

KLİNİK ARAŞTIRMA**HASTANE ÇALIŞANLARINDA PREMENSTRÜEL SENDROM VE DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ**

PREMENSTRUAL SYNDROME AND ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION BY THE HEALTH CARE EMPLOYEES

Ayşe ÖZEREN
Dinçer ATILA
Mehmet HELVACI

ÖZET

Amaç: Hastane çalışanlarında premenstruel sendrom (PMS) sıklığı ve depresyonla ilişkisini incelemek.

Gereç ve Yöntem: 2008 yılında 3 aylık periyotta sözlü anam alınarak İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor, hemşire ve diğer personele premenstruel sendrom sıklığını belirlemek amacıyla; Adet Öncesi Bulguları Değerlendirme Formu (Premenstruel symptoms screening tool-PSST) ile yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı. Tüm olgulara depresyon varlığını belirlemek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği verilip doldurmaları sağlandı. Olguların premenstruel sendromla ilişkili olabilecek ayrıntılı demografik özelliklerini belirleyen (yaş, eğitim, doğurganlık özellikleri, üreme sağlığı ve menstrel özellikleri, kontrasepsiyon, özgeçmiş, laboratuvar, beslenme, kafein alımı, spor, uyku vb.) 52 soru yöneltildi ve kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 350 hastane çalışanı kabul edildi. Hastane çalışanlarında Orta şiddette/şiddetli PMS sıklığı %30, Premenstruel Disforik Bozukluk (PDB) sıklığı %10,9 saptanmıştır. PMS olmayanlarda en sık 'fiziksel belirtiler' görülürken, PMS/PDB olanlarda en sık görülen belirti 'kızgınlık/asabiyet' tir. Bekar ve boşanmış kişilerde, beslenmesi fazla miktarda tuz içerenlerde, sigara içenlerde, ailesinde PMS veya depresyon öyküsü olanlarda, bilinen depresyon, postpartum depresyon, epilepsi ve migren tanısı olanlarda PDB sıklığının arttığı saptanmıştır. Dismenore ve adet kanaması şiddeti arttıkça PDB sıklığında artış tespit edilmiştir. Gebelikten herhangi bir yöntemle korunarlarda, yöntemler arasında da oral kontraseptif (OK) ve rahim içi araç (RİA) ile korunarlarda PMS/PDB sıklığının azaldığı saptanmıştır. Depresyonu olanlarda PMS/PDB sıklığında anlamlı artış gözlenmiştir. Bu çalışmada hastalarda premenstruel belirti görülme oranı %87,4'tür.

Sonuç: Hastane çalışanlarında PMS/PDB sıklığı ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, Hastane çalışanları, Premenstruel sendrom

SUMMARY

Aim: To examine frequency of premenstrual syndrom(PMS) and relationship between depression in hospital workers.

Material and Method: In 2008, based on 3 month study period with oral consent to determine the prevalence of premenstrual syndrom, PSTT(premenstrual syndrome screening tool) was applied to doctors, nurses and other staff working in İzmir Tepecik Education and Research Hospital and Aegeon Obstetrics and Gynecology Training and Research Hospital by face to face survey method. All participants were provided to complete Beck Depression Inventory in order to determine the presence of

Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü, Elazığ (Uz. Dr. A. Özeren)

Bahçesaray Aile Sağlığı Merkezi Bahçesaray, Van (Uz. Dr. D. Atıla)

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği (Doç. Dr. M. Helvacı, Klinik Eğitim Grv.)

Yazışma: Uz. Dr. Dinçer Atıla

depression. Fiftytwo questions about detailed demographic characteristics, contraception, brief history, laboratory, nutrition, caffeine intake, exercise, sleep, etc) which may be related to premenstrual syndrome, was directed and recorded.

Findings: 350 hospital employees were considered in the study. Among the study group, 30% had Moderate to Severe PMS and 10,9% had (Premenstrual Dysphoric Disorder) PMDD. The most common symptoms were 'physical symptoms' in No/Mild PMS group and 'anger/irritability' in Moderate to Severe PMS/PMDD group. PMDD frequency was increased in those who were single or divorced, taking too much salt in diet or smoking cigarette, who had a diagnosis of depression, postpartum depression, epilepsy and migraine or family history of depression. Dysmenorrhea and menstrual bleeding severity was related to increased PMDD prevalence. Prevalence of PMS/PMDD was decreased by the utilization of IUD (intrauterin device), OCP (oral contraceptive pills) or any contraception methods. PMS/PMDD prevalence was significantly increased by the presence of depression. In this study the rate of premenstrual symptoms are 87.4% in patients.

Conclusion: There was a significant relationship between PMS/PMDD and depression in hospital employees.

Key Words: Depression, Hospital Employees, Premenstrual Syndrome.

GİRİŞ

Premenstruel sendrom, genç ve orta yaş kadınlarda görülen, menstruel döngünün luteal fazında ortaya çıkan, hemen her adet döngüsünde tekrarlayan ruhsal ve fiziksel belirtilerin görüldüğü bir bozukluktur(1). Premenstruel sendrom (PMS) doğurganlık dönemi boyunca milyonlarca kadını etkileyen bir rahatsızlıktır. Adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan emosyonel ve fiziksel belirtilerle karakterizedir. Üreme çağındaki kadınların %90'a yakınında premenstruel belirtiler görülür. Bu belirtiler genellikle hafif şiddette iken kadınların %5-8'inde iş-güç kaybına neden olacak şiddette belirtiler görülebilir (2-4).

Premenstruel sendromun bu ağır formuna Premenstruel Disforik Bozukluk (PDB) adı verilir ve DSM-IV tanı kriterlerine göre duygudurum, davranış ve fiziksel 11 belirtinin en az %5'inin varlığı ile tanı konur. Adet Öncesi Bulguları Değerlendirme Formu (Premenstruel symptoms screening tool-PSST) premenstruel semptomları DSM-IV kriterleri ile uyumlu olarak ve şiddet derecesini de ölçerek sorgulayan bir formdur. PMS tanısı koymada altın standart olan ileriye yönelik belirti günlüğünün yapılamadığı durumlarda tanı koymada yardımcıdır. Pek çok ruhsal bozukluğun (Belirgin Depresif Bozukluk, Panik Bozukluk, Şizofreni, Bulimia Nevroza gibi) veya bedensel hastalığın (Migren, Astım, Epilepsi gibi) adet öncesi dönemde kötüleştiği bilinmektedir.

Bu çalışmanın amacı hastane çalışanlarında premenstruel sendrom (PMS) sıklığı ve depresyonla ilişkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma 2008 yılında 3 aylık dönemde sözlü olarak alınarak İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim

ve Araştırma Hastanesinde çalışan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan doktor, hemşire ve diğer personelde (sekreter ve temizlik personeli) yapıldı. Çalışmaya toplam 350 sağlık çalışanı katıldı.

Çalışmaya katılanlara anket soruları ve ölçeklerle ilgili bilgi verildi. Öncelikle olguların premenstruel sendromla ilintili olabilecek ayrıntılı demografik özellikleri içeren (yaş, eğitim, doğurganlık özellikleri, üreme sağlığı ve menstruel özellikleri, kontrasepsiyon, özgeçmiş, beslenme, kafein alımı, spor, uyku, adete bakış vb.) 52 soru yöneltildi ve kaydedildi.

Premenstruel sendrom sıklığını belirlemek amacıyla Adet Öncesi Bulguları Değerlendirme Formu (Premenstruel symptoms screening tool-PSST) ile yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulandı.

Tüm olgulardan depresyon varlığını belirlemek amacıyla Beck Depresyon Ölçeğini içeren anket sorularını doldurması istendi.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 13.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

1. Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmaya alınan 350 hastane çalışanın yaşları 19 ile 55 arasında değişmekte olup ortalama yaş $30,7 \pm 6,7$ olarak saptanmıştır. Ortalama ilk adet görme yaşı $13,11 \pm 1,39$ 'dır (10-17 yaş aralığında). Ortalama ağırlık $61,4 \pm 10,3$ kg (43-116 kg aralığında) iken ortalama boy $1,63 \pm 0,06$ cm (140-182 cm aralığında) saptanmış

olup ortalama vücut-kitle indeksi $23,02\pm 3,68$ kg/m^2 'dir (16,30-40,14 kg/m^2 aralığında).

Çalışmaya katılan olguların %20,6'sı doktor, %33,1'i hemşire, %30,90'ı sekreter ve %15,4'ü temizlik personeli olup %40,3'ü bekar, %52,9'u evlidir. Eğitim durumları açısından bakıldığında %58,9'u üniversite mezunu, %27,1'i lise mezunudur (Tablo 1).

Olguların %52'si daha önce hiç doğum yapmamış olup doğum yapanlarda çocuk sayısı ortalaması $1,43\pm 0,62$ 'dir. Olgular gebelikten korunma ve korunma yöntemleri açısından incelendiğinde %50,9'unun herhangi bir yöntemle korunmadığı, korunanların en sık rahim içi araç (RİA), doğum kontrol hapı (OK), kondom ve geleneksel yöntemleri (sırasıyla %34,9, %25, %17,4, %14,5) tercih ettiği saptanmıştır. Olguların %88'i 21-35 günde bir adet görürken %89,1'nin adet süresi 3-7 gün arasında sürmekte ve %74,9'unun adet kanaması 3-5 ped/gün olmakta, %12'si adet dönemlerini sancısız geçirirken %27,4'ünün hafif, %36,3'ünün orta şiddette ve %24,3'ünün şiddetli adet sancısı olmakta, olguların %61,1'i dismenore için ilaç almazken %32,3'ü Nonsteroid antiinflatuvar ilaç(NSAİİ) kullanmaktadır.

Çalışmaya katılan olgular, bilinen psikiyatrik, jinekolojik, nörolojik hastalık, tiroid hastalığı, anemi, postpartum depresyon açısından sorgulanmıştır. Olguların %84,4'ünün bilinen psikiyatrik hastalığı yokken, %7,1'inin Depresyon, %2,3'ünün Anksiyete bozukluğu tanısı vardır. Doğum yapanların %17,4'ü Postpartum

depresyon geçirdiğini belirtmiştir. Olguların %9,1'i over kisti, %2,6'sı myom, %6,9'u migren, %8,3'ü Hipotiroidi, %18,9'u anemi tanıları aldıklarını belirtmiştir. Olguların depresyon ve PMS açısından aile öyküleri sorgulandığında %24,6'sının ailesinde depresyon, %28,6'sının anne veya kız kardeşinde PMS olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan olgular sigara, alkol, beslenme özellikleri ve yaşam tarzı hakkında değerlendirilmiştir. Olguların %44'ünün sigara içtiği, sigara içenlerin %66,2'sinin 1-9 adet/gün, %29,2'sinin 10-20 adet/gün, %4,5'inin günde 21 adetten fazla sigara içtiği, %30,3'ünün alkol aldığı, alkol alanların %33'ünün haftada 1-2 kadeh, %19,8'inin ayda 1-2 kadeh, %45,3'ünün nadiren alkol aldığı saptanmıştır. Olgulara beslenmelerinde yeterli miktarda taze sebze ve meyva (günde 3-5 porsiyon), yeterli miktarda tahıl ve baklagil (günde 2 porsiyon), yeterli miktarda süt ve süt ürününe (günde 2 porsiyon) yer verip vermedikleri sorulmuş ve sırasıyla%49,1, %41,4 ve %53,4 oranında evet cevabı alınmıştır. Olguların %85,4'ü günlük vitamin takviyesi almazken, %27,4"ü günde 8-9 gramdan fazla miktarda tuz tükettiğini, %38'i beslenmesinin fazla miktarda basit karbonhidrat içerdiğini belirtmiştir. Günlük alınan kafein miktarı olguların %60,6'sında 200 mg ve üzerinde saptanmıştır. Olguların %86,3'ü düzenli fitoterapi almazken, %42,6'sı günde 8 saat düzenli uyuduğunu belirtmiştir. Olguların %63,1 'inin düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler

		Alt-üst sınır	Ortalama±SS
Yaş (yıl)		19-55	30,7±6,7
Ağırlık		43-116 kg	61,4±10,3 kg
Boy		1,40-1,82 cm	1,63±0,06 cm
VKİ		16,30-40,14 kg/m^2	23,02±3,68 kg/m^2
Menarş yaşı		10-17	13,11±1,39
Değişken		Olgu Sayısı	%
Eğitim durumu	Okur Yazar	2	0,6
	İlkokul	30	8,6
	Ortaokul	17	4,9
	Lise	95	27,1
	Üniversite	206	58,9
Medeni durumu	Bekar	141	40,3
	Evli	185	52,9
	Boşanmış	24	6,9
Meslek	Doktor	72	20,6
	Hemşire	116	33,1
	Sekreter	108	30,9
	Temizlik Personeli	54	15,4

Olguların %62,6'sı adet görmekten memnunken %50,3'u her ay, %31,4' üç ayda bir adet görmek istediğini, %13,1 'i ise hiç adet görmek istemediğini belirtmiştir. Adet dönemine bakış açıları sorgulandiğında olguların %62,9'u adet kanamasının sağlığın göstergesi olduğunu belirtmişlerdir.

2. Beck Depresyon leği Sonuçları

Çalışmaya katılan 350 olguya depresyon varlığını belirlemek amacıyla Beck depresyon leği uygulanmıştır. Olguların Beck depresyon leği puanları 0 ile 47 arasında değişmekte olup ortalama puan $9,31 \pm 8,83$ 'dr. Beck depresyon leği puanları 17 ve üzeri olanları depresyon kabul edildiğinde, depresyonu olan 64(% 18,3) kişinin ortalama puanları $24,25 \pm 7,07$ ve depresyonu olmayan 286(%81,7) kişinin ortalama puanları ise $5,97 \pm 4,82$ bulunmuştur.

3. Adet ncesi Bulguları Değerlendirme Formu Sonuçları

Çalışmaya katılan 350 olguya premenstruel sendrom varlığını belirlemek amacıyla PSST uygulanmıştır. Olgular sonuçlara göre üç gruba ayrılmıştır.

Birinci grupta PSST formundaki ilk dört belirtiden en az birini şiddetli, buna ek olarak diğer belirtilerden en az dördünü orta veya şiddetli olarak işaretleyen ve bu belirtiler nedeniyle etkilenen beş durumdan en az birini şiddetli olarak tanımlayan ve böylece PDB için DSM-IV kriterlerini karşılayan 38(%10,9) olgu bulunmaktadır. Bu grup PDB grubu olarak tanımlanmıştır.

İkinci grupta şiddetli semptomları olan ancak DSM-IV kriterlerini karşılamayan ve orta-şiddetli PMS olarak tanımlanan 105(%30) olgu bulunmaktadır. Bu olgular ilk dört belirtiden en az birini orta veya şiddetli, ek olarak diğer belirtilerden en az dördünü orta veya şiddetli olarak ve bu belirtiler nedeniyle etkilenen durumlardan en az birini orta veya şiddetli olarak tanımlamıştır.

nc grupta bu belirtileri hafif ya da yok olarak işaretleyen ve hafif PMS veya PMS'si yok olarak tanımlanan 207(%59,1) olgu bulunmaktadır.

Yaş, ağırlık, boy, menarş yaşı ve VKİ açısından karşılaştırıldığında PDB olan ve olmayanlar ve PMS olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark yoktur.

Eğitim durumu ve meslekler açısından karşılaştırıldığında PDB olanlarla olmayanlar arasında fark saptan-

mamıştır. Medeni durumlar açısından bakıldığında evlilerle karşılaştırıldığında bekar ve boşanmışlarda PDB daha sık görülmektedir (p:0,015).

PMS olanlarla olmayanlar arasında eğitim durumu, medeni durum ve meslek açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Gebelikten herhangi bir yöntemle korunmayanlarda hem orta şiddetle/şiddetli PMS hem de PDB sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur (rahim içi araç için p:0,018 ve doğum kontrol hapı için p:0,041).

Adet sıklığı, süresi ve kanama şiddeti açısından bakıldığında PDB olanlarla olmayanlar arasında fark yoktur. Dismenore şiddeti arttıka PDB daha sık görülmektedir (p:0,001).

Kanaması fazla olanlarda PMS sık görülürken adet sıklığı ve süresi açısından fark yoktur. Dismenore şiddeti arttıka PMS daha sık görülmektedir (p:0,001).

Postpartum depresyon geçirenlerde PMS ve PDB görülme oranları geçirmeyenlere göre yüksektir (sırasıyla p:0,016, p:0,005).

Jinekolojik, nörolojik hastalık tanısı, tiroid hastalığı ve anemi açısından PMS olan ve olmayanlar arasında fark yoktur.

Ailede PMS yks olanlarda PDB daha sık görülürken, ailede depresyon öyküsü ile PDB arasında ilişki saptanmamıştır (p:0,002).

Ailede depresyon öyküsü olanlarda ve PMS daha sık görülürken, ailede PMS yks ile PMS arasında ilişki saptanmamıştır (p:0,011).

Sigara içenlerde PDB daha sık görülmektedir. İçilen sigara miktarı, alkol alımı ve alınan miktar PDB sıklığını etkilememektedir (p:0,042).

Sigara içimi, içilen sigara miktarı, alkol alımı ve alınan alkol miktarı ile PMS arasında ilişi saptanmamıştır (p:0,042), (Tablo 3).

Yeterli miktarda tahıl-baklagil aldığını belirtenlerde PDB sıklığı anlamlı olarak az bulunurken (p:0,005), diyetinin fazla miktarda tuz içerdiğini belirtenlerde PDB sıklığının arttığı saptanmıştır (p:0,014). Diğer beslenme özellikleri açısından bakıldığında PDB görülme oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Beslenme zellikleriyle PMS arasında anlamlı ilişi saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 2. Eğitim durumu, medeni durum ve mesleğin PMS üzerine etkisi

		PSST		Test Değeri
		PMS var OS (%)	PMS yok OS (%)	
Eğitim Durumu	İlkokul	6 (20,7)	23 (79,3)	$x^2 : 2,89$ $p : 0,40$
	Ortaokul	6 (42,9)	8 (57,1)	
	Lise	29 (35,8)	52 (64,2)	
	Üniversite	64 (34,0)	124 (66,0)	
Medeni Durum	Bekar	46 (38,3)	74 (61,7)	$x^2 : 2,79$ $p : 0,24$
	Evli	55 (31,8)	118 (68,2)	
	Boşanmış	4 (21,1)	15 (78,9)	
Meslek	Doktor	26 (39,4)	40 (60,6)	$x^2 : 7,22$ $p : 0,65$
	Hemşire	37 (34,9)	69 (65,1)	
	Sekreter	34 (36,6)	59 (63,4)	
	Temizlik Personeli	8 (17,0)	39 (83,0)	

Tablo 3. Alkol ve sigara içme ve miktarlarla PMS ilişkisi

		PSST		Test Değeri
		PMS var OS (%)	PMS yok OS (%)	
Sigara	İçiyor	49 (37,1)	83 (62,9)	$x^2 : 1,23$ $p : 0,26$
	İçmiyor	56 (31,1)	124 (...?)	
Sigara Miktarı	1-9 adet/gün	36 (39,1)	56 (60,9)	$x^2 : 0,66$ $p : 0,71$
	10-20 adet/gün	11 (31,4)	24 (68,6)	
	>20 adet/gün	2 (40,0)	3 (60,0)	
Alkol	İçiyor	28 (...?)	62 (68,9)	$x^2 : 0,36$ $p : 0,54$
	İçmiyor	77 (34,7)	145 (65,3)	
Alkol Miktarı	Nadir	12 (27,3)	32 (72,7)	$x^2 : 0,95$ $p : 0,81$
	Ayda 1-2 kadeh	6 (37,5)	10 (62,5)	
	Haftada 1-2 kadeh	9 (32,1)	19 (67,9)	

Tablo 4. Beslenme Özellikleriyle PMS ilişkisi

		PSST		Test Değeri
		PMS var OS (%)	PMS yok OS (%)	
Taze Sebze/Meyva Alımı	Evet	53 (33,8)	104 (66,2)	$x^2 : 0,16$ $p : 0,92$
	Hayır	17 (31,5)	37 (68,5)	
	Bazen	35 (34,7)	66 (65,3)	
Tahıl Baklagil alımı	Evet	49 (35,3)	90 (64,7)	$x^2 : 0,36$ $p : 0,83$
	Hayır	17 (30,9)	38 (69,1)	
	Bazen	39 (33,1)	79 (66,9)	
Süt / Süt ürünleri	Evet	59 (34,5)	112 (65,5)	$x^2 : 0,52$ $p : 0,76$
	Hayır	15 (36,0)	26 (63,4)	
	Bazen	31 (31,0)	69 (69,0)	
Vitamin Takviyesi	Evet	92 (34,5)	175 (65,5)	$x^2 : 0,53$ $p : 0,46$
	Hayır	13 (28,9)	32 (71,1)	
Kafein Miktarı	<200 mg/gün	42 (33,3)	84 (66,7)	$x^2 : 0,01$ $p : 0,92$
	>=200 mg/gün	63 (33,9)	123 (66,1)	
Fazla Miktarda Tuz	Evet	27 (34,6)	51 (65,4)	$x^2 : 0,47$ $p : 0,78$
	Hayır	58 (32,2)	122 (67,8)	
	Bazen	20 (37,0)	34 (63,0)	
Basit Şeker alımı	Evet	44 (38,6)	70 (61,4)	$x^2 : 3,39$ $p : 0,18$
	Hayır	29 (27,1)	78 (72,9)	
	Bazen	32 (35,2)	59 (64,8)	
Uyku	Evet	38 (28,4)	96 (71,6)	$x^2 : 3,71$ $p : 0,15$
	Hayır	30 (34,5)	57 (65,5)	
	Bazen	37 (40,7)	54 (59,3)	
Egzersiz	Evet	22 (38,6)	35 (61,4)	$x^2 : 2,26$ $p : 0,32$
	Hayır	68 (34,5)	129 (65,5)	
	Bazen	15 (25,9)	43 (74,1)	

Adet gormekten memnun olduğunu belirtenlerde PDB anlamlı olarak az saptanmıştır (p:0,013).

Beck depresyon olçeği sonucuna göre depresyonu olanlarda hem PDB hem de PMS görülme sıklığı anlamlı düzeyde artmaktadır (sırasıyla p: 0,015 ve p.0,011).

PSST formunda yer alan belirtiler üç kategori açısından tek tek incelendiğinde, tüm belirtilerin PDB ve şiddetli/orta şiddetli PMS grubunda PMS yok/hafif PMS grubundan daha sık grldği saptanmıştır. PDB ve şiddetli/orta şiddetli PMS grupları ele alındığında "aşırı uyku/uyku ihtiyacında artma" dışındaki tüm belirtiler PDB grubunda daha sık görülmüştür. PDB ve şiddetli/orta şiddetli PMS gruplarında en sık görülen belirtiler sırasıyla "kızgınlık/asabiyet" ve "fiziksel belirtiler" iken PMS yok/hafif PMS grubunda en sık görülen belirti "fiziksel belirtiler" dir. PSST formunda en az bir belirtinin işaretlenme oranı %87,4'tür.

TARTIşMA

Premenstruel sendrom, genç ve orta yaş kadınlarda görülen, menstruel döngünün luteal fazında ortaya çıkan, hemen her adet döngüsünde tekrarlayan ruhsal ve fiziksel belirtilerin grldği bir bozukluktur (1). Yapılan çalışmalarda kadınlara yaklaşık %90'ında premenstruel belirtilerin grldği, %20'sinde şiddetli PMS olduğu, ancak DSM-IV kriterlerini karşılayıp PDB tanısı alacak şiddette belirtilerin sadece %5-8 kadında grldği belirtilmiştir (2,3,4). Ancak alışmalarda PMS tanısı için kullanılan yöntem, çalışma örneklemini gibi faktörler nedeniyle sıklık %1 ile %90 arasında değişmektedir. Avustralya'da göçmenlerde yapılan bir çalışmada Yunan ve Avustralyalı kadınlarda premenstruel belirtiler %80 oranında görülürken, bu oran Vietnamlı kadınlarda %42'dir (5).

Yine Japon kadınlarda yapılan bir çalışmada orta/şiddetli PMS sıklığı %5 iken PDB sıklığı sadece %1'dir (6). Türkiye'de sağlık alışanlarında(doktor ve hemşire) yapılan bir çalışmada PMS oranı %20,1 bulunmuştur (7). Yine Manisa ilinde yapılan bir çalışmada şiddetli PMS belirtilerinin yaygınlığı %6,1 saptanmıştır (8). 18-55 yaş arasında 519 kadında PSST formu kullanılarak yapılan bir çalışmada PDB sıklığı %5,1, Orta şiddette/şiddetli PMS oranı %20,7 saptanmıştır (4).

Bu alışmada PSST formundaki belirtilerden en az birini hafif, orta ya da şiddetli olarak işaretleme oranı, yani premenstruel belirti görülme oranı %87,4'tür. Orta şiddette/şiddetli PMS %30, PDB %10,9 oranında saptanmıştır. PDB ve PMS'nin yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında daha sık görülmesinin sebebi çalışan kadınlarda yapılması ve çalışma ortamındaki stres düzeyinin ykseklıği ve iş yükü fazlalığı olabilir.

Bazı çalışmalarda yaşla PMS sıklığının arttığı belirtilse de bu kanıtlanamamıştır (7). Yaşla PMS/PDB sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca çalışmalarda çalışan kadınlarda PMS 'nin daha sık grldği belirtilmiştir (7). Sağlık alışanlarında yapılan bir çalışmada PMS hemşirelerde daha sık grldği saptanmıştır (7). Bu çalışmada meslek grupları arasında PMS/PDB sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Boşanmış ve dullarda PMS sıklığının arttığını belirten çalışmalar vardır (1). Bu çalışmada da bekar, boşanmış ve dullarda PDB sıklığının arttığı saptanmamıştır.

Premenstruel belirtiler içinde en sık görüleni "kızgınlık/asabiyet" tir (4, 9,10). Bu alışmada PDB ve şiddetli/orta şiddetli PMS olgularında bu belirtinin görülme oranı sırasıyla %97,3, %89,6'dır. Çalışmalarda PMS tanısı almayan ya da hafif düzeyde premenstruel şikayetleri olanlarda en sık görülen belirti şişkinlik, memede hassasiyet gibi fiziksel belirtilerdir (4). Bu alışmada PMS yok/hafif PMS grubunda en sık görülen belirti fiziksel belirtilerdir ve sıklık %40,1' dir.

Dismenore ve adet düzeni değişiklikleri en sık görülen jinekolojik şikayetlerdendir ve dismenore postpubertal kadınlara %50'sinden fazlasında görülür ve kadınlara %10'unda ayın 1 ila 3 gününde işgücü kaybına yol açacak kadar şiddetlidir (12). Diğer menstruel dönem şikayetlerinin aksine dismenorenin psikiyatrik semptomatolojiyle ilişkisi olmadığı düşünülür (11). Bu çalışmada dismenore sıklığı %88 olarak saptanmıştır. Olguların %36,3' adet ağrıların orta şiddette, %24,3' şiddetli olduğunu belirtmiştir. Ancak olguların %61,1'i dismenore için ilaç tedavisine başvurmamaktadır. Dismenore görülme sıklığı ve şiddetli dismenore oranı literatürde belirtilenden yüksektir. Bu durum, çalışmaya katılan grubun özelliklerinden ve ağrı şiddetinin sorgulamasının öznel olmasından kaynaklanabilir. PMS ve PDB görülme sıklığı açısından karşılaştırıldığında dismenore şiddeti arttıca hem PMS hem de PDB görülme sıklığı artmaktadır.

Çalışmada olguların %88'i 21-35 günde bir adet görürken, %89,1'inin adet süresi 3-7 gün arasında sürmekte ve % 74,9'unun adet kanaması 3-5 ped/gün olmaktadır. Olguların yaklaşık %80'inin düzenli adet gördüğünü söyleyebiliriz. Adet düzeni ile PMS/PDB oranları karşılaştırıldığında sıklık ve süre açısından gruplar arasında fark saptanmazken, kanama şiddeti günde 6 pedden fazla olanlarda orta şiddette/şiddetli PMS'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Olgular doğum kontrol yöntemleri açısından sorgulandığında %50,9'unun herhangi bir yöntemle korunmadığı, korunanların en sık rahim içi araç(RİA), doğum kontrol haptı (OK), kondom ve geleneksel yöntemleri (sırasıyla %34,9, %25, %17,4, %14,5) tercih ettiğı saptanmıştır. Gebelikten herhangi bir yöntemle korunmayanlarda hem orta şiddette/şiddetli PMS hem de PDB sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum 3 şekilde açıklanabilir: 1) Çalışma grubu nispeten gençtir ve yaklaşık %50'si bekar veya boşanmış/duldur. Sosyokültürel ve dini nedenler göz önünde bulundurulduğunda bu grup cinsellikten uzak durduğu için gebelikten korunma ihtiyacı hissetmemektedir. Korunmama oranı çok yüksek olduğu için bu oran anlamlı çıkmış olabilir.

2) Aynı şekilde bu grup yaş ve medeni durum açısından PMS/PDB sıklığının arttığı bir gruptur. 3) Hastalarımızda en sık 2.nci tercih edilen doğum kontrol yöntemi oral kontraseptiflerdir. Bazı çalışmalarda OK'ların özellikle ilaç alımına ara verildiğı 7 günlük dönemde PMS belirtilerinde şiddetlenmeye neden olduğu belirtilse de ACOG'un tedavi önerilerinde 3.ncü basamak tedavi olarak yer almaktadır(1,12,13). OK kullanımının gebelikten korunan gruba PMS sıklığını azaltıcı bir yararı olabilir. Ancak en sık tercih edilen yöntem olan RİA ile bu durum arasında bağ kurmak güçtür.

Ancak ilginç olarak yöntemlerle PMS/PDB görülme oranları karşılaştırıldığında hem RİA hem de OK kullananlarda PDB ve PMS görülme sıklığı anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Bu durumun yöntem sorgulamasının daha ayrıntılı yapıldığı, yöntem kullanımının daha yüksek olduğu bir grupta tekrar incelenmesi uygun olabilir.

Bu çalışmada depresyon sıklığı %18,3 olarak bulunmuştur. PDB'si olanlarda depresyon sıklığı %42,5, PMS'si olanlarda depresyon sıklığı %51,1'dir.

Daha önceki psikiyatrik hastalık tanılarını sorgulandığında bilinen depresyon tanısı olanlarda PDB sıklığı

anlamlı olarak yüksektir. Çalışmaya göre PMS/PDB ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ancak bu ilişkinin var olan depresyonun luteal dönemde kötüleşmesiyle mi ilgili olduğu açık değildir. Bunun için luteal dönem ve folliküler dönemde ölçeklerin tekrarlanması veya ileriye dönük belirti analizi yapılması uygun olabilir.

Ayrıca PDB tanı kriterlerinden birçoğu aynı zamanda depresyon tanı kriterlerinde de bulunmaktadır. Bu nedenle bu iki durum arasında net ayırım yapılamamaktadır. PDB tanısı, belirti günlüğü gibi ileriye dönük yöntemlerle doğrulanmalı, olguların eksen I tanılarını da araştırılmalıdır.

Diğer psikiyatrik bozukluklar yanında PMS'li hastalarda postpartum depresyon görülme sıklığı da yüksektir (14,15). Bu çalışmada da postpartum depresyon geçirdiğini belirtenlerde PMS ve PDB görülme oranları geçirmeyenlere göre yüksektir.

Yapılan çalışmalarda PMS'li hastalarda %10 oranında subklinik hipotiroidi saptanmış olup bu normal kişilerle uyumlu bulunmuştur(16). PMS patofizyolojisinde TRH'nın rolü olabileceğı düşünülmüş ancak bu konuda yeterli kanıt bulunamamıştır. Bu çalışmada da olgular tanı konmuş tiroid hastalığı açısından sorgulanmış ve PMS/PDB görülme oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır.

PMS fizyopatolojisinde rolü olabileceğı düşünülen progesteron seviyelerindeki ani düşüşün aynı zamanda anksiyeteye yol açtığı ve epileptik nöbetleri tetikleyebileceğı hayvan deneylerinde gösterilmiştir(17). Çalışmada olgular tanı konmuş nörolojik hastalık açısından sorgulanmış ve epilepsi ve migren tanılılarda PDB sıklığının arttığı saptanmıştır.

PMS'li kadınların ailelerinde de psikiyatrik hastalık ve PMS öyküsü bulunduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır(18). Bazı çalışmalarda annelerinde PMS olan kadınlarda, annesinde PMS olmayan kadınlara göre PMS gelişme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (%70'e %37), (19, 20). Ayrıca yapılan ikiz çalışmalarında PMS görülme oranlarının tek yumurta ikizlerinde daha yüksek olması genetik özelliklerin etiyolojide yer alabileceğini düşündürmektedir(21). Depresyon ve PMS açısından aile öyküsü sorgulanan olgulardan aile öyküsü olanlarda PDB ve PMS görülme sıklığı fazladır ve PDB'liler için ailede PMS öyküsü varlığı, PMS'liler için ise ailede depresyon öyküsü varlığı sıklığı artırma açısından anlamlı bulunmuştur.

Yapılan alışmalar sonunda PMS'de bazı diyetetik faktörlerin önemli olduğu, fazla karbonhidrat tüketenlerde, aşırı yeme davranışı olanlarda, çok kafein alanlarda, semptomların daha fazla görüldüğu saptanmıştır (22).

Bu çalışmada sigara içenlerde PDB sıklığı anlamlı olarak artmıştır. PMS sıklığında da artış saptanmış, hem PMS hem de PDB sıklığındaki artışın içilen sigara miktarıyla arttığı saptanmış olup fark anlamlı bulunmamıştır. Alkol tüketimiyle PMS/PDB arasında ilişki saptanmamıştır. Beslenme özellikleri açısından olgular sorgulanmıştır. Beslenmelerinde yeterli miktarda tahıl ve baklagile yer verdiğini belirtenlerde PDB sıklığı daha az saptanmıştır. Yine tuz tüketimi ile PDB sıklığı arasında ilişki saptanmıştır. Buna göre diyetle fazla miktarda tuz alanlarda PDB daha sık görülmektedir. Diğer beslenme özellikleri(taze sebze meyve tüketimi, yeterli miktarda süt ve süt ürünleri alımı, diyetle kompleks karbonhidratlara yer verilmesi vb), kafein miktarı, uyku ve egzersiz gibi özellikler açısından PMS/PDB arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Bu sonuçlara göre sigara içilmemesi önerilebilir. Beslenme ile ilgili sorgulamalar subjektif değerlerle yapılmıştır.

Sonuç olarak premenstruel belirtiler kadınların yaklaşık %80'ini etkileyen, özellikle şiddetli belirtiler gözlemlendiğinde yaşam kalitesini düşüren, işgücü kaybına yol açan önemli bir sağlık problemidir. Şikayetlerin öznel ve geniş bir yelpazede olması, tanı yöntemlerinin çok çeşitli olması ve nesnel tanı yönteminin olmaması, hastalara göre belirti çeşidi ve şiddetinin çok farklı olması ve nedeninin tam olarak açıklanamamış olması nedeniyle etkin ve üzerinde fikir birliğine varılmış bir tedavi programının geliştirilmemiş olması bu konuyla ilgilenen sağlık çalışanlarını ve bu durumdan etkilenen kadınları olumsuz etkilemektedir. Ayrıca fiziksel olduğu kadar ruhsal belirtilerin de bu tabloda görülmesi hastalara yaklaşımı etkilemektedir.

Hastane alışanlarında orta şiddette/şiddetli PMS sıklığı %30, Premenstruel Disforik Bozukluk (PDB) sıklığı %10,9 saptanmıştır. PMS olmayanlarda en sık fiziksel belirtiler görülürken, PMS/PDB olanlarda en sık görülen belirti "kızgınlık/asabiyet" tir. Bekar ve boşanmış kişilerde, fazla miktarda tuz kullananlarda, sigara içenlerde, ailesinde PMS veya depresyon öyküsü olanlarda, bilinen depresyon, postpartum depresyon, epilepsi ve migren tanısı olanlarda PDB sıklığının arttığı saptanmıştır. Dismenore ve adet kanaması şiddeti arttıkça PDB sıklığında artış tespit edilmiştir.

Gebelikten herhangi bir yöntemle korunanlarda, yöntemler arasında da oral kontraseptif (OK) ve rahim içi araç (RİA) ile korunanlarda PMS/PDB sıklığının azaldığı saptanmıştır. Depresyonu olanlarda PMS/PDB sıklığında anlamlı artış gözlenmiştir.

alışan kadınlarda iş gücü kaybına da sebep olması nedeniyle önemli bir sorun olan premenstruel sendrom için risk faktörlerinin ve eşlik eden hastalıkların belirlenmesi tanı ve tedaviye yardımcı olacaktır. Bu nedenle premenstruel sendrom hakkında hastane çalışanlarının bilgilendirilmesi, tanı ve tedavi konusunda hekimlerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, PMS'li olguların yaşam tarzı değişiklikleri ve etkin yöntemleri ile tedavi edilmelidirler.

Araştırmacılara;

1. Bu çalışmanın farklı meslek gruplarında çalışan kadınlarla yapılması,
2. alışan ve çalışmayan kadınları karşılaştırmalı olarak premenstruel semptomların görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi,
3. Premenstruel semptomları tanı değerini saptamaya yönelik araçları kullanılıp sonuçlarının karşılaştırılması ve yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *J Obs Gynaecol* 2007;130:4-17.
2. Yonkers KA, O'Brien PM, Erisson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371:1200-10.
3. Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Gynecol* 2007;20:3-12.
4. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 2003;6:203-9.
5. Hasin M, Dennerstein L, Gotts G. Menstrual cycle related complaints: a cross-cultural study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1988 ;9(1):209-12.
6. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women. *Arch Women's Ment Health* 2006;9:209-12.
7. Demir B, Algül LY, Güvedağ Güven ES. Sağlık alışanlarında premenstruel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Turc Soc Obstet Gynecol.* 2006;3(4):262-70.
8. Adıgüzel H, EO Taşkın, AE Danacı. Manisa ilinde premenstruel sendrom belirti örutüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(3):215-22.
9. Borenstein J, Dean B, Endicott J, Wong J, Brown C, Dickerson V, et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 2003; 48:515-24.

10. Pearlstein T, Yonkers K, Fayyad R, Gillespie J. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord* 2005;85 :275-82.
11. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 168-78.
12. Sulak PJ, Scow RD, et alL. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Am J Manag Care* 2005;11:492-7.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual syndrome. Washington, DC: National Guideline Clearinghouse, 2000.
14. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:924-30.
15. Dennerstein L, Lehert P, Riphagen F. Post partum depression-risk factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1989;10:53-67.
16. Korzekwa MI, Lamont JA, Steiner M. Late luteal phase dysphoric disorder and the thyroid axis revisited. *J Clin Endocrinol Metab* 1996;81 (June (6)): 2280-4.
17. Smith SS, Gong QH. Neurosteroid administration and withdrawal alter GABA-A receptor kinetics in CA1 hippocampus of female rats. *J Physiol* 2005;564 (April (Pt 2)):421-36.
18. Dennerstein L. Intercultural differences in the prevalence of premenstrual syndrome. *Gynaecol Forum* 2008;3:13-5.
19. Yonkers KA. Anxiety symptoms and anxiety disorders: How are they related to premenstrual disorders. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl 3):62-67.
20. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact and burden of premenstrual dysphoric disorder (pMSIPMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28:1-23.
21. Treolar SA, Heath AC, Martin AG. Genetic and environmental influences on Premenstrual symptoms in an Australian twin sample. *Psychol Med* 2002;32:25-38.
22. Nagata C, Hirokama K, Shimizu N, Shimizu H. Soy, Fat and Dietary Factors in Relation to Premenstrual Symptoms in Japanese Women. *Int J Obstet Gyn*, 2004;111(6): 594-599.

İLETİŞİM

Uz. Dr. Dinçer ATİLA
Bahçesaray Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü
Bahçesaray/VAN
E-posta: dinceratila35@hotmail.com
Tel: 0531.7999825-0553.4219651