Nijeryalı ve Pakistanlı üniversite öğrencilerde yapılan çalışmalarda da aile öyküsü ile PMS ilişkisi gösterilmiştir (124, 125). Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmanın sonucu da çalışmamızla paralellik göstermektedir (114).

Geçmişte ruhsal hastalık öyküsü olan hastalarda premenstrüel sendrom / premenstrüel disforik bozukluğun daha sık görüldüğü geçmiş dönemde yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (25, 54). Bizim çalışmamızda da, premenstrüel sendromu olan katılımcıların %15,2'sinin ruhsal hastalık öyküsü de vardır. Ancak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,052$). Bu sonucun bulunmasında, bazı kadınların

psikiyatrik hastalık öyküsünü saklama eğilimlerinin de rol oynamış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda fiziksel hastalık sorgulaması hem kronik hastalık, hem de PMS semptomları ile ilişkili olabilecek fiziksel hastalık bazında yapılmıştır. Ayrıca düzenli ilaç kullanımı da sorgulanmış olup, bu gruptaki katılımcılar kronik hastalığı olan kadınlardır. Buna göre, çalışmamızda PMS'si olan kadınların % 21,3'ü düzenli ilaç kullanmaktadır (kronik hastalığı vardır) ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,030$). Kronik hastalığı olanlarda PMS'nin daha fazla görüldüğü daha önce Sri Lankalı adolesanlarda yapılan çalışmada da gösterilmiştir (126).

Çalışmamızda premenstrüel sendrom ile menarş yaşı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde farklı sonuçlar vardır. Menarş yaşı küçük olanlarda PMS görülme sıklığının arttığını bildiren çalışmalar olmakla birlikte (37, 57), anlamlı bir ilişki bulamayan çalışmalar da bulunmaktadır (117, 126, 127). Ayrıca, PMS'si olanların %39,5'inde çoğu zaman dismenore varken, PMS'si olmayanların %25,2'sinde çoğu zaman dismenore bulunmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,017$). Bu sonuç, Türkiye'de yapılan iki çalışmanın sonucu ile uyumludur (37, 114).

Yakın tarihli bir çalışmada, çalışmanın yapıldığı tarihte sigara içen kadınlarda PMS geliştirme riski 2–4 yıl içinde hiç sigara içmeyen kadınlara göre 2,1 kat fazla olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada ayrıca adolesan ya da genç erişkin yaşta sigara içiminin de PMS için risk faktörü olduğu söylenmektedir (65). Benzer şekilde, sigara içmenin PMS için risk faktörü olduğunu bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (66). Bir diğerinde, sigara içenler ve içmeyenler arasında PMS açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmazken, sigara içiciliği 5 yıl ve üzerinde olan katılımcılarda, altında olanlara göre PMS prevalansı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (117). Bizim çalışmamızda katılımcılar sigara içimi, sigaraya başlama yaşı ve içilen günlük sigara miktarları sorgulanarak değerlendirilmiş, PMS olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Çalışma gruplarının farklı yaşlarda olmasının sonucu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda en sık görülen affektif semptomlar, UCSD kriterleri baz alındığında sırası ile irritabilite, bitkinlik ve sinir patlaması iken; en sık görülen fiziksel semptomlar sırası ile abdominal distansiyon ve meme hassasiyetidir. Semptomlar

bütün olarak değerlendirilirse, irritabilite, bitkinlik ve abdominal distansiyon sırası ile en sık görülen semptomlardır. Bu bulgu literatür ile uyumludur (128). İritabilite, Amerika ve Avrupa örneklemelerinde de en sık görülen premenstrüel semptom olarak tanımlanmıştır (53). Bitkinlik semptomu bazı kaynaklarca fiziksel semptomlar arasında sınıflandırılrsa da ruhsal hastalıklarla sık olan birlikteliğine vurgu yapılmaktadır (43). Ayrıca bitkinlik, UCSD kriterlerinde de affektif semptomlar içinde yer almaktadır (17).

Katılımcıların %99,3'ü adet öncesi şikâyetlerin çoğu kadında olduğunu, %37,7'si şikâyetlerinin tedavi edilebilen bir durum olabileceğini düşünmektedir. Ayrıca, PMS'si olan ve olmayan grup arasında tedavi düşüncesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,155$). Buna göre, katılımcılarda PMS varlığının tedavi düşüncelerini etkilemediği söylenebilir. Katılımcıların % 26,5'i adet öncesi şikâyetlerin yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olması durumunda doktora gitmenin, şikâyetlerinin tedavisi olmadığı için gereksiz olduğunu düşünmektedirler. Bunu gerekli bulan katılımcılardan birçoğu semptomlarının tedavisi olmadığını düşündükleri halde, bu semptomların önemli bir nedenden kaynaklanabileceği düşüncesi ile doktora başvurmak gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca PMS'si olan katılımcılar 'adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olsa bile tedavisi olmadığı için doktora başvurmak gereksizdir' diye düşünmektedirler ($p=0,007$), semptomlar şiddetli olmasa bile doktora başvurmayı uygun bulmamaktadırlar ($P=0.059$).

Premenstrüel semptomları için doktora başvuran kadınların oranı %4,1'dir. Doktor başvurusu ile PMS'si olan ve olmayan kadınların karşılaştırılması, doktor başvurusu olan katılımcı sayısı çok düşük olduğu için yapılmamıştır. Ancak tüm katılımcılar arasında doktor başvurusu olan katılımcı sayısının onbirde kalmasının sonucu olarak, premenstrüel sendromu olan kadınların da büyük bir çoğunluğunun doktor başvurusu olmadığı söylenebilir. Bu davranışta, PMS'si olan kadınların semptomlarının yaşantıyı etkileyecek şiddette olması durumunda da tedavisi olmadığı için doktor başvurusunun gereksiz olduğu düşüncesinin etkili olduğu söylenebilir. Önceki yıllarda yapılan çalışmalarda da bizim bulgumuzla uyumlu şekilde kadınların az bir kısmının premenstrüel semptomları için doktor başvurusu olduğu belirtilmiştir (100, 101, 128).

Katılımcıların yaklaşık olarak yarısı doktor başvurusu olmaksızın semptomlarına iyi geleceklerini düşündükleri ilaç kullanma dışındaki yöntemleri uygularken, beşte ikisi de doktor başvurusu olmaksızın ilaç kullanmaktadırlar. Katılımcıların PMS varlığı ile premenstrüel semptomlarla baş etme yöntemleri karşılaştırıldığında hem ilaç kullanma davranışının, hem de semptomlarını iyileştirmek için kullandıkları diğer yöntemlerin PMS'si olan hastalarda olmayanlara göre anlamlı olarak fazla kullanıldığı görülmektedir. Buna dayanarak, PMS'si olan katılımcıların doktor başvuruları az olsa da, tedaviye ihtiyaç duydukları ve bu yüzden kendi yöntemleriyle semptomlarını iyileştirmeye çalıştıkları söylenebilir.

Katılımcıların semptomlarını hafifletmek için en fazla uyguladıkları ilaç dışı yöntem bitki çayı içmedir. Bu sonuçta, medyada yer alan bitki çayı önerilerinin etkisi olabilir. Katılımcıların bir kısmı istirahat ettiğini ya da kitap okumak, müzik dinlemek, alışveriş yapmak gibi hoşnut olduğu şeylere yöneldiğini belirtmektedir. Bu eylemlerin hepsinin yalnız yapılabilecek hobiler olması dikkat çekicidir. Dokuz katılımcının da semptomlarını iyileştirmek için çay ve kahve tüketimini artırma yöntemi ilginçtir.

Doktor başvurusu olmaksızın en fazla kullanılan ilaçlar NSAİ'lardır. NSAİ'lerin meme hassasiyeti gibi fiziksel semptomlarda etkili olmadığı düşünülürse, bu durumun endikasyonsuz NSAİ kullanımını arttırabileceği söylenebilir. Benzer şekilde bazı hastaların kendilerinin premenstrüel semptomlarla SSRI / anksiyolitik kullanımına başladıkları da görülmektedir. Bu ilaç gruplarının reçete edilmeksizin kullanılmaya başlanmasının farklı sorunları da beraberinde getireceğini düşünmek zor değildir.

Premenstrüel semptomlar için tedavi arama davranışını amaçlayan, Amerikalı, İngiliz ve Fransız kadınlarda yapılan bir çalışmada, bu semptomlar için doktor başvurusu olmamasının nedenlerinden biri bu durumu kadın olmanın bir sonucu / normal olarak görmeleridir. Semptomlarının şiddetli olmaması, hiçbir şeyin yardım edebileceğini düşünmeme, kendi kendilerini tedavi etmek için yöntemler bulma şeklinde diğer nedenler de belirtilmiştir (128). Yakın tarihli, doğurganlık yaş grubundaki İspanyol kadınlarda yapılan bir çalışmada ise semptomatik kadınların neredeyse tamamının doktor başvurusu olmamasının nedeni semptomlarını normal olarak görmeleridir (101). Bizim araştırmamızda, doktora başvurmama nedenleri arasında en sık olarak, yakınında olduğu için normal olarak görme ya da yakının 'normal' olduğunu söylemesi, bu durumun adetten önce her kadının yaşaması

gereken bir süreç olduğu cevabı ile birlikte değerlendirilebilir. Çünkü her ikisi de kadınların semptomlarını niye 'normal' gördüklerinin yanıtıdır. Bu yüzden, farklı ırklardaki kadınların premenstrüel semptomlar için doktora başvurmama nedenlerinin benzer olduğu söylenebilir. Doktora başvurmama nedeni olarak semptomlarının şiddetli olmamasını belirten katılımcıların anlamlı bir çoğunluğunun premenstrüel sendromlarının olmadığı görülmektedir.

Katılımcılara ait PMSÖ alt boyutları değerlendirildiğinde en çok görülen alt grubun iştah değişimleri olduğu görülmektedir. Bu bulgu diğer PMSÖ ile yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (35, 36). Çalışmamızda iştah değişimlerini sırasıyla şişkinlik, sinirlilik ve yorgunluk alt grupları izlerken, PMSÖ ile yapılan diğer bir çalışmada bu sıralama iştah değişimleri, sinirlilik, şişkinlik ve ağrıdır (36). Bu farklılık bizim çalışmamızın 15–49 yaş grubunda, diğer çalışmanın üniversite öğrencilerinde yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hem UCSD kriterleri hem PMSÖ ölçeği kullanılmıştır. PMSÖ'nün premenstrüel semptomları daha iyi sorgulayacağı düşünülürken, UCSD kriterlerinin işlevsellik sorgulaması ve semptomların luteal faz ile sınırlı olması gerekliliğini daha ayrıntılı yaptığı için PMS'si olmayanları daha iyi ayırt edebileceği düşünülmektedir. Bu amaçla çalışmamızda ikisi de kullanılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Premenstrüel sendromun risk faktörleri ve özellikle de kadınların semptomları ile ilgili tedavi arama davranışına yönelik ülkemizde yapılan çalışmaların yetersizliği bilinmektedir. Bu nedenle planladığımız çalışmamızda, PMS'si olan kadınların içinde evli, çocuk sahibi, anne ve / veya kızkardeşinde premenstrüel semptom / PMS olan, kronik hastalığı olup düzenli ilaç kullanan ve sikluslarında çoğunlukla dismenore yaşayanların oranı anlamlı olarak fazladır. En çok görülen semptom, UCSD kriterleri doğrultusunda sırasıyla irritabilite, bitkinlik ve abdominal distansiyondur. PMSÖ'ye göre en sık görülen alt boyut ise iştah değişimleri ve takiben şişkinlik, sinirlilik, yorgunluk ve ağrıdır.

Çalışmamızda kadınların çok az bir kısmının premenstrüel semptomlar için tıbbi yardım arayışına girdiği, PMS'si olan kadınların olmayanlara göre anlamlı bir çoğunluğunun luteal fazda reçete edilmeksizin ilaç kullandığı ve semptomları ile baş etmek için kendilerine iyi geldiğini düşündükleri yöntemleri uyguladıkları saptanmıştır.

Doktor başvurusu olmayan katılımcıların, bu davranışın nedenine yönelik verdikleri yanıtlar içinde en büyük oranı, yakın çevrede görerek ya da yakın çevrenin 'normal' olarak nitelendirmesi ile semptomlarını 'normal' leştirmeleri oluşturmaktadır. Katılımcıların 'normal' algısından kaynaklanan diğer bir yanıt da luteal fazda yaşanan bu durumun, bütün kadınların premenstrüel dönemde yaşaması gereken bir süreç olduğunu düşünmeleridir. Sonuç olarak, kadınların premenstrüel dönemdeki semptomları için doktor başvurusu olmamasının en büyük nedeni olarak semptomlarını 'normal' görmelerinin olduğu söylenebilir.

Premenstrüel durumlarla ilgili yapılan farklı klinik çalışmalarda PMS ve PMDB semptomlarının ve günlük hayata olan etkilerinin şiddetinin belirlenmesi için farklı yöntemlerin ve kriterlerin kullanılması, bu çalışmaların sonuçlarının değişik yelpazede çıkmasına yol açmaktadır (50). Öncelikle bu farklılığı ortadan kaldırmak, bu konuda yeni yapılacak çalışmalar açısından son derece önemlidir. Premenstrüel bozuklukların tanı ve tedavisinin birinci basamakta yapılabilmesi nedeniyle, çalışmamızdan hareketle semptomatik olan kadınların da doktora başvurma davranışının yetersiz olduğu göz önüne alınarak, birinci basamak hekiminin sürekli izleminde olan doğurganlık çağındaki kadınlarının yakınması olmasa bile

premenstrüel semptomlar açısından belirli aralıklarla sorgulanmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Henrich JB. Kadın sağlığına yaklaşım İçinde: Cecil Textbook of Medicine Ed: Goldman L, Ausiello D. Çeviri ed.Ünal S, 22.baskı. Güneş Kitapevi 2004;2:1495–1509.
2. Palter SF, Olive DL. Üreme Fizyolojisi. İçinde: Novak Jinekoloji. Ed. Berek JS. eviri ed.Erk A, 13.baskı. Nobel Tıp Kitebevleri 2004;149–172.
3. Halbreich U. Women’s reproductive related disorders (RRDs). J Affect Disord. 2010;122(1-2):10-3.
4. Thys-Jacobs S. Premenstrual syndrome. In: Calcium In Human Health. Eds: Weaver CM, Heaney RP. Totowa NJ, Humana Press 2006,357–369.
5. Indusekhar R, O’Brein PMS. International concensus on the definition and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Gynaecology Forum 2008;13:5–7.
6. Managing Premenstrual Symptoms. [http://www.arhp.org/ Publications-and-Resources/ Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/ PMS/using](http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/PMS/using) adresinden 15.06.2011 tarihinde erişilmiştir.
7. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology 2003;28:25-37.
8. Kessel B. Expanding choices in treating premenstrual dysphoric disorder. Advanced Studies in Medicine 2002;2(15):536-540.
9. Menstrual Disorders In: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Eds. Fritz MA, Speroff L. Eight edition.Philadelphia, LWW 2011;567-590.
10. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. Am Fam Physician 2003;67:1743-52.
11. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. Journal of Psychiatry & Neuroscience 2000;25(5):459-468.
12. Kathleen M, Lustyk B, Gerrish WG. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Issues of quality of life, stress and exercise In: Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Eds. Preedy VR, Watson RR.

13. Akdeniz F, Karadağ F. Adet döngüsünün duygudurum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır? Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(4):296-304.
14. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003;28:1-23.
15. Dennerstein L. Intercultural differences in the prevalence of premenstrual syndromes. Gynaecology Forum 2008;13:13-15.
16. Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?source=search_result&search=premenstrual+syndrome&selectedTitle=4%7E150 adresinden 15.07.2009 tarihinde erişilmiştir.
17. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?source=search_result&search=premenstrual+syndrome&selectedTitle=2%7E150 adresinden 22.11.2010 tarihinde erişilmiştir.
18. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007;20:3-12.
19. Menstrüel bozukluklar. İçinde: Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Ed. Speroff L, Fritz MA. Çeviri ed. Erk A, Günalp S. Yedinci baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri. 2007;861-1010.
20. Reid RL. Premenstrüel sendrom. İçinde: Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ed. Gibbs RS, Karlan BY, Honey AF, Nygaard I. Çeviri Ed. Ayhan A. 10. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri 2010;672-681.
21. Avcı ME, İnal M. Premenstrüel sendrom. In: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Eds. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K ve ark. 2008;851-863.
22. Steiner M. Premenstrual syndromes. Annu. Rev. Med 1997;48:447-55
23. Mishell DR. Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden. Am J Manag Care 2005;11(16):473-9.
24. Korzekwa MI. Assesment and treatment of premenstrual syndromes. Prim Care Update Ob/Gyns 1999;6(5):153-162.

25. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):215-222.
26. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population based sample. *Arch Womens Ment Health* 2010;13(6):485-94.
27. Duenas JL, Lete I, Bermejo R, Abrat A ve ark. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;156(1):72-77.
28. Harrison WM, Endicott J, Nee J, Glick H ve ark. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Psychosomatics* 1989;30(4):405-411.
29. Vichnin M, Freeman EW, Lin H, Hillman J ve ark. Premenstrual syndrome (PMS) in adolescents:severity and impairment. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:397-402.
30. İnce N. Adolesan dönemde premenstrüel sendrom. *T Klin Tıp Bilimleri* 2001;21:369-373.
31. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: a clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol*;2004;104:845-859.
32. Guideline on the treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD). Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). European Medicines Agency London;2010.
33. Mortola JF. Premenstrual syndrome. In: *Women and Health* Eds. Goldman MB, Hatch MC. San Diego, Academic Press,2000;114-125.
34. Johnson S. Premenstrual syndrome. In: *Menstrual Disorders* Eds. DB Ehrental, MK Hoffman, Hillard PJA. USA, Versa Press 2006;125-138.
35. Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(1):52-57.
36. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci* 2010;40(4):565-573.
37. Demir B, Algül LY, Güven ESG. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;38(4):262-270.

38. Müderris İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S ve ark. Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:197-201.
39. Johnson TM. Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1987;11:337-356.
40. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder:a review for the treating practitioner. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2004;71(4):303-321.
41. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorders* 2005;85:275-282.
42. Cunningham J, Yonker KA, O'Brein S, Eriksson E. Update on research and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:120-137.
43. Bloch M, Schmidt PJ, Rubinow DR. Premenstrual syndrome:evidence for symptom stability across cycles. *Am J Psychiatry* 1997;154:1741-1746.
44. Dalton K. Premenstrual syndrome. In: *The Disorders* Ed. Friedman HS. Academic Press 1998;347-355.
45. Halbreich U. The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder-clinical procedures and research perspectives. *Gynecol Endocrinol* 2004;19:320-334.
46. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, World Health Organization, 1992.
47. Premenstrual syndrome:frequency and severity in young collage girls. *J Pak Med Assoc* 2005;55(12):546-549.
48. *International Classification of Primary Care (ICPC-2-R), revised second edition.* WONCA International Classification Committee. Oxford University Press 2006;137.
49. *DSM-4 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı.* Ed:E.Köroğlu Ankara,1102-1107.
50. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O'Brein S ve ark. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecol Endocrinol.*2007;23(3):123-130.
51. Nyberg S. How to determine symptom severity in premenstrual syndrome:a combination of daily symptom ratings and interviews. *Sexual & reproductive health care* 2011;2:161-168.

52. Management of premenstrual syndrome. Setting standards to improve women's health. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline no:48; 2007.
53. Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder:burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(4):291-301.
54. Chuong CJ, Burgos DM. Medical history in women with premenstrual syndrome. *J Psychosom.Obstet.Gynecol* 1995;16:21-27.
55. Vigod SN, Ross LE, Steiner M. Understanding and treating premenstrual dysphoric disorder:an update for the women's health practitioner. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2009(36):907–924.
56. Marvan ML, Diaz-Erosa M, Montesinos A. Premenstrual symptoms in Mexican women with different educational levels. *J Psychol* 1998;132(5):517-526.
57. Balaha MH, Abd El Monem Amr M, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J.* 2010;23.
58. Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med Assoc* 2009;59(4):205-208.
59. Dalton K, Dalton ME, Guthrie K. Incidence of the premenstrual syndrome in twins. *Br Med J* 1987;295(6605):1027-1028.
60. Roberts LW, Mc Carty T, Severiono SK. Premenstrual syndrome and treatment interventions In: *Assessment and Therapy* Ed.Friedman USA, Academic Press 2001;245-260.
61. Fujiwara T, Nakata R. Young japanese college students with dysmenorrhea have high frequency of irregular menstruation and premenstrual symptoms. *Open Med Inform J* 2007;1:8-11.
62. Adewuya AO, Loto,OM, Adewumi TA. Premenstrual dysphoric disorder amongst nigerian university students: prevalence, comorbid conditions, and correlates. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:13-18.
63. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005;26(1):33-39.

64. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR ve ark. Adiposity and development of premenstrual syndrome. *J Womens Health* 2010;19(11):1955-1962.
65. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Cigarette smoking and development of premenstrual syndrome. *Am J Epidemiol.* 2008;168(8):938-945.
66. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The complexity of premenstrual dysphoric disorder--risk factors in the population of Polish women *Reprod Biol Endocrinol* 2010;8:141.
67. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health* 2009;18(12):1945-1953.
68. Rasheed P, Al-Sowielem LS. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among college-aged women in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2003;23(6):381-387.
69. Rossignol AM, Bonnländer H. Caffeine-containing beverages, total fluid consumption, and premenstrual syndrome. *Am J Public Health* 1990;80:1106-1110.
70. Rossignol AM. Caffeine-containing beverages and premenstrual syndrome in young women. *Am J Public Health* 1985;75:1335-1337.
71. Rossignol AM, Zhang JY, Chen YZ, Xiang Z. Tea and premenstrual syndrome in the people's republic of China. *Am J Public Health* 1989;79:67-69.
72. <http://drum.lib.umd.edu/bitstream/1903/6950/1/umi-umd-4452.pdf> adresinden 18.11.2011 tarihinde erişilmiştir.
73. Parry BL, Berga SL. Premenstrual dysphoric disorder. In: *Hormones, Brain and Behaviour* Eds: Pfaff DW, Arnold AP, Etgen AM, Fahrbach SE, Rubin RT. USA, Academic Press 2002;5:531-552.
74. Garcia-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A ve ark. Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2008;11:193-200.
75. Bhatia SC, Bhatia SK. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2002;66:1239-1248.

76. Ballagh SA, Heyl A. Communicating with women about menstrual cycle symptoms. *J.Reprod Med.* 2008;53(11):837–846.
77. Born L, Steiner M. Current management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. In: *Current Psychiatry Reports* 2001;3:463-469.
78. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A ve ark. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: a controlled trial. *J Psychosom Res.* 1998;45(4):307-318.
79. Lustyk MK, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(2):85-96.
80. Gold EB, Bair Y, Block G, Greendale GA. Diet and lifestyle factors associated with premenstrual symptoms in a racially diverse community sample: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Womens Health* 2007;16(5):641-656.
81. Panay N. Management of premenstrual syndrome. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2009;35(3):187–194.
82. Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. [http :
//www.uptodate.com/contents/treatment-of-premenstrual-syndrome-and
premenstrual-dysphoric-disorder?source=search_result&search=premenstrual+
syndrome&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?source=search_result&search=premenstrual+syndrome&selectedTitle=1%7E150) adresinden 15.07.2009 tarihinde erişilmiştir.
83. Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, O'Brein PMS. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome:systematic review. *BMJ.* 1999 May 22; 318 (7195):1375–1381.
84. Connolly M. Premenstrual syndrome: an update on definitions, diagnosis and management. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:469-477.
85. Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. *J Am Coll Nutr.*2000;19(1):3-12.
86. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179(2):444-452.
87. Ghanbari Z, Hagholladi F, Shariat M, Foroshani AR. Effects of calsiuim supplement therapy in women with premenstrual syndrome. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2009;48(2):124-129.

88. Walker AF, De Souza MC, Vickers MF, Abeyasekera S ve ark. Magnesium supplementation alleviates premenstrual symptoms of fluid retention. *J Womens Health* 1998;7(9):1157-1165.
89. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;130(1):4-17.
90. Henshaw CA. PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007;13:139–146.
91. Schellenberg R. Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. *BMJ* 2001;322(20):134-137.
92. Ma L, Lin S, Chen R, Zhang Y. Evaluating therapeutic effect in symptoms of moderate-to-severe premenstrual syndrome with Vitex agnus castus (BNO 1095) in Chinese women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50(2):189-193.
93. He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L. Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective randomized, multi-center placebo controlled study in China. *Maturitas* 2009;63(1):99-103.
94. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18(6):895-9.
95. Daley A. The role of exercise in the treatment of menstrual disorders: the evidence. *Br J Gen Pract.* 2009;59(561): 241–242.
96. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2009.
97. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J, Wong J ve ark. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod. Med.* 2003;48(7):515-524.
98. Reilly J, Kremer J. A qualitative investigation of women's perceptions of premenstrual syndrome: implications for general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1999;49(447):783-6.
99. Cumming CE, Fox EE, Cumming DC. Intermenstrual affect in women with symptomatic premenstrual change. *J Psychosom Res.* 1995;39(3):261-269.
100. Robinson RL, Swindle RW. Premenstrual Symptom Severity: Impact on Social Functioning and Treatment-Seeking Behaviors. *J Womens Health Gend Based Med.* 2000;9(7):757-768.

101. Lete I, Duenas JL, Serrano I, Doval JL ve ark. Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011.
102. Wong LP. Attitudes toward menstruation, menstrual-related symptoms, and premenstrual Syndrome among adolescent girls: a rural school-based survey. *Women Health* 2011;51(4):340-364.
103. Öztürk S, Tanrıverdi D, Erci B. Premenstrual syndrome and management behaviours in Turkey. *Aust J Adv Nurs* 2011;28(3):54-60.
104. Survey of caffeine levels in hot beverages [http:// www.food.gov.uk /science/surveillance/fsis2004branch/fsis5304](http://www.food.gov.uk/science/surveillance/fsis2004branch/fsis5304) adresinden 03.03.2011 tarihinde erişilmiştir.
105. Başkan BM, Sivas F, Güler T, Özoran K. Kronik bel Ağrısı, risk faktörleri ve kemik mineral yoğunluğu üzerine etkisi. *Turk J Rheumatol* 2009;24:172-177.
106. Gençdoğan B. Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. *Türkiye’de Psikiyatri* 2006;8(2):81-87.
107. Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014). T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara, 2010.
108. Özcebe H. Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sted* 2002;11(10):374-377.
109. Heinemann LA, Minh TD, Filonenko A, Uhl-Hochgräber K. Explorative evaluation of the impact of severe premenstrual disorders on work absenteeism and productivity. *Womens Health Issues* 2010;20(1):58-65.
110. Budeiri DJ, Li Wan Po A, Dornan JC. Clinical trials of treatments of premenstrual syndrome: entry criteria and scales for measuring treatment outcomes *Br J Obstet Gynaecol*. 1994;101(8):689-95.
111. Bayram GO. Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2007;3:104-110.
112. Barnard K, Frayne SM, Skinner KM, Sullivan LM. Health status among women with menstrual symptoms. *Womens Health (Larchmt)*. 2003;12(9):911-919.
113. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(3):231-236.

114. Karavuş M, Cebeci D, Bakırcı M, Hayran O. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom. *T Klin Tıp Bilimleri* 1997;17:184-190.
115. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(1):31-9.
116. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Womens Ment Health* 2006;9:209–212.
117. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med*.1999;8(2):122-8.
118. Singh H, Walia R, Gorea RK, Maheshwari A. Premenstrual syndrome (PMS) the Malady and the law. *JIAFM* 2004;26(4):129-131.
119. Wong LP. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: urban-rural and multiethnic differences in perception, impacts, and treatment seeking. *J Pediatr Adolesc Gynecol*.2011;24(5):272-7.
120. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
121. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005;72:414–421.
122. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, Foegh M ve ark. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005;106: 492-501.
123. Segebladh B, Borgström A, Odlind V, Bixo M ve ark. Prevalence of psychiatric disorders and premenstrual dysphoric symptoms in patients with experience of adverse mood during treatment with combined oral contraceptives. *Contraception* 2009;79:50–55.
124. Eke AC, Akabuike JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;112(1):63-64.
125. Nisar N, Zehra N, Haider G, Munir AA ve ark. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2008;18(8):481-484.

126. Chandraratne NK, Gunawardena NS. Premenstrual syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(5):304-310.
127. Silva CM, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(4):835-844.
128. Hylan TR, Sundell K, Judge R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *J Womens Health Gend Based Med.* 1999;8(8):1043-1052.

8. EKLER

8.1. EK-1: Kişisel Bilgi Formu

‘Premenstrüel sendromu etkileyen faktörler, tedavi arama davranışı ’

Dr. Burcu Önal

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

1- Ad: Soyad:

2- Yaş:

3- Boy: Kilo:

4- Tel:

Adres:.....
.....
.....

5- Öğrenim durumu: a) ilkokul b) ortaokul c) lise
d) yüksekokul

6- Medeni durum: a) evli b) bekâr c) dul
d) yalnız yaşıyor e) boşanmış

7- Ekonomik durumunuzu tanımlar mısınız?

a) iyi b) orta c) kötü

8- Mesleğiniz:

9- Kaç çocuğunuz var?

10- Ruhsal bir hastalık geçirdiniz mi? Evet ise tanınız ne idi?

.....
.....

11- Şu anda bir fiziksel hastalığınız var mı?

Evet ise nedir?

.....

12- Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....

13- İlk âdetinizi kaç yaşınızda gördünüz?

14- Haftalık kafein tüketimi

Kolalı içecekler.....

Çikolata

Çay

Neskafe.....

Türk kahvesi

15- Alkol kullanıyor musunuz? a) evet b) hayır

Evet ise ne kadar? a) kadeh/hafta b)..... kadeh/ay

16- Alkol kullanmaya kaç yaşında başladınız?

17- Sigara içiyor musunuz? a) evet b) hayır

Evet ise ne kadar ?.....

18- Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?

.....

19- Bağımlılık yapıcı madde kullanıyor musunuz? a) evet

b) hayır

20- Adet öncesi dönemdeki şikâyetlerinizin tedavi edilebilen bir durum olabileceğini hiç düşündünüz mü?

a) evet b) hayır

21- Adet öncesi yakınmalar ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

- a) Adet öncesi şikâyetler çoğu kadında vardır.
b) Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olsa bile tedavisi olmadığından doktora başvurmak gereksizdir.
c) Adet öncesi şikâyetler yaşantıyı etkileyecek kadar şiddetli olmasa bile doktora başvurulmalıdır.

22- Adet öncesi dönemdeki şikâyetleriniz için daha önce bir doktora başvurduunuz mu?

a) evet b) hayır

23- (22.soruya cevap evet ise) Doktorunuzun önerilerinden yarar gördünüz mü?

En çok yarar gördüğünüz öneri (ilaç da olabilir) nedir?

.....
.....
.....

24- (22.soruya cevap hayır ise) Neden başvurmadınız?

.....
.....
.....

25- Adet öncesi dönemdeki şikâyetleriniz için doktora başvurmadan önce

kendiniz bir şey yapmayı denediniz mi? (ilaç hariç) a) evet b) hayır

Evet ise nedir?

.....
.....
.....

26- Adet öncesi dönemdeki şikâyetleriniz için doktora başvurmadan ilaç

kullandınız mı? a) evet b) hayır

Evet ise hangi ilacı kullandınız?

.....
.....
.....

27- Adet dönemleriniz ağrılı mı olur?

- a) çoğu zaman b) bazen c) nadiren

28- Anneniz de adet öncesi dönemde benzer şikâyetlerden yakınır mıydı? /
Premenstrüel sendrom tanısı var mıydı?

- a) evet b) hayır c) bilmiyorum

29- Kız kardeşiniz de adet öncesi dönemde benzer şikâyetlerden yakınır mıydı?/
Premenstrüel sendrom tanısı var mıydı?

- a) evet b) hayır c) bilmiyorum
d) kızkardeşim yok / henüz adet göreceğ yaşta değil

30- Hangi yöntemle korunuyorsunuz?

- a) doğum-kontrol hâpı (hangisi ?) b) aylık iğne c) 3 aylık iğne d) deri altı
implantı e) vajinal halka f)mini hâp g) diğeri h)korunmuyorum

8.2. EK-2. UCSD Kriterleri

A) Geçmiş 3 menstrüel sikluslarınızda, adetten önceki 5 günde aşağıdaki durumlardan herhangi biri oldu mu?

1- Üzgün, ağlamaklı olma, mutsuzluk hali (depresif hissetme)

E	H

2-Herhangi bir olaya çok sinirlenip aşırı tepki gösterme (sinir patlaması)

E	H

3- Kolay sinirlenme (irritabilite)

E	H

4- Dikkat eksikliği, dalgın olma durumu (konfüzyon)

E	H

5- Sosyal ortamlara girmekten kaçınma (sosyal çekilme)

E	H

6- Bitkinlik

E	H

7- Meme hassasiyeti

E	H

8- Karında şişkinlik

E	H

9- Baş ağrısı

E	H

10-El ve ayaklarda şişlik (Ekstremitte şişkinliği)

E	H

B 1) Menstrüel kanamanın başlamasından itibaren 4 gün içinde bu yakınmalarınız azalma olur mu?

E	H

B 2) Bu yakınmalar bir dahaki adet öncesi döneme kadar tekrarlar mı?

E	H

C) Bu dönemde aşağıdakilerden herhangi birini yaşadınız mı?

1- Partnerinizle (eş / erkek arkadaş) sorun

E	H

2-Çocuğunuzla sorun

E	H

3-Okul / iş performansınızda sorun (çalışmak istememe, işten verim alamama)

E	H

4- Artmış yalnız kalma isteği (artmış sosyal izolasyon)

E	H

5-Yasal sorunlar

E	H

6-İntihar düşüncesi

E	H

7- İlk sorudaki 7,8,9 veya 10.madde(ler) için (meme hassasiyeti, karında şişkinlik, baş ağrısı ya da ekstremitelerde şişkinliği) hiç doktora gittiniz mi?

E	H

8.3. EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI

PREMENSTRÜEL SENDROMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE TEDAVİ ARAMA DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASI

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI

Pek çok kadın adet öncesi dönemde rahatsızlık yaşar. Premenstrüel sendrom, üreme çağındaki kadınların adet görmeden önceki dönemde yaşadıkları rahatsızlıkların hastalık oluşturduğu şiddetteki isimlendirmedir. Bu çalışmada amacımız etkileyen faktörleri ve muzdarip kişilerin bu konudaki tedavi arama davranışlarını belirleyip tedaviye uyumlarını kolaylaştırmaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, size bir konuyla ilgili sorulardan oluşan bir form ve bir ölçek uygulanacaktır.

Çalışma esnasında tıbbi tedavinize hiçbir şekilde müdahale edilmeyecektir.

Araştırmacı hekim tarafından yapılan bilgilendirme ile sağlığınızın geliştirilmesi yönünde bir katkı sağlanabilir.

Size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ödeme yaptırılmayacaktır.

Kişisel bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacak ve araştırma içerisinde açık şekilde yer almayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

Dr.Burcu Önal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Mithatpaşa Cad. İnciraltı/İZMİR

Tel: 02324124963

E-mail: onal.burcu@yahoo.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri araştırmacı hekim ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum.

Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmelięi geçersiz kılmaz.

Hastanın Adresi:

Hastanın Telefonu:

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası

Tanıklık Eden Kişinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası

8.4. EK 4: Etik Kurul Onay Yazısı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/12-11	Tarih:29.09.2010
	Yrd.Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR ve Uzm.Dr.Tolga GÜNVAR'ın proje yöneticileri olduğu Dr.Burcu ÖNAL sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Premenstrüel Sendrom/Premenstrüel Disforik Bozukluk Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Tedavi Arama Davranışının Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
				E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznilidir
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Toplantıda
Doç.Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Toplantıda
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu

8.5. EK 5: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı

T.C.
İZMİR VALİLİ
İL SAĞLIK MÜDÜF

İ.S.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)

25.03.2011 08:36:47 / 31695

EĞİTİM

Kayıt yapan : FİGEN TURAN

SAYI: Eğt.Şb.B.104.İSM.4350009/176
KONU: Dr. Burcu ÖNAL'ın
Araştırması.

Sayın: Dr. Burcu ÖNAL
Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanlığına
İnciraltı / İZMİR

İLGİ: 04.03.2011 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile göndermiş olduğunuz
“Premenstürel Sendrom Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Tedavi
Arama Davranışlarının Araştırılması” konulu araştırmanızı
Hatay 24 Nolu ASM’de yapmanız araştırma sonucunuzun
Müdürlüğümüze göndermeniz halinde Müdürlüğümüzce uygun
görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Şenol SARIYAVCI
Müdür/a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Hürriyet Bulv. No.1 Alsancak/İZMİR
Tel: 0232 441 81 11 Fax: 0232 483 36 39 www.ism.gov.tr.