

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA DİSMENORE
SIKLIĞI VE ŞİDDETİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayça UZUN ÖĞER

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

TEMMUZ-2018

İZMİR

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA DİSMENORE
SIKLIĞI VE ŞİDDETİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayça UZUN ÖĞER

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

TEZ DANIŞMAN YARDIMCISI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

TEMMUZ-2018

İZMİR

TEZ ONAY SAYFASI

T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ ADI

ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA DİSMENORE
SIKLIĞI VE ŞİDDETİ

TEZİ HAZIRLAYAN

Dr. Ayça UZUN ÖĞER

Aile hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma tarafımızca incelenerek her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

Üye :

Üye :

Üye :

Prof.Dr.....

Tıp Fakültesi Dekanı

TEŞEKKÜR

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen sevgili anne ve babama öncelikle;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana ışık tutan, tez konusu seçimim ve tez çalışmalarım süresinde yardım ve desteklerini esirgemeyen, aynı zamanda tez danışmanım da olan aile hekimliği anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL başta olmak üzere;

Kişilik, karakter, bilgi ve deneyimleriyle kendime örnek aldığım çok sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülseren PAMUK 'a ve tüm hocalarıma,

Hayatıma girdiği süreç boyunca olduğu gibi tez sürecimde de bana ilgi ve desteğini esirgemeyen çok sevdiğim eşim Güray ÖĞER'e sonsuz teşekkürler ederim...

Dr. Ayça UZUN ÖĞER

İzmir,2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
SİMGELER VE KISALTMALAR	IV
TABLolar DİZİNİ	V
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Menstruasyonun Tarihçesi	3
2.2.Menstruasyonun Fizyolojisi	3
2.2.1. Menstrual Siklus Evreleri	4
2.2.1.1. Overial Siklus	4
2.2.1.1.1. Foliküler Faz	4
2.2.1.1.2. Ovulasyon	5
2.2.1.1.3.Luteal Faz	5
2.2.1.2. Endometrial Siklus	5
2.2.1.2.1. Proliferatif Faz	6
2.2.1.2.2. Sekretuar Faz	6
2.2.1.2.3. Menstrual Faz	7
2.3. Menstruasyonun Fizyopatolojisi	7
2.3.1. Premenstrual Sendrom	7
2.3.2.Amenore	8
2.3.3.Disfonksiyonel Uterin Kanama	8
2.3.4.Dismenore	8
2.3.4.1.Primer Dismenore	10
2.3.4.1.1. Primer Dismenore Tedavisi	11
2.3.4.2.Sekonder Dismenore	15
2.3.4.2.1.Sekonder Dismenore Tedavisi	17
3.GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1.Çalışma Evreni	18
3.2. Dahil Olma Kriterleri	18
3.3 Dışlama Kriterleri	18
3.4. Veri Toplama Araçları	19

3.5. İstatistiksel Analiz	19
4.BULGULAR	21
5.TARTIŞMA	34
6.SONUÇ	39
ÖZET	
SUMMARY	
KAYNAKLAR	
EKLER	



SİMGELER VE KISALTMALAR

İKÇÜ: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

EASM :Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

PMS: Premenstrual Sendrom

GnRH: Gonadotropin- Releasing Hormon

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

mm: Milimetre

LH: Luteinizan Hormon

PGF2a: Prostaglandin F2 alfa

PGE2: Prostaglandin E2

NSAİD: Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaç

TENS: Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

VAS: Vizuel Analog Skala

OKS:Oral Kontraseptif

RİA:Rahim İçi Araç

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1: Dismenorenin Ağrı Düzeyine Göre Sınıflandırılması

Tablo 2.2: Primer ve Sekonder Dismenore Arasındaki Farklar

Tablo 4.1: Kadınların Sosyo - Demografik Bilgileri

Tablo 4.2: Kadınların Doğum, Premenstrual Semptom, Korunma Yöntemi ve Menstruasyon Bilgilerinin Dağılımı

Tablo 4.3: Kadınlarda Dismenore Sıklığı Dismenorenin İş / Okul Gücü Kaybı

Tablo 4.4: Dismenorenin Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Öykülerine Göre İstatistiksel Sonuçları

Tablo 4.5: Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvuran Hastaların Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

Tablo 4.6: Dismenore Şikayetiyle Acil Servise Başvuran Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

Tablo 4.7: Dismenorenin Ağrı Kesiciye Yanıtının ve Dismenoreye Bağlı İş Devamsızlığının Çeşitli Değişkene Göre İstatistiksel Sonuçları

Tablo 4.8: Kadınların Doğum Sayısının, Kronik Hastalık Varlığının ve Sürekli İlaç Kullanımının, Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünü Düşünen Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüyle İlişkili İstatistiksel Dağılımları

Tablo 4.9: Ailede Dismenore Varlığının Çeşitli Değişkenlere Göre İstatistiksel Sonuçları

Tablo 4.10: Premenstrual Semptomlar ve Premenstrual Semptom Şikayeti İle Doktor Başvurusu Yapan Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

1.GİRİŞ:

Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaş arası adölesan dönem olarak kabul edilmektedir ve bu dönem sekonder seks karakterlerinin başlangıcından seksüel olgunluğa, çocukluktan erişkinliğe doğru gelişen geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır (1).

Bireyin cinsiyetine bağlı bazı özellikler intrauterin dönemde oluşmakla birlikte cinsiyete özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal davranışlar doğumu izleyen büyüme gelişme dönemlerinde devam etmektedir. Üreme fonksiyonlarının normal devam edebilmesi için bütün organizmada özellikle üreme organlarında menarştan menopoza kadar devam eden ve her ay düzenli şekilde bazı değişikliklerin olması beklenir. Bu değişikliklerin tümüne menstrüel siklus adı verilir (2).

Menstruasyon başlangıcından 7-10 gün öncesinde ortaya çıkabilen, menstruasyonun başlamasından itibaren birkaç günde ortadan kaybolan, çoğu siklusta tekrarlayan, fiziksel, psikolojik, davranışsal semptomlara premenstrual sendrom (PMS), menstruasyon süresince tanımlanan ağrıya ise dismenore denilmektedir (3). Dismenore belirtileri çeşitli şekillerde meydana gelen; vücudun alt bölgelerini etkileyen pelvik ve karın ağrısından oluşmaktadır. Ağrıya ek olarak bulantı-kusma, baş ağrısı, ishal, kabızlık, uyaranlara karşı hassasiyet, yorgunluk, baş dönmesi de görülebilir (4).

Dismenore, primer ve sekonder dismenore olarak ikiye ayrılır. Primer dismenorede organik bir patoloji tespit edilememesine rağmen, sekonder dismenorede pelvik patolojilere rastlanır. Primer dismenore menarşdan kısa süre sonra başlar, ağrı genellikle suprapubik bölgeye lokalize olup kramp veya spazm şeklindedir. Ağrı, adetle birlikte başlar 48-72 saat içinde sonlanır. Sekonder dismenore, başlangıçta adet dönemleri ağrısız olmasına karşın daha sonraki yıllarda, çoğunlukla 25 yaş sonrasında, adetlerin ağrılı olmasıdır. Ağrı adetten önce başlayabilir ve adetten sonra da bir kaç gün sürebilir (5). Kadınların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerini ve performansını olumsuz etkileyen dismenore, kadınlarda iş günü kaybı ve okul devamsızlığına neden olabilmektedir (6,7).

Bu alışmada, İKÇÜ Narlıdere 4 Nolu EASM 15 Nolu Birim' e başvuran hastalarda dismenore sıklığı, şiddeti ve iş/okul hayatına etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menstruasyonun Tarihi

Ergenliğe ulaşan birçok kadın tarafından yaşanan bir deneyim olmasına rağmen menstruasyon tarihin ilkel dönemdeki insanlar tarafından uzun bir dönem anlaşılamamıştır. Yazı öncesi dönemdeki önemli bir anlamı olduğundan, menstruasyon kanı büyümlü ve gizemli olarak görülmüştür (5).

Menstruasyon, uzun yıllar bir evrensel bir tabu olarak kabul görmüştür. Sessiz kalmak ve mahremiyet, özellikle yirminci yüzyılın erken ve orta yıllarında, menstruasyonla alakalı önemli konular olmuştur. Fakat başta batı ülkeleri olmak üzere zamanla menstruasyon gizlenen bir beden olayı olmaktan çıkmıştır (8,9).

2.2. Menstruasyonun Fizyolojisi

Dişi üreme sistemi, erkeğinkinden çok daha farklıdır. Menstrual döngü; hipotalamus, hipofiz bezi ve ovaryum hormonları arasında etkileşim yaratan, biyolojik ritimdir.

Kadın üreme sisteminde menstruasyonun oluşabilmesi için 5 durum gerekmektedir.

Bunlar;

- Hipotalamustan, gonadotropin- releasing hormon (GnRH) uyarısı olmalı,
- Hipofizden overleri uyuracak gonadotropin salgılanmalı,
- Overlerde gonadotropinlere cevap verecek folikül bulunmalı,
- Endometrium hormonal uyarılara cevap verebilme yeteneğine ulaşmış olmalı.
- Menstrual kan akışı için genital sistem normal anatomik yapıda olmalıdır.

Hipotalamustan salgılanan GnRH hipofizi uyarır ve overlere etki eden gonadotropin salgınımına neden olur. Uyarılan overlerde hem gamed gelişimi hemde steroid sekresyonu oluşur. Bu olay normalde otonom gerçekleşir. Ancak çevreden emosyonel, ışık, koku ve ses gibi çeşitli uyarılar hipotalamusu etkiler. Overden salınan östrojen ve progesteron ise endometriumu gebelik için hazırlarken, aynı

zamanda hipotalamus ve hipofizi etkileyerek gonadotropin salınımını kontrol eder (10). Eğer siklus sonunda başarısız fertilizasyon olursa endometrium dışarı atılır ve bu kendini menstrual kanama ile gösterir. Her döngünün başlangıcını kanamanın ilk günü belirler. İlk adet görmeden sonraki ilk beş ile yedi yıl içinde menstrual siklus önemli ölçüde farklılık gösterir. Döngülerin çoğunluğu iki ile yedi gün menstrüel kanamayla 21 ile 45 gün sürer (11,12). Bir siklustaki toplam kan kaybı 20-60 santimetreküp kadardır (10). İlk menarş yılında, döngülerin yaklaşık %50' si anovulatuardır. Düzenli ovulasyon döngüleri oluşturmak için gereken süre, menarş sırasında artan yaşla birlikte artmaktadır (13,14).

2.2.1. Menstrual Siklus Evreleri

Menstrual siklusun başlangıç günü adet kanamasının ilk günü kabul edilir ve ovaryal ve endometrial siklusolarak iki kısımda incelenir (5,15).

2.2.1.1. Ovarial Siklus

Ovarial siklusun amacı her menstrual fertilizasyon için, 23 kromozomlu dişi cins hücrelerini üretmektir (15,16). Overdeki siklus değişiklikleri 3 kısımda incelenir.

2.2.1.1.1. Foliküler Faz

Foliküler faz, Folikül Uyarıcı Hormon (FSH) etkisi altındadır. Folikülojenez, bir önceki siklusun geç luteal fazında başlar; yumurtlamaya giden folikül, gelişmekte olan antral foliküllerin bir kohortundan türetilmiştir (17). FSH'n etkisiyle siklusun 5 ile 7. gün arasında, her iki yumurtalıkta da 2 ile 6 milimetre (mm) boyutunda değişen sayıda küçük bir folikül görülebilir (18). Döngünün 8. günü bir folikül 10 mm çapa ulaşarak dominant folikülü oluşturur (19,20). Diğer foliküllerde kısmen büyür fakat dominant folikül boyutuna ulaşamazlar (20). Dominant folikül günde yaklaşık 2 mm büyür, genellikle ovulasyon zamanında 20-25 mm boyutlarına ulaşır (21). Dominant folikülden salgılanan östrojen, folikül hücrelerinin içine dolar ve bu esnada folikül etrafında, overden farklılaşan iki hücre dizisi oluşur. Dışta oluşan tabakaya teka eksterna, içte oluşan tabaka teka interna adı verilir. Ovulasyon zamanı

yaklaşınca östrojenin etkisindeki folikülün içindeki oosit I büyür ve 1. mayoz bölünmesini geçirerek oosit II olur (15).

2.2.1.1.2.Ovulasyon

Dominant folikülün içindeki artan mainin iç basıncı ile, teka internadaki damarların dış basıncı ile en ince yerinden çatlar ve oosit II beraberinde folikül hücreleri ve foliküler mai ile beraber overlerden dışarı atılır. Bu olaya ovulasyon denir. Ovulasyonla atılan oosit II, birinci mayoz bölünmeyi geçirmiş 23 kromozomlu dişi cins hücresidir. Ovulasyon, menstrual siklusun yaklaşık olarak 12-14. günlerine rastlar. Ovulasyon sırasında östrojen kanda en yüksek düzeydedir. Dolayısıyla FSH baskılanmış ve Luteinizan Hormon (LH) seviyesi artmaya başlamıştır (15).

2.2.1.1.3.Luteal Faz

Ovulasyondan sonraki ilk 72 saatte geriye kalan foliküllerin içine kolesterol birikimi olur ve sarı bir renk alır. Buna corpus luteum denir. Ovulasyondan sonra corpus luteum daha çok progesteron ve az miktarda östrojen salgılar. Corpus luteumun en olgunlaştığı dönem ovulasyonun 1. haftasına denk gelir. Bu da tam olarak fertilize olmuş ovumun implantasyon zamanına denk gelir. Eğer fertilizasyon gerçekleşmezse corpus luteum gerilemeye başlar ve progesteron ve östrojen düzeyi düşmeye başlar. Corpus luteum beyaz bir renk alır. Buna corpus albicans denir. Hormon salınımı tamamen kesilince menstrual kanama meydana gelir. Bu faz yaklaşık 13 ile 15 gün arası sürer (15).

2.2.1.2. Endometrial Siklus

Endometrial siklus overyan siklusun etkisiyle kendini fertiliz olmuş ovum için implantasyona hazırlar.

Endometrium tabakası 2 kısımdan oluşur.

-BAZAL TABAKA: Menstrual siklustan etkilenmeyen bazal tabaka, myometriuma en yakın tabakadır. Her siklus sonunda endometriumun yenilenmesi temel görevidir. Diğer adıyla zona bazalis olan bu tabaka hormonal değişikliklerden çok az etkilenir.

-FONKSİYONEL TABAKA: Menstrual sıklıstan aktif etkilenen kısımdır. Kendi içinde zona spongiosa ve zona kompakta olarak iki kısma ayrılır. Zona spongiosa endometrial gland yapılarının bulunduğu kısımdır. Endometriumun 1/3'lük kısmını oluştıran zona kompakta mesntrual sıklusun 14-28. günlerinde şekil değiştirir.

Her sıklusta yaşanan değişiklikler fonksiyonel tabakada oluşır ve menstrual kanama ile dışarı atılır. Endometrial sıklus da 3 ayrı fazda incelenir.

2.2.1.2.1.Proliferatif Faz

Proliferatif faz overyal foliküler fazın etkisi altındadır. Artan östrojen miktarıyla endometriumda proliferasyon olur endometrium kalınlaşır ve bu ovulasyona kadar devam eder. Zona spongiozadaki gland yapılar uzar ve damarlanmada artış olur. Ovulasyon esnasında endometrium kalınlığı 3-4 mm'ye ulaşır. Bu faz menstrual sıklusun yaklaşık olarak 5. günü başlar ve 14. gününe kadar devam eder.

2.2.1.2.2. Sekretuar Faz

Sekretuar faz, ovarial sıklusunun luteal fazının kontrolü altındadır. Bu faz ovulasyonun başlangıcından menstrual kanamaya kadar sürer. Ovulasyonla beraber korpus luteumdan salgılanan progesteronun etkisiyle birlikte endometrial tabakada kalınlaşma başlar. Ovulasyondan bir hafta sonra endometrium tamamen kalınlaşıp, gelişmiştir. Binlerce mikroskopik kan damarı spongioz dokusunun etrafını sarmıştır. Bu sırada endometriumdaki biyokimyasal aktivite de en üst seviyesine çıkmıştır ve endometrium fertilize ovumunyerleşmesi için hazır durumdadır. Ovulasyondan sonraki 1-2 gün içinde fertilizasyon meydana gelme ihtimali vardır. Eğer fertilizasyon gerçekleşmez ise, korpus luteum geriler ve kandaki östrojen ve progesteron düzeyleri azalır. Endometriumun fonksiyonel tabakası geriler ve iskemi oluşır. Endometrium menstruasyona hazır hale gelir. Ovulasyondan sonra 14 gün süren bu faza premenstrual faz da denir (2,15).

2.2.1.2.3. Menstrual Faz

Başarısız fertilizasyon sonrasında korpus luteumun dejenere olmasıyla hormon salgılaması yapamaz. Östrojen ve progesteronun kandaki düzeyinin düşmesi ile endometriumu besleyen arterlerde spazmotik aktivite görülür. Fonksiyonel tabakaya kan akımı azalır ve iskemi ortaya çıkar. İskemi sonucu hücreler ölür, kan damarlarında nekroz ve kanama görülmeye başlar.Uterin kaviteye dökülen doku ve kan uterus kontraksiyonlarını başlatır ve fertilize ovum için oluşturulan bu yatak vajinal yoldan atılır yani menstruasyon meydana gelir. Bu kanama sonunda tüm fonksiyonel tabaka atılır. Sadece beslediği bazal tabaka kalır (2,15).

2.3. Menstruasyonun Fizyopatolojisi

Üreme çağındaki kadınların %75 gibi büyük bir çoğunluğunu etkileyen menstrüel problemlerin sağlık ve toplum üzerine önemli etkileri bulunmaktadır (22,23). En çok karşılaşılan menstrüel sorunlar dismenore, premenstrüel sendrom, amenore ve disfonksiyonel uterin kanamadır.

2.3.1. Premenstrual Sendrom

Premenstrual sendrom, menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan altta yatan bir bozuklukla ilişkili olmayan tekrarlayan, menstruasyon kanaması ile hızla düzelen bir kadının hayatının bazı yönlerini bozduğu fiziksel ve psikolojik belirtiler olarak tanımlanır (24). Premenstrüel disforik bozukluk, yaşamın sosyal ve / veya mesleki yönlerinde ciddi disfonksiyona yol açacak kadar zayıflayan semptomları olan PMS'in şiddetli tezahürüdür (24). Bir kişiye premenstrual sendrom demek için irritabilite, depresyon, labil ruh hali, iştah açılması, ekstremitelerde ödem, ağırlık artışı, konstipasyon, sıcak basmaları, kızgınlık, öfke, letarji ve yorgunluk, unutkanlık, konsantrasyon gibi fiziksel ve psikolojik semptomlardan en az biri görülmelidir (23,25).

2.3.2.Amenore

Amenore, üreme çağındaki kadında menstruasyon kanamasının olmaması durumudur. Bu bir hastalık değil bir semptomdur (6). Adolesan çağıdaki bir kızın 16 yaşına kadar menarş olmaması, primer amenore; menstrüel siklusu olan bir kadında, üç aydan daha uzun süre menstruasyon olmaması, sekonder amenore olarak tanımlanır. Puberte öncesi, gebelik, laktasyon ve menapoz sonrası dönemde menstruasyonun olmaması fizyolojiktir ve fizyolojik amenore olarak adlandırılır. Puberte öncesi, gebelik, laktasyon ve menapoz sonrası dönemde menstruasyonun olmaması fizyolojiktir ve fizyolojik amenore olarak adlandırılır (6).

2.3.3.Disfonksiyonel Uterin Kanama

Lokal veya sistemik bir patoloji olmadığı halde, kanamanın fazla ya da az, beklenilmedik kadar kısa ve ya uzun olduğu menstrüel düzensizliklere denir. Bu kanamaların çoğu menarşın ilk yılları veya perimenapozal dönemde oluşur. Genellikle anovulatuardır ve ovulasyon oluşmadığı için corpus luteum da meydana gelmez. Endometrium da östrojeninproliferatif etkisiyle hiperplazik haldedir ve bu yüzden endometrium dökülerek parça parça veya sürekli kanamalara sebep olabilir (6).

2.3.4.Dismenore

Kökene Yunancaya dayanan dismenore, ağrılı menstruasyon ya dazor adet görme olarak bilinir (26). Doktor başvurusu yapan üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen jinekolojik şikayettir (27).

Dismenore tanısı koymak için kesin tanı kriterleri bulunmamakla beraber üreme çağındaki kadınlarda en az 3 menstruasyon siklusunda adetten birkaç gün önce veya adet günü, daha çok pelvik bölgede ağrı ve menstruasyon öncesi hassasiyet, bulantı, kusma, ishal, kabızlık, kas krampları ve halsizlik şikayetlerinin en az birinin görüldüğü bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (28,29).

Tablo 2.1: Dismenorenin Ağrı Düzeyine Göre Sınıflandırılması

	ÇALIŞMA YETENEĞİ	SİSTEMİK SEMPTOMLAR	ANALJEZİKLER
DERECE 0 Menstruasyon ağrısız ve günlük aktiviteleri etkilemiyor	Etkilenmez	Yok	Gereksiz
DERECE 1 Menstruasyon ağrısız ve nadiren günlük aktiviteleri etkileyebilir. Hafif düzeyde ağrı olabilir ve nadiren analjezik ihtiyacı gerektirebilir.	Nadiren etkilenir	Yok	Nadiren gerekli
DERECE 2 Günlük aktiviteler etkilenebilir ve ağrı orta düzeydedir. Okula devam durumunu etkileyebileceğinden dolayı yardım gereklidir ve bu nedenle analjezik kullanılmalıdır.	Orta düzeyde etkilenir	Az var	Gereklidir
DERECE 3 Günlük aktivite belirgin bir şekilde etkilenmiştir. Ağrı düzeyi şiddetli boyuttadır. Ağrıya bulantı, kusma ve diyare gibi semptomlarda eşlik edebilmektedir. Analjezik alımı etkisiz kalabilir.	Aktiviteler tamamen etkilenir	Belirgin bir şekilde var	Zayıf etki gösterir

Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. American Journal of Obstetrics and Gynecology,1982;144(6):655-60.

Dismenore epidemiyolojisine bakılacak olursa; ülkemizde Pötür ve Kömürcü'nün yaptığı bir çalışmada dismenorenin Türkiye'de görülme sıklığı %81,7 olarak saptanmıştır (30). Yine Türkiye'de Vicdan ve arkadaşlarının lisede okuyan kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %78,1'inin dismenore yaşadığı ve bu nedenle %25,6'sının okulda devamsızlık yaptıkları saptanmıştır (31). Kaba'nın yaptığı çalışmada ise genç kızların %28'inde primer dismenore görüldüğü ve bunların %72'sinin ayda iki gün okul devamsızlığı yaptıkları saptanmıştır (32).

Uluslararası literatür incelendiğinde dismenore prevalansının %56.4 ile %94 arasında değiştiği görülmektedir (33-36). Dismenore yaşayan kadınların, daha sık orta derece ya da şiddetli semptomlar olan bulantı kusma, baş ağrısı, ishal,

yorgunluk, huzursuzluk, baş dönmesi ve bayılma gibi durumları yaşadıklarını ifade etmektedirler (37-39). Yaşanan ağrı ve semptomlar nedeni ile iş gücü kaybı ülke ekonomisini doğrudan etkilemektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık 600 milyon iş saatlik ve 2 milyar dolarlık iş gücü kaybına neden olduğu belirlenmiştir (40,41).

Dismenorenin etyolojisinde 2 teori üzerinde durulmaktadır. Bunlara sebep olarak psikolojik faktörler ve prostoglandinler suçlanmaktadır. Psikolojik faktörlerde anne, kız kardeş ve kız arkadaşlarının adet sancısından etkilenerek onları taklit etme ve ağrı beklentisi içinde olma olarak açıklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda dismenore olan kadınların annesi veya kız kardeşinde dismenore olduğu bulunmuştur (42). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada, ailede dismenore şikayeti olan öğrencilerin daha fazla dismenore yaşadıkları belirlenmiştir (43).

Diğer bir görüş dismenorenin, endometrial prostaglandin F2 alfa (PGF2a) ve prostaglandin E2 (PGE2) oranının fazla üretilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Primer dismenoreli kadınlarda plazma PGE2 ve PGF2 alfanın seviyesinde normalden yüksek düzeyde saptanmıştır (11). Bu bileşiklerin, disritmik uterus kasılmalarına, hiper kontraktiliteye ve uterus iskemisine yol açan artmış uterus kas tonusuna neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca mide bulantısı, kusma ve ishali de bu bileşiklerin gastrointestinal sistemin uyarılması yoluyla açıklayabiliriz. Primer dismenore patogenezinde prostaglandinlerin rolü nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçların (NSAID) sıklıkla primer dismenore semptomlarını hafiflettiği gözlemiyle desteklenir. Anovulatuvar siklusta prostoglandin düşük seviyededir ve genellikle dismenore görülmez (44,45).

Dismenore primer ve sekonder olmak üzere iki sınıfta incelenir.

2.3.4.1.Primer Dismenore

Menstrual ağrının %90'ını oluşturur. Dünya genelinde üreme çağındaki kadınların % 50 ile %90'ı ağrılı adet dönemlerini anlatmaktadır (46,47). Bu kadınların çoğu genç ve primer dismenoresi vardır. Primer dismenore prevalansı ilerleyen yaşla azalır ve primer dismenoresi olan kadınların çoğunun herhangi bir risk faktörü yoktur. Fakat dismenore için risk faktörlerini değerlendiren sistematik

bir derlemede, çoklu demografik, çevresel, jinekolojik ve psikolojik faktörler, vücut kitle indeksi <20 kg / m², sigara kullanımı,30 yaşından küçük olmak, 12 yaşından önce menarş, uzun menstrüel sikluslar / kanama süresi, düzensiz veya ağır adet akışı ve cinsel saldırı öyküsü dahil olmak üzere risk faktörü olarak görülmektedir (48). İlk doğumda daha genç yaş ve daha yüksek parite azaltılmış risk ile ilişkili bulunmuştur (49).Sadece ovulatar siklusların bir özelliğidir. Genellikle menarş sonrasında düzenli ovulasyonun oluşması ile başlar ve ovulasyonun ve progesteron üretiminin olduğu luteal fazda görülür. Luteal fazda salınan progesteron, prostoglandin salınımını stimüle eder ve endometriumda üretilen PGF2a düzeyinde artış görülür. Progtoglandindeki bu artış, uterus bazal tonüsünde yükselmeye, uterus kontraksiyonların sıklığında ve kuvvetinde artmaya ve koordinasyonsuz uterin aktiviteye neden olmaktadır (7).

Primer dismenore olan kadınların menstrual akıntılarında, PGF2a önemli oranda artmış olduğu tespit edilmiştir. Ovulasyondan sonra luteal fazda artan PGF2a, uterus kontraksiyonlarının kuvvetini ve sıklığını artırarak vazokonstrüksiyona dolayısıyla da iskemi ve ağrıya neden olmaktadır. PGF2a endometriumda üretilmekte olmasına rağmen menstrasyon sırasında sistemik dolaşıma ulaşarak, semptom kompleksinin parçası olarak kabul edilen gastrointestinal yakınmalara neden olmaktadır (50,51).

Primer dismenorede ağrı, adet kanamasından bir veya iki gün önce veya adet kanamasının başlangıcı ile başlar ve daha sonra 12 ile 72 saat içinde yavaş yavaş azalır. Genellikle sıkışık ve aralıklı olarak şiddetlidir, ancak sürekli donuk bir ağrı da olabilir. Ağrı alt karın ve suprapubik bölge ile sınırlıdır ve çoğunlukla orta hatta en güçlü olmasına rağmen, bazı kadınlar da ciddi sırt ve / veya uyluk ağrısına sebep olur (52,53).

2.3.4.1.1. Primer Dismenore Tedavisi

Tedavinin amacı ağrıyı rahatlatmaktır. En azından, her zamanki faaliyetlerinin hepsinin olmasa bile, kadının en fazla performansı göstermesine izin vermek için ağrı rahatlaması yeterli olmalıdır.(54)

Primer dismenore tedavisi ampirik olarak başlatılabilir. Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene tanıda güçlü destek sağladığında, sekonder dismenore nedenlerini

kesin olarak dışlamak için laboratuvar testleri, görüntüleme çalışmaları ve / veya laparoskopi gerekmemektedir. Belirtilen standart tedavilerle semptomların rahatlatılması, primer dismenore teşhisini desteklemektedir. Semptomlar standart tedavilere yeterince cevap vermiyorsa, ikincil dismenore nedenlerini düşünmeye başlarız. Ağrının şiddeti ve aktivitenin kısıtlanma derecesi dismenore kadınlarda yaygın olarak değiştiği için tedavi destekleyici ve bireysel ihtiyaçlar tarafından yönlendirilmelidir. İlk yaklaşım, alt karın, egzersiz ve gevşeme tekniklerine bir ısı paketinin uygulanması gibi yardımcı olabilecek farmakolojik olmayan müdahaleler olmalıdır. Birinci basamak farmakolojik tedavi, hastanın klinik ihtiyaçlarına bağlı olarak NSAID'ler ve / veya östrojen-progestin kontraseptiflerini (siklik, uzun döngü veya sürekli) içerir. Primer dismenorede doğum kontrol hapı olan kadınlar için östrojen-progestin kontraseptifler mantıklı bir seçimdir. Hormonal tedaviyi tercih etmeyen kadınlar için NSAID'ler diğer bir seçimdir. Bununla birlikte, bazı kadınlar her iki tedavi tipine de ihtiyaç duyabilir. Kişisel tedavi hedefleri ve çeşitli tedavilerin maliyeti ve rahatlığı gibi hastaya özel faktörler, tedaviye yönelik selektif tedaviye yardımcı olur (54).

Ayrıntılı olarak inceleyecek olursak;

Karın bölgesine ısı uygulaması: Yapılan çalışmalarda karın bölgesine ısı paketi uygulamanın dismenorede ağrıyı hafifletmede ibuprofen kadar etkili olduğu ve asetaminofenden daha da etkili olduğu belirtilmiştir (55,56).

Egzersiz: Düzenli egzersizler menstrual rahatsızlığı önler. Kaslardaki gerginlik, hipoksiyi, hipoksi ise ağrıya karşı hassasiyeti artırır. Bu nedenle kas tonusunu güçlendirici egzersizler, nefes egzersizleri, yürüyüş dismenoreyi kontrol edebilir. Menstrual problemleri önlemek ve kas tonusunu artırmak için en uygun egzersiz ise yüzmedir (57,58).

Davranışsal Müdahaleler: Davranışsal müdahaleler, hastanın ağrısını (örn. Duyarsızlaştırma temelli prosedürler, hipnoterapi, imgeleme, başa çıkma stratejileri) düşünme şeklini değiştirme ve ağrıya verdiği cevabın değiştirilmesindeki girişimleri (örn. Biofeedback, elektromiyografik eğitim, Lamaze egzersizleri, gevşeme) içerir. Bu modalitelerin kullanımını desteklemek veya reddetmek için yüksek kaliteli kanıt

yoktur; randomize çalışmaların sistematik bir gözden geçirmesi, bazı kadınların kendilerine yardımcı olabileceği sonucuna varmıştır (59).

Beslenme ve Vitaminler: Düzenli olarak iyi beslenme ve menstruasyon sırasında da bu şekilde sürdürülmesi dismenorenin önlenmesinde ilk basamaktır. Menstruasyondan bir hafta önce sodyum alınmasının azaltılması ve doğal diüretiklerin (maydanoz, ıhlamur, kuşkonmaz gibi) diyete eklenmesi, ödemi ve ödemin neden olacağı rahatsızlığı giderir (37). Beslenmeye yönelik çalışmalarda kola, çay ve kahve içme, süt ve süt ürünleri yeterli tüketme, şişmanlık gibi beslenme ile ilişkili özelliklerin dismenore görülme sıklığına önemli bir etkisi bulunmadığı görülmüştür. Diğer taraftan ise haftada bir kez çikolata tüketen kadınlarda dismenore olasılığı diğer kadınların yaklaşık bir buçuk katı olduğu saptanmıştır (42). B vitamini türevleride hem premenstrual dönemde artan östrojenin hepatik aktivasyonunu düzenler hem de protein kullanımını artırır (37). B6 vitaminin de günde 200 mg kullanımının ağrıyı azaltmada etkili olduğu ulaşılmıştır (59). Aynı çalışma da ayrıca, günlük 250 mg magnezyum alımının dismenore üzerine etkili olduğu belirtilse de, yapılan çalışmalarda net bir sonuç belirtilmemiştir.

Primer dismenorede, E vitamininin pelvik ağrıyı azalttığı ve ağrıya eşlik eden semptomları hafifletmekte etkili olduğu görülmüştür. Primer dismenore yaşayan öğrencilerde ağrı şiddetini azaltmada ibuprofene göre, rezene özü/E vitamini kombinasyonunun etkili olduğunu kimyasal ilaç kullanmayanlar için tavsiye edilebileceği sonucuna ulaşılmıştır (60-62). Primer dismenore üzerinde zencefilin (ginger) ağrıyı minimal düzeye indirdiği ve mide bulantısında iyileşme sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (63). Ayrıca zencefilin primer dismenoreli kadınlarda ağrı giderici mefenamik asit ve ibuprofen kadar etkili olduğu görülmüştür. Bununla beraber başka bir çalışmada dismenorede zencefilin etkinliği ile ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği belirtilmiştir (64). Tayvan'da ciddi dismenore sorunu yaşayan kadınlara menstruasyonları başlamadan önce gül çayı içmeleri önerilmektedir. Gül çayı, rosa gallica denilen bitkinin yapraklarından veya guncasından elde edilir. Gül çayının intrauterin bölgede kan akımını düzenleyerek menstrüel distres ve dismenoreyi hafiflettiği bildirilmiştir. Ayrıca, gül çayı içmenin

güvenli, kolay kullanımı nedeni ile dismenore tedavisinde rahatlıkla kullanılabilceği belirtilmiştir (65).

Alternatif tıp terapilerinin en eskilerinden olan akupunkturun da dismenorede tedavi edici olduğu öne düşünölmektedir. Akupunktur tedavisi, belirli noktalara iğne batırılarak o noktaların uyarılması esasına dayanmaktadır (66).

Fizik tedavide kullanılan bir yöntem olan transkütanöz elektriksel sinir stimölasyonu (TENS), ağrılı bölgenin yakınına yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla elektriksel akım uygulanması esasına dayanır. Dismenorede hastanın beline yakın bir bölgeye takılı küçük bir kemer aracılığıyla uygulanmakta ve ağrının azaltılmasında etkili olmaktadır. Yüksek frekanslı TENS uygulaması, düşük frekanslıya göre daha etkilidir (38,54,67). TENS uygulaması literatürde, dismenore tedavisinde alternatif yöntem olarak önerilmektedir (54).

Farmakolojik Tedavi: Sağlık Bakanlığı Tanı ve Tedavi Rehberine (2012) göre, tedavide NSAİD ya da ovölasyonu baskılayan, kombine oral kontraseptifler kullanılır. NSAİD olguların %80'inde etkindir. NSAİD'lerden ibuprofen, naproksen sodyum ve mefenamik asit önerilir. Tedaviye menstrüasyondan 1-2 gün önce başlanmalı ve birkaç gün kullanılmalıdır. Tedavide ilk seçenek ibuprofendir. Her 6 saatte ağızdan 400-800 mg (draje, film tablet), tercihen tok karnına alınır. İkinci seçenekler mefenamik asit ve naproksen sodyumdur. Mefenamik asit oral yoldan, 500 mg yükleme dozundan sonra 3 gün boyunca her 6 saatte, 250 mg (kapsül, film tablet) alınır. Diğer ikinci seçenek olan naproksen sodyum ise oral yoldan 500-575 mg, sonra gerekirse 6-8 saatte bir 250-275 mg (tablet, film tablet) (en çok 1.250 mg/gün) alınır. İlaç her adet döneminde kullanılmalıdır (68).

Yapılan bir çalışmada primer dismenore tanısı konmuş kişilerden bir gruba diklofenak sodyum, bir gruba da parasetamol tedavi etkinliklerinin vizuel analog skala (VAS)'ya göre ağrıları değerlendirildiğinde parasetomal verilen gruptaki bireylerin başlangıç VAS değerleri diklofenak sodyum verilen gruptakilerden yüksek olmasına rağmen, tedavi başladıktan sonra 10. ve 30. dakikalarda VAS değerleri düşük bulunmuştur. Bu çalışmada parasetomal alan grupta VAS değerleri daha hızlı ve etkili düştüğü görölmüştür (68).

2.3.4.2.Sekonder Dismenore:

Üreme çağındaki kadınlar arasında yaklaşık olarak %10 prevalansa sahip olan sekonder dismenorede altta yatan patolojik bir sorun mevcuttur (69). Bu hastaları değerlendirirken, pelvik inflamatuvar hastalık, endometriozis, adenomyozis veya fibroidler gibi pelvik patolojileri düşündüren belirti ve bulgular aramak için ayrıntılı bir öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.

Aşağıdaki bulguların varlığı, sekonder dismenore ile uyumlu pelvik patolojinin varlığını akla getirmektedir:

- 25 yaşından sonra dismenore başlangıcı (Endometriozis adolesanlarda ortaya çıkabilir.)
- Anormal uterin kanama
- Orta hatta olmayan pelvik ağrı
- Menstrüasyon sırasında bulantı, kusma, ishal, sırt ağrısı, baş dönmesi veya baş ağrısının olması
- Disparoni ya da distogminin varlığı
- Semptom şiddetinde ilerleme (72).

Tanım aşamasında ağrının özelliği bize yol gösterici olabilir. Örneğin; pelvik inflamatuvar hastalık kaynaklı dismenore genellikle akut başlar, disparonide semptomlara eşlik eder. Endometriyozis kaynaklı dismenorede ağrı menstrual kanama başladıktan sonra olur ve menstrual periyot boyunca sürer. Periyot ilerledikçe ağrının şiddetinde artış olur ve ağrı tek taraflıdır. Kesin tanı laparoskopi ile konulur. Myom ve poliplerde dismenorede fazla miktarda menstrual kanama olur. Pelvik muayene veya ultrason ile tanı konulur. Uterus prolapsusunda ise dismenore menstruasyondan önce başlayan sırt ağrısı ile gelişir (37).

Tablo 2.2: Primer ve Sekonder Dismenore Arasındaki Farklar

	Primer dismenore	Sekonder dismenore
Yaş	25yaş altı	25-30 yaş
Ağrının doğası	Kramp tarzında karın ağrısı alt abdomende, ağrı bele ve bacaklara yayılabilir	Ağrı künt, tekrarlayıcı, abdomene yayılmıştır
Ağrının başlangıcı	Menstruasyon başlamadan 1-2 gün önce başlayabilir ve başladıktan sonra 1-2 gün sürebilir	Menstruasyon başlamadan birkaç gün önce başlayabilir ve menstruasyon başladıktan sonra birkaç gün daha devam edebilir.
Doğumla ilgisi	İlk çocuğun doğumundan önce	İlk çocuğun doğumundan sonra
Vajinal akıntı	Akıntı yok	Akıntı var (Pelvik enfeksiyon göstergesi olabilir)
Diğer semptomlar	Bulantı, kusma, GİS rahatsızlıkları, konstipasyon, baş ağrısı, yorgunluk, baş dönmesi, baygınlık	Sırt ağrısı, yorgunluk, menoraşi, disparoni

Nathan A. Primary dysmenorrhoea. Practice Nurse,2005;30(6):49.

2.3.4.2.1.Sekonder Dismenore Tedavisi:

Sekonder dismenore tedavisi etiyolojiye yöneliktir ve cerrahi olarak uygulanan serviks dilatasyonu da yöntemlerden birisidir. Tedaviye anormal pelvik muayenede, değerlendirmeler tamamlanana kadar tedavi bekletilmelidir. NSAİD ve oral kontraseptifler (OKS) sekonder dismenorede primer dismenoreye kıyasla daha düşük olasılıkla ağrıyı hafifletmektedir. Tüm konservatif önlemlere dirençli dismenore vakalarında, fertilité kaygısı yoksa histerektomi gerekebilir. Doğurganlığın korunması gerekiyorsa, şiddetli semptomlu kadınlara presakral nörektomi uygulanabilir (7, 37, 50, 51).

Cerrahi Tedavi: Cerrahi tedavi, dismenorenin yönetiminde son tanı ve tıbbi yardım seçeneğidir. Medikal tedaviye yanıt vermeyen inatçı vakalarda başvuru olan bir yol olabilir. Laparoskopî, OKS ve NSAİD'e rağmen hala dismenoresi devam eden hastalarda düşünölmelidir. Tıbbi alternatifler için arzu istek yoksa, çocuk sahibi olma düşünölmüyorsa, inatçı vakalarda dismenorenin giderilmesi için histerektomi düşünölebilir (38).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 02/02/2018-30/04/2018 tarihleri arasında İKÇÜ Narlıdere 4 Nolu EASM 15 Nolu Birim'e başvuran 15-49 yaş arası kadın hastalar alındı. Çalışma, İKÇÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun (EK 1) 13.09.2017 tarihli ve 195 sayılı karar numarası ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Daire Başkanlığı izniyle (EK 2) gerçekleştirildi.

3.1. Çalışma Evreni:

Çalışma İzmir'in Narlıdere ilçesinde bulunan İKÇÜ NARLIDERE 4 NOLU EASM 15 Nolu Birim'de yapılmıştır. Bu birimde kayıtlı 841 tane 15-49 yaş arası kadın nüfusu bulunmaktadır. Çalışmaya 185 hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın 1. basamak sağlık kuruluşunda yapılmasında amaç, toplumun her kesiminden hastalara ulaşmak ve onları yansıtmak içindir.

İzmir/Narlıdere yüksek sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeye sahip bir ilçedir. Eğitim seviyesi de ülkemizin ortalamasından yüksek seviyededir.

3.2. Dahil Olma Kriterleri:

- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamı alınmış olma.
- Herhangi bir sebeple İKÇÜ Narlıdere 4 Nolu EASM 15 Nolu Birim'e başvurmuş olma
- 15-49 yaş arası bayan olma
- Sözel iletişim kurabilme
- Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olma
- Soruları eksiksiz olarak cevaplamış olmak

3.3 Dışlama Kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
- 15 yaşından küçük yada 49 yaşından büyük olma
- Bilişsel olarak anketlerdeki sorulara yanıtlayabilecek durumda olmama

- Sağırlık ve körlük özürü bulunma
- Dil bilmeme
- El becerisi ile ilgili problemi olma
- Anket formunu eksik doldurmuş olma
- Gebe olmak
- Menopoza girmek

Hastaların yaşı 18'den küçük olanlara velisinin izniyle anket uygulandı.

3.4. Veri Toplama Araçları:

Üreme ağındaki kadınlarda dismenore sıklığı ve Şiddetini saptamak için araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1. Sosyo-demografik anket formu
2. Dismenore sıklığı ve Şiddetini değerlendiren anket formu

Anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Araştırmaya dahil edilen kadınlara, çalışmanın nedeni ve amacı anlatılmış, sözlü ve yazılı olarak izinleri alınmıştır.

Çalışmaya alınan vakaların yaşı, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, alışkanlıkları (sigara, alkol), gebelik sayısı, düşük sayısı, yaptığı doğum sayısı ve Şekli, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandıkları ilaçlar gibi sosyodemografik özellikleri ve hastaya korunma yönteminin Şekli, ilk adet yaşı, düzenli olup olmadığı, adetinin kaç gün sürdüğü, ailede adet sancısı çeken başka birinin varlığı, dismenore varlığı, bu Şikayetlerden dolayı doktor başvurusu, ağrı kesiciye yanıt verip vermediği, bu Şikayetlerden dolayı iş/okul günü kaybı, yaşam kalitesine etkisi, premenstrual sendrom varlığı ve premenstual Şikayetler yüzünden doktor başvurusu olup olmadığı ve bu sebepten oral kontraseptif kullanımının olup olmadığı gibi jinekolojik özellikte soruların cevabı ankete işlenmiştir. Anket ektedir.(EK3)

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences ver. 22.0 (SPSS) programına girildi ve istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve

yüzde ile ifade edildi. Kategorik yapıdaki değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare ve SomersD testiyle incelendi. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirildi ve $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.



4.BULGULAR

Üreme çağındaki kadınlarda dismenorenin sıklığı ve şiddetini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, 3 bölümde sunulmuştur

-Birinci bölümde kadınların tanıtıcı özellikleri

-İkinci bölümde doğum, pms, korunma yöntemi menstruasyon ilişkin özellikleri

-Üçüncü bölümde dismenore sıklığı dismenorenin iş/okul gücü kaybı yer almaktadır.

Tablo 4.1: Kadınların Sosyo- Demografik Bilgileri

Sosyo- Demografik Bilgiler	Sayı (n)	Yüzde (%)	TOTAL
Yaş grupları			
15-18	11	5.9	185
19-29	53	28.6	
30-39	58	31.4	
40-49	63	34.1	
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	1	0.5	185
İlkokul mezunu	27	14.6	
Ortaokul mezunu	13	7.0	
Lise mezunu	54	29.2	
Üniversite mezunu	90	48.6	
Ekonomik Durum			
Çok kötü	0	0	185
Kötü	11	5.9	
Orta	90	48.6	
İyi	72	38.9	
Çokiyi	12	6.5	
Evinde Kimlerle Yaşadığı			
Eşi ve çocuklarıyla yaşayan	86	46.5	185
Eşi,anne-baba ve çocuklarıyla yaşayan	4	2.2	
Eşi,kayınvalide-kayınpeder ve çocuklarıyla yaşayan	8	4.3	
Diğer	87	47.0	
Sigara Kullanımı			
Hiç kullanmayan	103	55.7	185
Kullanıp, bırakan	27	14.6	
Aktif olarak kullanan	55	29.7	
Alkol Kullanımı			
Hiç kullanmayan	80	43.2	185
Kullanıp, bırakan	16	8.6	
Aktif olarak kullanan	89	48.1	
Kronik hastalık varlığı			
Kronik hastalığı var	63	34.1	185
Kronik hastalığı yok	122	65.9	
Sürekli /raporlu ilaç kullanımı			
Sürekli /raporlu ilaç kullanımı var	51	27.6	185
Sürekli /raporlu ilaç kullanımı yok	134	72.4	

Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1' de gösterilmiştir. Kadınların yaş grupları incelendiğinde %5,9'u 15-18 yaş aralığında bulunurken, %28,6'sı 19-29 yaş arasında, %31,4'ü 30-39 yaş arasında ve %34,1'i 40-49 yaş arasında bulunduğu tespit edilmiştir. Kadınların %29,2'si lise mezunu, %48,6'sı üniversite mezunu olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %48,6'sı ekonomik durumlarını orta, %38,9'u iyi ve %6,5'i çok iyi olarak belirtmiştir. Eşi ve çocuklarıyla yaşayan kadınlar %46,5'i oluştururken %2,2'si anne-baba eş ve çocuk ve %4,3'ü kayınvalide-kayınpeder,eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Kadınların %55,7'si hiç sigara kullanmamışken, %29,7'si aktif olarak sigara kullanmaktadır. Hiç alkol kullanmamış kadınlar %43,2'yi oluştururken aktif olarak alkol kullanan kadınlar %48,1'i oluşturmaktadır. Çalışmadaki kadınların %34,1'inin kronik hastalığı vardır ve %27,6'sı sürekli/raporlu ilaç kullanmaktadır.

Tablo 4.2: Kadınların Doğum, Premenstrual Semptom, Korunma Yöntemi ve Menstruasyon Bilgilerinin Dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde (%)	TOTAL
Gebelik sayısı			
Hiç gebe kalmamış	72	38.9	185
1 gebelik	31	16.8	
2 gebelik	43	23.2	
3 gebelik	19	10.3	
4 ve üzeri gebelik	20	10.8	
Düşük yapma durumu			
Düşük yapmış	30	16.2	185
Düşük yapmamış	155	83.8	
Doğum durumu			
Hiç doğum yapmamış	74	40.0	185
1 doğum yapmış	48	25.9	
2 doğum yapmış	53	28.6	
3 doğum yapmış	7	3.8	
4 ve üzeri doğum yapmış	3	1.6	
Doğum şekli			
Normal doğum	37	33.3	111
Sezaryan doğum	67	60.4	
Her ikisi birden	7	6.3	
İlk adet yaşı			
10yaş ve altı	0	0	185
10-12 yaş	69	37.3	
13-15 yaş	103	55.7	
16yaş ve üzeri	13	7.0	
Adet düzeni			
Düzenli değil	32	17.3	185
Düzenli	153	82.7	
Adet kanaması süresi			
1-2 gün	5	2.7	185
3-4 gün	59	31.9	
5-6 gün	86	46.5	
7 gün ve üzeri	35	18.9	
Korunma yöntemi			
Cinsel aktif değil	65	35.1	185
Cinsel aktif/korunmuyor	14	7.6	
Rahim içi araç	32	17.3	
Tüp ligasyonu	12	6.5	
Oral kontraseptif	13	7.0	
Geleneksel yöntemler	19	10.3	
Kondom	24	13.0	
Progesteron enjeksiyonu	3	1.6	
Diğer	3	1.6	
Premenstrual Semptom Varlığı			
Premenstrual semptom var	150	81.1	185
Premenstrual semptom yok	35	18.9	
Premenstrual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu			
Doktora başvurmuş	16	10.7	150
Doktora başvurmamış	134	89.3	
Premenstrual Semptomlar Sebebiyle OKS Kullanımı			
OKS kullanmış	7	4.7	150
OKS kullanmamış	143	95.3	

Çalışmaya katılan kadınların %38,9'unun hiç gebe kalmadığı, %16,8'inin 1 kere, %23,2'sinin 2 kez gebe kaldığı bulunmuştur. Kadınların %16,2'si en az bir kez düşük yapmıştır. Kadınların %40,0'ı hiç doğum yapmamış, %25,9'u 1 kez ve %28,6'sı 2 kez doğum yapmıştır. Doğum yapanların %33,3'ü normal doğum, %60,4'ü sezaryan ve %6,3'ü her ikisini birden yapmıştır. İlk adet görme yaşı %37,3'ünde 10-12 yaş arası iken, %55,7'inin 13-15 yaş arasıdır. Kadınların %82,7'si adetlerinin düzenli olduğunu, %17,3'ü düzensiz adet gördüğünü ifade etti.

Çalışmadaki kadınların %31,9'unun adet süresi 3-4 gün ve %46,5'inin ise 5-6 gündür. Kadınların %35,1'i cinsel aktif değilken, %7,6'sı korunmuyordu. En sık tercih edilen korunma yöntemi %17,3 ile rahim içi araç(RİA), %13,0 ile kondom ve %10,3 ile geleneksel yöntemler (geri çekme, takvim)'dir. Premenstrual semptomlar sorgulandığında, kadınların %81,9'u evet yanıtını vermiştir. Buna rağmen kadınların %8,9'u premenstrual semptomların sebepleri ve tedavisi için doktora başvurmuştur ve %3,8'i premenstrual semptomlar sebebiyle bir dönem OKS kullanmışlardır.

Tablo4.3: Kadınlarda Dismenore Sıklığı Dismenorenin İş/ Okul Gücü Kaybı

	Sayı (n)	Yüzde (%)	TOTAL
Dismenore Varlığı			
Dismenoresi var	100	54.1	185
Dismenoresi yok	85	45.9	
Ailede Dismenore Varlığı			
Ailede dismenore yaşayan var	111	60.0	185
Ailede dismenore yaşayan yok	74	40.0	
Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvurusu			
Aile hekimine başvurmuş	19	10.3	185
Aile hekimine başvurmamış	166	89.7	
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu			
Acil başvurusu var	29	15.7	185
Acil başvurusu yok	156	84.3	
Son Bir Yıl İçinde Dismenore Sebebiyle Bir Doktora Başvurma			
Doktor başvurusu yok	165	89.2	185
1-4 kez	16	8.6	
5-10 kez	2	1.1	
10 ve üzeri	2	1.1	
Dismenorenin Ağrı Kesiciye Cevabı			
Ağrı kesiciyle geçiyor	88	88.0	100
Ağrı kesiciyle geçmiyor	12	12.0	
Son Bir Yılda Dismenore Sebebiyle İş/Okul Devamsızlığı			
İş/okul devamsızlığı var	43	23.2	185
İş/okul devamsızlığı yok	142	76.8	
Son 1 Yıl İçinde Devamsızlık Sayısı			
1-2 gün	15	34.9	43
3-5 gün	10	23.3	
5-10 gün	7	16.3	
10 ve üzeri	11	25.6	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi			
Yaşam kalitesini düşürüyor	72	38.9	185
Yaşam kalitesini düşürmüyor	113	61.1	

Çalışmaya katılan kadınların %54,1'i dismenore yaşamaktadır. Ailesindeki başka bireylerde dismenore görülme sıklığı ise %60,0 olarak bulunmuştur. Kadınların %10,3'ü dismenore şikayetiyle aile hekimine,%15,7'si ise acile hayatları boyunca en az bir kere başvurmuştur. Kadınların %89,2'si son 1 yıl içinde dismenore şikayetiyle herhangi bir doktora başvurmamışken, %8,6'sı 1-4 kez bir doktora başvurmuştur. Dismenoresi olan kadınların %88,0'ının şikayeti ağrı kesici kullanınca geçmiştir. Çalışmadaki kadınların %23,2'si dismenore sebebiyle son 1 yılda iş/okuldevamsızlığı yapmıştır. Son bir yılda devamsızlık yapan kadınların %34,9'u

1-2 gün, %25,6'sı 10 gün ve üzeridir. Çalışmaya katılan kadınların %38,9'u dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmektedir.

Anket verilerinin yüzde dökümü yapıldıktan sonra soruların kendi aralarındaki istatistiksel anlamlılıkları araştırıldı. (Tablolarda sadece anlamlı olan veriler gösterilmiştir.)

Tablo 4.4: Dismenorenin Sosyo-Demografik ve Jinekolojik Öykülerine Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	DİSMENORE		P/D
	VAR N (%54.1)	YOK N(%45.9)	
Yaş Grupları			
15-18	6 (%6.0)	5 (%5.9)	P=0.008 D=0.209
19-29	38(%38.0)	15 (%17.6)	
30-39	31 (%31.0)	27 (%31.8)	
40-49	25 (%25.0)	38 (%44.7)	
Gebelik Sayısı			
Hiç gebeliği yok	47 (%47.0)	25 (%29.4)	P=0.045 D=0.115
1	15 (%15.0)	16 (%18.8)	
2	17 (%17.0)	26 (%30.6)	
3	8 (%8.0)	11 (%12.9)	
4 ve üzeri	13 (%13.0)	7 (%8.2)	
Doğum Durumu			
Hiç doğumu yok	48 (%48.0)	26 (%30.6)	P=0.017 D=0.172
1 doğum	26 (%26.0)	22 (%25.9)	
2 doğum	20 (%20.0)	33 (%38.8)	
3 doğum	3 (%3.0)	4 (%4.7)	
4 ve üzeri doğum	3 (%3.0)	0 (%0)	
Ailede Başkasında Dismenore Varlığı			
Ailede başkasında dismenore var	75 (%75.0)	36 (%42.4)	P<0.001 D=0.332
Ailede başkasında dismenore yok	25(%25.0)	49 (%57.6)	
Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvurusu			
Aile hekimine başvurmuş	19 (%19.0)	0(%0)	P<0.001 D=0.277
Aile hekimine başvurmamış	81 (%81.0)	85(% 100.0)	
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu			
Acil başvurusu var	28 (%28.0)	0 (%0)	P<0.001 D=0.277
Acil başvurusu yok	72 (%28.0)	85(% 100.0)	
Son Bir Yılda Dismenore Sebebiyle İş/Okul Devamsızlığı			
Devamsızlık yapmış	40 (%42.0)	3 (%3.5)	P<0.001 D=0.424
Devamsızlık yapmamış	60 (%58.0)	82 (%96.5)	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi			
Düşürdüğünü düşünüyor	66 (%66.0)	6 (%7.1)	P<0.001 D=0.602
Düşürdüğünü düşünmüyor	34 (%34.0)	79 (%92.9)	
Pre-menstrual Semptom Varlığı			
Pre-menstrual semptom var	92 (%92.0)	58 (% 68.2)	P<0.001 D=0.294
Pre-menstrual semptom yok	8 (%8.0)	27 (%31.8)	

Tablo 4.4' te dismenorenin sosyodemografik ve jinekolojik öyküye göre dağılımları verilmiştir. Çalışmada yaş arttıkça dismenorenin görülme sıklığında azalma olduğu saptanmıştır (p=0.008). Gebelik sayısı ve doğum sayısı arttıkça dismenorenin görülme sıklığının azaldığı görülmüştür (p=0.045,p=0.017). Çalışmada ailede dismenore varlığı ile kendilerinde dismenore varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Dismenore olan kadınlarda premenstrual semptom sıklığı da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 4.5: Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvuran Hastaların Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	DİSMENORE ŞİKAYETİYLE AİLE HEKİMİNE BAŞVURU		P/D
	VAR N(%10.3)	YOK N(%89.7)	
Düşük Yapma Düşük yapmış Düşük yapmamış	7 (%36.8) 12 (% 63.2)	23 (%13.9) 143 (%86.1)	P=0.010 D=0.186
Ailede Dismenore Varlığı Var Yok	16 (%84.2) 3 (%15.8)	95 (%57.2) 71 (%42.8)	P=0.023 D=0.150
Dismenore Varlığı Dismenore var Dismenore yok	19 (% 100) 0 (%0)	81 (% 48.8) 85 (% 51.2)	P<0.001 D=0.277
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu Acil başvurusu var Acil başvurusu yok	12 (%63.2) 7 (% 36.8)	17 (%10.2) 149 (%89.8)	P<0.001 D=0.435
Son Bir Yılda Dismenore Sebebiyle İş/Okul Devamsızlığı Devamsızlık yapmış Devamsızlık yapmamış	11 (%57.9) 8 (%42.1)	32 (% 19.3) 134 (% 80.7)	P<0.001 D=0.263
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi Yaşam kalitesini düşürüyor Yaşam kalitesini düşürmüyor	15 (% 78.9) 4 (%21.1)	57 (%34.3) 109 (%65.7)	P<0.001 D=0.249
Premenstrual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu Doktora başvurmuş Doktora başvurmamış	6 (%31.6) 13 (%68.4)	10 (%6.0) 156 (%94.0)	P<0.001 D=0.275
Premenstrual Semptomlar Sebebiyle OKS Kullanımı OKS kullanmış OKS kullanmamış	3 (%15.8) 16 (%84.2)	4 (%2.4) 162(%97.6)	P<0.001 D=0.213

Tablo 4.5'te dismenore şikayetiyle aile hekimine en az bir kere başvuran kadınların çeşitli jinekolojik öyküsüne göre dağılımları yer almıştır. Dismenore şikayetiyle en az bir kez aile hekimine başvuru ile dismenore şikayetiyle en az bir kez acil servise başvuru arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Dismenore şikayetiyle en az bir kez aile hekimine başvuran kadınlar ile premenstrual semptomlar sebebiyle doktora başvuran kadınlar arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 4.6: Dismenore Şikayetiyle Acil Servise Başvuran Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	DİSMENORE ŞİKAYETİ İLE ACİLE BAŞVURU		P/D
	VAR	YOK	
Yaş Grubu			
15-18	1 (%3.4)	10 (%6.4)	P=0.026 D=0.147
19-29	14 (%48.3)	39 (%25.0)	
30-39	10 (%34.5)	48 (%30.8)	
40-49	4 (%13.8)	59 (%37.8)	
Ailede Dismenore Varlığı			
Var	25 (%86.2)	86 (%55.1)	P=0.002 D=0.221
Yok	4 (%13.8)	70 (%44.9)	
Dismenore Varlığı			
Var	28 (%96.6)	72 (%46.2)	P<0.001 D=0.350
Yok	1 (%3.4)	84 (%53.8)	
Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvurusu			
Aile hekimine başvurmuş	12 (%41.4)	7 (%4.5)	P<0.001 D=0.435
Aile hekimine başvurmamış	17 (%58.6)	149 (%95.5)	
Son Bir Yılda Dismenore Sebebiyle İş/Okul Devamsızlığı			
Devamsızlık yapmış	22 (%75.9)	21 (%13.5)	P<0.001 D=0.531
Devamsızlık yapmamış	7 (%24.1)	135 (%86.5)	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi			
Düşürdüğünü düşünüyor	28 (%96.6)	44 (%28.2)	P<0.001 D=0.488
Düşürdüğünü düşünmüyor	1 (%3.4)	112 (%71.8)	
Premenstrual Semptomlar Sebebiyle OKS Kullanımı			
OKS kullanıyor	3 (%10.3)	4 (%2.6)	P=0.044 D=0.122
OKS kullanmıyor	26 (%89.7)	152 (%97.4)	

Tablo 4.6' da dismenore şikayetiyle en az bir kez acil servise başvuran kadınların jinekolojik öyküsüne göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre dismenore şikayetiyle en az bir kez acile gidilmesi ile dismenoreye bağlı son bir yılda iş devamsızlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4.7: Dismenorenin Ağrı Kesiciye Yanıtının ve Dismenoreye Bağlı İş Devamsızlığının Çeşitli Değişkene Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	DİSMENORENİN AĞRI KESİCİYE YANITI		P/D
	VAR N:88(%88)	YOK N:12 (%12)	
Premenstrual Semptomlar Var Yok	83 (%94.3) 5 (%5.7)	9 (%75.0) 3 (%25.0)	P=0.021 D=0.228
	DİSMENOREYE BAĞLI 1 YILDA İŞ DEVAMSIZLIĞI		
	VAR N:43 (%23.2)	YOK N:142(%76.8)	
Yaş Grubu 15-18 19-29 30-39 40-49	2 (%4.7) 25 (%58.1) 9 (%20.9) 7 (%16.3)	9 (%6.3) 28 (%19.7) 49 (%34.5) 56 (%39.5)	P<0.001 D=0.247
Gebelik Sayısı Hiç gebeliği yok 1 2 3 4 ve üzeri	29 (%67.4) 3 (%7) 2 (%4.7) 2 (%4.7) 7 (%16.3)	43 (%30.3) 28 (%19.7) 41 (%28.9) 17 (%12.0) 13 (%9.2)	P<0.001 D=0.188
Doğum Sayısı Hiç doğumu yok 1 doğum 2 doğum 3 doğum 4 ve üzeri doğum	29 (%67.4) 8 (%18.6) 4 (%9.3) 1 (%2.3) 1 (%2.3)	45 (%31.7) 40 (%28.2) 49 (%33.5) 6 (%4.2) 2 (%1.4)	P=0.001 D=0.260
Ailede Dismenore Varlığı Var Yok	36 (%83.7) 7 (%16.3)	75 (%52.8) 67 (%47.2)	P=0.001 D=0.264
Dismenore Varlığı Var Yok	40 (%93.0) 3 (%7.0)	60 (%42.3) 82 (%57.7)	P<0.001 D=0.424
Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvurusu Aile hekimine başvurmuş Aile hekimine başvurmamış	11 (%25.6) 32 (%74.4)	8 (%5.6) 134 (%94.4)	P<0.001 D=0.263
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu Acil başvurusu var Acil başvurusu yok	22 (%51.2) 21 (%48.8)	7 (%4.9) 135 (%95.1)	P<0.001 D=0.531
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi Düşürdüğünü düşünüyor Düşürdüğünü düşünmüyor	40 (%93.0) 3 (%7.0)	32 (%22.5) 110 (%77.5)	P<0.001 D=0.604
Premenstrual Semptomlar Sebebiyle OKS Kullanımı Kullanmış Kullanmamış	4 (%9.3) 39 (%90.7)	3 (%2.1) 137 (%97.9)	P=0.030 D=0.119

Tablo 4.7’ de kadınlardaki dismenorenin ağrı kesiciye yanıtı ile premenstual varlığı arasındaki ilişki ile dismenore şikayetiyle son 1 yılda iş devamsızlığının çeşitli sosyodemografik ve jinekolojik öyküye göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Kadınların Doğum Sayısının, Kronik Hastalık Varlığının ve Sürekli İlaç Kullanımının, Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünü Düşünen Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüyle İlişkili İstatistiksel Dağılımları

DEĞİŞKENLER	DOĞUM SAYISI					P/D
	DOĞUMU YOK N:74 (%40.0)	1 DOĞUM N:48 (%25.9)	2 DOĞUM N:53 (%28.6)	3 DOĞUM N:7 (%3.8)	4 VE ÜZERİ N:3 (%1.6)	
Dismenore Varlığı						
Var	48 (%64.9)	26 (%54.2)	20 (%37.7)	3 (%42.9)	3 (%100)	P=0.017 D=0.172
Yok	26 (%35.1)	22 (%45.8)	33 (%62.3)	4 (%57.1)	0 (%0)	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi						
Düşürdüğünü düşünüyor	39 (%52.7)	21 (%43.8)	9 (%17.0)	1 (%14.3)	2 (%66.7)	P=0.001 D=0.256
Düşürdüğünü düşünmüyor	35 (%47.3)	27 (%56.2)	44 (%83.0)	6 (%85.7)	1 (%33.3)	
	KRONİK HASTALIK VARLIĞI					
	KRONİK HASTALIĞI VAR N:63 (%34.1)		KRONİK HASTALIĞI YOK N:122 (%65.9)			
Premenstual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu						
Doktora başvurmuş		10 (%15.9)		6 (%4.9)		P=0.012 D=0.162
Doktora başvurmamış		53 (%84.1)		116 (%95.1)		
	SÜREKLİ İLAÇ KULLANIMI					
	İLAÇ KULLANIMI VAR N:51 (%27.6)		İLAÇ KULLANIMI YOK N:134 (%72.4)			
Premenstual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu						
Doktora başvurmuş		8 (%15.7)		8 (%6.0)		P=0.036 D=0.139
Doktora başvurmamış		43 (%84.3)		126 (%94.0)		
	DİSMENORENİN YAŞAM KALİTESİNİ DÜŞÜRDÜĞÜNÜ DÜŞÜNÜLMESİ					
	DÜŞÜNÜYOR N:72 (%38.9)		DÜŞÜNÜMÜYOR N:113 (%61.1)			
Dismenore Varlığı						
Var		66 (%91.7)		34 (%30.1)		P<0.001 D=0.602
Yok		6 (%8.3)		79 (%69.9)		
Dismenore Şikayetiyle Aile Hekimine Başvurusu						
Aile hekimine başvurmuş		15 (%20.8)		4 (%3.5)		P<0.001 D=0.249
Aile hekimine başvurmamış		57 (%79.2)		109 (%96.5)		
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu						
Acil başvurusu var		28 (%38.9)		1 (%0.9)		P<0.001 D=0.488
Acil başvurusu yok		44 (%61.1)		112 (%99.1)		

Tablo 4.8’ de kadınların doğum sayısı ile dismenore sıklığı ve dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğü düşünülmesinin dağılımı gösterilmektedir. Kadınlardaki kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımı varlığı ile premenstrual semptomlar için doktora başvurusu arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur (p=0,012; p=0,036). Tablo 4.8’ de ayrıca dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünenlerin dismenore sıklığı, dismenoreye bağlı aile hekimi ve acil servise başvuru yapılmasının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.9:Ailede Dismenore Varlığının Çeşitli Değişkenlere Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	AİLEDE DİSMENORE VARLIĞI		P/D
	VAR N:111 (%60.0)	YOK N:74 (%40.0)	
Dismenore Varlığı Var Yok	75 (%67.6) 36 (%32.4)	25 (%33.8) 49 (%66.2)	P<0.001 D=0.332
Dismenore Sebebiyle Aile Hekimine Başvuru Başvurmuş Başvurmamış	16 (%14.4) 95 (%85.6)	3 (%4.1) 71 (%95.9)	P=0.023 D=0.150
Dismenore Şikayetiyle Acil Servis Başvurusu Acil başvurusu var Acil başvurusu yok	25 (%22.5) 86 (%77.5)	4 (%5.4) 70 (%94.6)	P=0.002 D=0.221
Dismenore Sebebiyle Son 1 Yılda İş Devamsızlığı Var Yok	36 (%32.4) 75 (%67.6)	7(%9.5) 67(%90.5)	P<0.001 D=0.264
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğü Düşünülmesi Düşürdüğünü düşünüyor Düşürdüğünü düşünmüyor	56 (%50.5) 55 (%49.5)	16 (%21.6) 58 (%78.4)	P<0.001 D=0.290
Premenstrual semptom varlığı Premenstrual semptom var Premenstrual semptom yok	99 (%89.2) 12 (%10.8)	51 (%68.9) 23 (%31.1)	P=0.001 D=0.247
Premenstrual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu Doktora başvurmuş Doktora başvurmamış	14 (%12.6) 97 (%87.4)	2 (%2.7) 72 (%97.3)	P=0.019 D=0.149

Tablo 4.9’da ailesinde dismenore varlığı ile çeşitli jinekolojik öykünün dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre ailesinde dismenoresi olanlar ile dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünenler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.10: Premenstrual Semptomlar ve Premenstrual SemptomŞikayeti İleDoktor Başvurusu Yapan Kadınların Çeşitli Jinekolojik Öyküsüne Göre İstatistiksel Sonuçları

DEĞİŞKENLER	PREMENSTRUAL SEMPTOMLAR		P/D
	VAR N:150 (%81.1)	YOK N:35 (%18.9)	
Ailede Dismenore Varlığı			
Var	99(%66.0)	12 (%34.3)	P=0.001 D=0.247
Yok	51 (%34.0)	23 (%65.7)	
Dismenore Varlığı			
Var	92 (%61.3)	8 (%22.9)	P<0.001 D=0.294
Yok	58 (%38.7)	27 (%77.1)	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi			
Düşürdüğünü düşünüyor	67 (%44.7)	5 (%14.3)	P=0.001 D=0.238
Düşürdüğünü düşünmüyor	83 (%55.3)	30 (%85.7)	
Premenstrual Semptomlar İçin Doktor Başvurusu			
Doktora başvurmuş	16 (%10.7)	0 (%0)	P=0.043 D=0.141
Doktora başvurmamış	134 (%89.3)	35 (%100)	
	PREMENSTRUAL SEMPTOM VARLIĞI		
	VAR N:16 (%8.6)	YOK N:169 (%91.4)	
Dismenore Sebebiyle Aile Hekimine Başvuru			
Başvurmuş	6 (%37.5)	13 (%7.7)	P<0.001 D=0.275
Başvurmamış	10 (%62.5)	156 (%92.3)	
Dismenorenin Yaşam Kalitesini Düşürdüğünün Düşünülmesi			
Düşürdüğünü düşünüyor	10 (%62.5)	62 (%36.7)	P=0.043 D=0.129
Düşürdüğünü düşünmüyor	6 (%37.5)	107 (%63.3)	
Premenstrual semptom varlığı			
Premenstrual semptom var	16 (%100)	134 (%79.3)	P=0.043 D=0.141
Premenstrual semptom yok	0 (%0)	35 (%20.7)	

Tablo 4.10’da premenstrual sendrom ve premenstrual sendrom için doktora giden kadınların jinekolojik öyküsüne göre dağılımları yer almıştır. Tabloya göre premenstrual semptomları olan kadınlar ile premenstrual semptomlar için doktor başvurusu arasında anlamlı istatistiksel bulgu saptanmıştır (p=0.043). Premenstrual semptomlar için doktora başvurulması ile dismenore için aile hekimi başvurusu yapılması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.001).

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların %34,1'ini 40-49 yaş grubu oluştururken, 15-18 yaş grubu katılımı %5,9 olarak bulunmuştur. 15-18 yaş grubunun çalışmaya katılımının az olmasının sebebi çalışmanın birinci basamak olan aile sağlığı merkezinde mesai saatlerinde yapılmış olması ve o saat dilimleri arasında 15-18 yaş grubunun okulda bulunması olarak düşünülebilir. Bu da çalışmanın kısıtlılıklarından bir tanesi olarak düşünülmüştür.

Ekonomik durumu ve eğitim durumlarına bakıldığında çalışmaya katılanlardan hiç kimse kendi ekonomik durumunu çok kötü olarak ifade etmezken %48,6 'sı orta %38,9'u iyi olarak ifade etmiştir. Kadınlardan sadece %0,5 (1 kişi)'i okur-yazar değildir ve %48,6'sı üniversite mezunudur. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre Türkiye'deki kadınların %8,5'i okur-yazar değilken üniversite-yüksekokul mezunu %14,2'dir. Çalışmadaki eğitim düzeyi sonuçlarının Türkiye ortalamasından farklı olmasının sebebi çalışmanın İzmir /Narlidere'de yapılması dolayısıyla buranın yüksek sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeye sahip olması olabilir.

Çalışmaya katılanlardan %34,1'inde en az 1 kronik hastalık ve %27,6'sının sürekli ilaç kullanımı vardır. 2016 yılında R. Genç Koyucu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da üreme çağındaki kadınların %31,8'inde kronik hastalık olduğu ve %11,2 'sinin sürekli ilaç kullanımı olduğu belirlenmiştir (70). Bu çalışmada kronik hastalık sonuçlarının benzer olmasına rağmen sürekli ilaç kullanımı oranının yüksek çıkmasının sebebi çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamasının yüksek olması ve kronik hastalığa bağlı tedavi gereksinimlerinin farkında olması olabilir.

Çalışmaya katılan kadınlarda doğum yapanların % 60,4'ü sezaryan, % 33,3 'ü normal spontan vajinal doğum yapmıştır. Konakçı'nın 2002 yılında yaptığı bir çalışmada sezaryanla doğum oranı %40,2 iken (71), Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sezaryanla doğum oranı %43,7 olarak saptanmıştır (72). Bu çalışmada sezaryanla doğum için geçerli klinik endikasyonlar, tek başına sezaryen ile doğumun bu yüksek oranını açıklamakta yetersizdir. Ülkemizin sezaryanla doğuma yatkınlığı da bilinmektedir. Demografik, sosyo-ekonomik faktörler ve sağlık hizmeti

sunucularının (hekim, ebe vb.) tutumu bu yüksek oranın diğer belirleyicileri olabilirler.

Kadınların menstrual siklus düzeni sorgulandığında %17,3'ü düzensiz olduğu ifade etmiştir. Aykut ve arkadaşlarının Kayseri'de 1193 kişiyle yaptığı çalışmada %22,1'inin adetlerinin düzensiz olduğu bildirilmiştir (42). Ayrıca, Erdoğan'ın 2013 yılında yaptığı bir çalışmada kadınlardaki menstruasyon düzensizliği % 23,0 olarak bulunmuştur (73). Meksika'da ise 1152 yüksekokul öğrencisi ile yapılan çalışmada %45,4'ünün menstrual siklusunun düzensiz olduğu belirtilmiştir (74). Amman'da yapılan çalışmada bu değer%34,1'dir (75). Ülkemizdeki sonuçların farklı olmasının sebebi genetik farklılık olarak yorumlanırken, bu çalışmanın sonucunun ülkemizdeki çalışmalardan daha az çıkmasının sebebi, çalışmayı yüksek sosyokültürel seviyeye sahip bir ilçede yapmış olmamız ve menstruasyon düzensizliğinin tanımının doğru biliniyor olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların %35,1 'i cinsel aktif değilken, en sık kullanılan gebelikten korunma yöntemi %17,3 (cinsel aktif olanların ise %26,6'sı) ile rahim içi araç (RİA) 'dır. Bunu kadınların %13,0 ile (cinsel aktif kadınların %20,0'ı) kondom takip etmektedir. Kadınların %10,3 'ü (cinsel aktif olanların 15,8'i) geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Ertop ve Atalay'ın yaptığı bir çalışmada gebelikten korunma yöntemi olarak kadınların %25,8'i RİA, %33,3'ü kondom, %19,9'u geleneksel yöntemler kullanmıştır (76). Kapiga ve arkadaşlarının Tanzania'da yaptıkları araştırmalarında kadınların korunma yöntemi olarak %58,9'unun OKS kullandığını bildirmişlerdir (77) . Mehryar ve arkadaşlarıda İran'ın Urban şehrinde kadınların %9,3'ünün kondom, %27,8'inin geri çekme, %4,4'ünün vazektomi yöntemini kullandıklarını bildirmişlerdir (78). Bu çalışmada en sık gebelikten korunma yönteminin RİA olması, uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü gibi özellikleri ve sağlık çalışanlarının doğru yönlendirmesi ile yüksek sosyokültürel seviye olabilir.

Premenstrual semptom varlığı sorgulandığında, çalışmaya katılan kadınların %81,1'inden evet yanıtı alındı. Bu kadınların %10,7'si bu şikayetleri için doktora başvurmuş ve %4,7'si şuan veya hayatının bir döneminde premenstrual semptom sebebiyle OKS kullanmıştır. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise üreme çağındaki

kadınların %70-90'ında premenstrual semptomlar bulunmaktadır(79-81). Ülkemizde Kebapçılar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada üreme çağındaki kadınlarda premenstrual semptom görülme sıklığı %93,2'dir ve bunların % 19,7'si bu sebepten dolayı doktora başvurmuştur (82). Bu çalışmada premenstrual semptom sonucu literatürle yaklaşık olarak benzer bulunmuştur. Semptomların görülme sıklığına rağmen doktor başvurusunun az olmasının sebebi, bu durumu normal olarak karşılıyor olmaları veya şikayetlerinin hafif şiddette oluyor olması şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan çalışmada dismenore görülme sıklığı %54,1 olarak bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde %90, İsveç'te %67, Kanada'da %60, Yeni Zelanda'da %53, Meksika'da %28 dolayında prevalans hızları rapor edilmiştir (27, 83, 84, 86, 87). Ülkemizde 2005 yılında Aykut ve arkadaşlarının Kayseri il merkezindeki 10-50 yaş grubu kadınlarda dismenore prevalansını ve çeşitli faktörlerin dismenore görülme sıklığına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada dismenore sıklığı %70,4 olarak bulunmuştur (42). Yine İzmir Bornova'nın üç kentsel mahallesinde dismenore sıklığını ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla Yücel ve Özdemir'in yaptığı çalışmada dismenore prevalansı %63,6 olarak bulunmuştur (85). Görüldüğü gibi, araştırmalarda bulunan prevalans değerleri birbirinden çok farklıdır. Bu çalışmada bulunan %54,1 değeri, araştırmalarda bulunan değerlere yakındır.

Tablo 4.4' te görüldüğü gibi dismenore görülme sıklığının yaş artıkça azaldığı sonucuna varılmıştır. Primer dismenorenin, genel olarak genç kadınlarda daha sık görüldüğü ve yaşla birlikte azaldığı bilinmektedir. Kanada, Hindistan, Yeni Zelanda ve Türkiye'de yapılan araştırmalarda, yaş ilerledikçe dismenore prevalansının azaldığı belirlenmiştir (42,86-89). Yapılan çalışmada da bu sonuçları desteklemektedir.

Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanım sıklığı %29,7'dur. Dorn ve arkadaşlarının 2009 yılında, Amerika Birleşik Devletleri Philadelphia'da adolesanlarda menstrüel semptomlara sigaranın etkisini inceledikleri çalışmada popülasyonunun %39,3'ü hiç sigara içmemişken %60,7'sinin sigara içtiğini ve sigara içiminin dismenore insidansını arttırdığını göstermişlerdir (41). Parazzini ve arkadaşları 1994 yılında, dismenoreye sigara ve alkolün etkilerini inceledikleri

çalışmada sigara içiminin dismenore insidansını arttırdığını göstermişlerdir (90). Bu çalışmada sigara içimi ile primer dismenore arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi. Bunun nedeni çalışmaya katılan kadınların sigara içme yüzdelerinin daha düşük olması, ülkeler arası sosyokültürel farklılıklardan dolayı sigaraya daha geç yaşta başlamaları ve bu nedenle sigaranın yıkıcı ve zararlı etkilerinin henüz görülmeye başlamaması olarak yorumlanabilir.

Öztürk tarafından Kayseri'de yapılan bir çalışmada da, doğum yapmamış kadınlarda dismenore sıklığı daha yüksek bulunmuştur (88). Hindistanda yapılan çalışmada, paritenin dismenore prevalansını azaltıcı etkisi olduğu belirlenmiştir (89). Çalışmaya katılan kadınların dismenore görülme sıklığı ile gebelik ve doğum sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmuş, gebelik ve doğum sayısı arttıkça dismenore görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Yeni Zelandada yapılan çalışmalarda, paritenin dismenore sıklığına önemli bir etkisi bulunmamıştır (27, 86, 87). Dünyada sonuçların farklı karakterde olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmada aile öyküsüyle dismenore sıklığı arasında anlamlı istatistiksel bulgu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan Erenel ve Şentürk'ün çalışmasında katılanların üçte ikisinin, Çıtak ve Terzioğlu'nun çalışmasında dismenore öyküsü olan öğrencilerin yarısından fazlasının (%57,9), birinci derece akrabalarında dismenore yaşandığı belirtilmektedir.(43,90). Aynı zamanda Kaba'nın yaptığı araştırma sonucunda katılımcıların %10,0'in annesinde, %42,5'inin ise kız kardeşinde, Erdoğan'ın ise %68,2'sinin ailesinde (%41,2'si kız kardeşi ve %36,4'ü annesi) dismenore öyküsü bulunduğunu bildirmektedir (32,73). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında da aile öyküsünde dismenore olanlar arasında dismenore görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur (92). Benzer şekilde bu çalışmada da dismenore yaşayan kadınların %75,0'inin anne veya kız kardeş, kız çocuğu gibi birinci derece yakınlarında dismenore öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir. Literatürde dismenorenin genetik geçişli bir sorun olmadığı belirtilmekle birlikte, aile öyküsüyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu ilişkili durum ise, dismenorenin öğrenilmiş bir davranış olarak veya psikolojik olarak yaşandığı ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmada dismenore şikayeti olan kadınların %19,0'ı aile hekimine, %28,0'ı acil servise hayatları boyunca en az bir kere başvurduğu saptanmıştır. Son 1 yıl içinde dismenore şikayetiyle herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru oranı %10,8'dir. Demirci'nin yaptığı çalışmada dismenore şikayeti olanları %29,2'sinin sağlık personeline başvurduğu bulunmuştur (93). Dismenore nedeni ile doktora başvurma durumu Chiou ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada %20,8; Tangchai ve arkadaşlarının çalışmasında %7,1; Banikarim ve arkadaşlarının araştırmasında %14, Wong ve Khoo'un çalışmasında %12, Gün ve arkadaşlarının çalışmasında ise %17,0 olarak bildirilmiştir (35, 36, 39, 94, 95). Şikayeti olduğu halde doktora başvuru oranının az olmasının sebebi; şikayetin şiddetinin az olması, eczanelerden reçetesiz antianaljezik satın alabilmeleri veya farmakolojik olmayan diğer alternatif tıp yöntemlerini tercih etmeleri olabilir.

Çalışmada dismenore yaşayan kadınların %40,0'ının dismenore sebebiyle son 1 yılda iş/okul devamsızlığı yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Devamsızlık yapanların %34,9 'u 1-2 gün, %23,3 3-5 gün, %16,3'ü 5-10 gün arası ve %25,6'sı 10 ve üzeri gün yapmıştır. Vicdan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %25,6'sının dismenore nedeniyle değişik derecelerde okula devamsızlık yaptığını, %17,4'ünün her menstruasyon döneminde en az bir gün okula gidemezken; %7,6'sı bazı sikluslarda bazı günler ve %0,6'sı ise her menstruasyon döneminde hiç okula gidemediklerini bildirdiler(31). Kaba ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada dismenoresi olan genç kızların %72,0'nın ayda iki gün okul devamsızlığı yaptıkları saptanmıştır (32). Ulaşılan sonuçlara göre dismenore kadınların iş ve okul hayatlarını önemli ölçüde etkilemektedir.

Bu çalışmada dismenore sıklığının %54,1 olmasına rağmen dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünenler %38,9'dur. Bunun sebebi dismenoreyle farmakolojik veya diğer yollarla baş ediyor olmaları, semptomlarının hafif seyirli olması olabilir.

Premenstrual semptomlar, birçok kadında dismenore ile birlikte görülmekte ve menstrüasyonun başlamasıyla yerini dismenoreye bırakmaktadır (96). Demir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmanın sonucu ve Tomruk 'un yaptığı bir çalışmanın sonucu da bunu destekler niteliktedir (97,98). Dismenore ile PMS ve premenstrual semptomlar arasında pozitif bir ilişki sözkonusudur (98). Bu çalışmada da literatüre

benzer şekilde premenstrual semptomlar ile dismenore arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.



6.SONUÇ

- İKÇÜ Narlıdere 4 nolu EASM'ye başvuran üreme çağındaki kadın hastalara yapılan bu çalışmada dismenore görülme sıklığı %54,1 olarak saptanmıştır.
- Yapılan çalışmada kadınların %23,2'si dismenoreye bağlı olarak 1 yılda iş /okul devamsızlığı yapmıştır.
- Yaş arttıkça dismenore görülme sıklığında azalma tespit edilmiştir.
- Kadınlarda doğum sayısı arttıkça dismenore görülme sıklığında azalma olduğu görülmüştür.
- Dismenoresi olan kadınların birinci derece akrabalarında da dismenore görülme sıklığı artmıştır.
- Dismenore şikayeti olan kadınlarda premenstrual semptomların görülme sıklığında da artış saptanmıştır.

ÖZET

Amaç: Dismenore kadınlarda en sık karşılaşılan ve en çok iş gücü kaybı ile okulbaşarısızlığına etki eden jinekolojik şikayettir. Bu çalışmada 1. basamak sağlık hizmetlerine başvuran üreme çağındaki kadın hastalarda dismenore sıklığı, şiddeti ve iş/okul hayatına etkileri saptanmaya çalışılmıştır.

Materyal Metod: Bu çalışma 01.02.2018 - 30.04.2018 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Narlıdere 4 Nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) 15 Nolu Birim'e başvuran 15-49 yaş arası 185 hastaya, öncedenaraştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik ve dismenore sıklığı - şiddetini içeren anketin uygulanması ile yapılmıştır. Hasta verileri kaydedilerek istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 185 hasta dahil edilmiştir. Vakalarda dismenore görülme sıklığı %54,1 olarak bulunmuştur. Son 1 yılda dismenoreye bağlı iş/okul devamsızlığı %23,2'dir.Yaş arttıkça dismenore görülme sıklığında azalma olduğu tespit edilmiştir($p=0,008$).Parite ile dismenore arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0.017$).Çalışmadaparite arttıkça dismenore görülme sıklığında azalma tespit edilmiştir.Ayrıca premenstrual semptomlar ile dismenore arasında da istatistiksel anlamlılık görülmüştür. Premenstrual semptomlar yaşayanlarda dismenore görülme sıklığı daha fazladır ($p<0.001$).

Sonuç: Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar arasında dismenore ciddi bir sorundur ve dismenore önemli iş gücü kaybı ve okul devamsızlığına sebep olmaktadır. Ayrıca dismenore ile yaş, doğum sayısı, aile öyküsü, premenstrual semptomlar arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dismenore, Üreme Çağı, Premenstrual Semptom

SUMMARY

Purpose : Dysmenorrhea is a prevalent gynecologic condition, causing quality of life reduction for many women, resulting from pain as well as impact on school failure or causing the loss of work day. This study aimed to evaluate the frequency and intensity of dysmenorrhea, its effects on work / school life among female patients in reproductive age who consulted to primary health care services.

Material and method: The study was conducted in the İzmir Katip Çelebi University (İKÇU) Narlıdere 4th Education Family Health Center 15 th Unit among 185 patients 15 to 49 y of age who had been diagnosed with dysmenorrhea in the date of between 01.02.2018 - 30.04.2018 and each participant completed the socio-demographic and dysmenorrhea frequency-intensity questionnaire prepared by investigator before. Patient findings were recorded and evaluated statistically.

Findings: 185 patients were included in the study. Of them, 54.1% had dysmenorrhoea. For the last 1 year dysmenorrhea related job / school absenteeism is 23.2%. As the age increased, the frequency of dysmenorrhoea was decreased ($p = 0.008$). The significant relationship was seen between parity and dysmenorrhea ($p = 0.017$). As the parity was increased, the incidence of dysmenorrhoea was decreased. Also There was a statistical significance between premenstrual symptoms and dysmenorrhoea. The prevalence of dysmenorrhea was found higher in patients with premenstrual symptoms ($p < 0.001$).

Conclusion: Findings suggested that dysmenorrhea is a serious problem and causes significant work /school absenteeism among women who consulted to primary health care services. Also a significant relationship was seen between dysmenorrhea and age, number of births, family history, and premenstrual symptoms.

Key Words: Dysmenorrhea, Reproductive Age, Premenstrual Symptoms

7.KAYNAKLAR

- 1-Kamacı M, Önder Y, Akman N. Adolesanlardaki Primer Dismenorenin Vücut Kütle İndeksi ile İlişkisi, Van Tıp Dergisi, 1997; 4 (3): 154-157.
- 2-Karanisoğlu H. Üreme Organları Fizyolojisi. İçinden: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Web Ofset 3. Baskı, Eskişehir, 1998; 40-57.
- 3-Çeçen D; Tekstil sektöründe çalışan 15-49 yaş arası kadın işçilerin perimentrual şikayetlerinin ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi] Manisa,Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.
- 4- Tran M, Odle T.G, Frey R.J. Dysmenorrhea, Gale Encyclopedia of Medicine; 2011:1429-1433.
- 5-Özarıslan AD. Kırmızı Kar. Toplumsal ve Kültürel Açıdan Ay Hali. Bağlam Yayınları, İstanbul, 2004; 21-25.
- 6-Can HÖ. Menstruel Siklus Bozuklukları. İçinden: Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul, 2008;148-174.
- 7-Çepni İ. Dismenore. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005; 43 :151-157.
- 8-Murray S. Keeping their secret safe': menstrual etiquette in Australia, 1900-1960. Hecate ,1998; 24 :63-80.
- 9-Cumming DC, Cumming CE, Kieren DK. Menstrual mythology and sources of information about menstruation. Am J Obstet Gynecol, 1991; 164(2): 472-6.
- 10- Atasü T, Şahmay S. Menstrüel Siklus. İçinden: Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Kitabevleri Ltd Sti Tayf Ofset. İstanbul, 2001:153-168
- 11-World Health Organization multicenter study on menstrual and ovulatory patterns in adolescent girls. II. Longitudinal study of menstrual patterns in the early postmenarcheal period, duration of bleeding episodes and menstrual cycles. World Health Organization Task Force on Adolescent Reproductive Health. J Adolesc Health Care 1986; 7 :236.
- 12-ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. Obstet Gynecol 2015;126:143-6
- 13-Apter D, Vihko R. Early menarche, a risk factor for breast cancer, indicates early onset of ovulatory cycles. J Clin Endocrinol Metab, 1983;57(1):82-6

- 14- Vihko R, Apter D. Endocrine characteristics of adolescent menstrual cycles: impact of early menarche. *J Steroid Biochem*, 1984;20:231-6
- 15- Taskın L. Üreme Sisteminin Fizyolojisi. İçinden: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemsireliği. Sistem Ofset Matbbacılık VI. Baskı, Ankara, 2003:31-50
- 16- Palter SF, Olive DL. Reproductive Physiology. İçinden: Novak's Gynecology Eds: Jonathan S. Berek, 13th Edition Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia USA, 2002:149-169
- 17- Hodgen GD. The dominant ovarian follicle. *Fertil Steril*, 1982; 38(3):281-300
- 18- Ritchie WG. Ultrasound in the evaluation of normal and induced ovulation. *Fertil Steril*, 1985; 43:167-81
- 19- Fritz MA, Speroff L. The endocrinology of the menstrual cycle: the interaction of folliculogenesis and neuroendocrine mechanisms. *Fertil Steril*, 1982; 38:509-529
- 20- Pache TD, Wladimiroff JW, de Jong FH, et al. Growth patterns of nondominant ovarian follicles during the normal menstrual cycle. *Fertil Steril*, 1990; 54:638.
- 21- Kerin JF, Edmonds DK, Warnes GM. Morphological and functional relations of Graafian follicle growth to ovulation in women using ultrasonic, laparoscopic and biochemical measurements. *Br J Obstet Gynaecol*, 1981; 88:81.
- 22- Gökçe G. Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- 23- Baysal B, Premenstrüel Sendrom ve Dismenore. İçinden: Jinekoloji. İ.Ü. Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları., Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti., İstanbul, 2004: 41-50.
- 24- Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2003;17:75-92.
- 25- Derman O, Kanbu NÖ, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2004; 116(2):201-600.
- 26- Parisa P, Saeed B. Effect of Transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on primary dysmenorrhea in adolescent girls. *JPMI*, 2013; 27(3): 326-330.
- 27- Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol*, 1996;87(1):55-58.

- 28- Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics*,1981; 68: 661-664.
- 29- Ozerdoğan N, Sayiner D, Ayrancı U, Unsal A, Giray S. Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107: 39-40
- 30- DC Potur, N Kömürçü. Dismenore Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler. *Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi*, 2013;10 (1): 8-13
- 31- Vicdan K, Kukner S, Tabakoğlu S, Ergin T, Keles G, Gökmen O, Demographic and epidemiologic features of female adolescents in Turkey. *J Adolesc Health* 1996;18(1): 54– 8.
- 32- Kaba H, Enterferansiyel akım ve mobilizasyonun primer dismenore üzerine etkilerinin karşılaştırılması. [Yüksek Lisans Tezi] . Ankara,H. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007
- 33- Al-Kindi R, Al-Bulushi A. Prevalence and impact of dysmenorrhoea among Omani high school students. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 2011; 11(4); 485-491
- 34- Titilayo A, Aqunbiade OM, Banjo O, Lawani A. Menstrual discomfort and its influence on Daily academic activities and psychosocial relationship among undergraduate female students in Nigeria. *Tanzania Journal of Health Research*, 2009; 11(4); 181-188
- 35- Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH. Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000; 154(12); 1226-122
- 36- Chiou MH, Wang HH. Predictors of Dysmenorrhea And Self-Care Behavior Among Vocational Nursing School Female Students. *Journal of Nursing Research*, 2008; 16(1); 17-25
- 37- Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, XI. Baskı, Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012
- 38- Lefebvre G, Pinsonneault O. Primary dysmenorrhea consensus guideline, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2005; 169: 1117–1146. 56.
- 39- Tangchai K, Titapant V, Boriboonthirunsarn D. Dysmenorrhea Thai adolescent: prevalence, impact and knowledge of treatment. *Journal Medical Association Thai*,2004,87(3),69-73.
- 40- Chen HM, Chen CH. Effects of acupressure at the sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *J Adv Nurs*, 2004; 48:380-38

- 41- Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman EJ. Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms and anxiety. *J Adolesc Health*, 2009; 44: 237-243.
- 42- Aykut M, Günay O, Gün İ, Tuna R, Balcı E, Özdemir M. The impact of some biological, socio-demographic and nutritional factors on the prevalence of dysmenorrhoea. *Erciyes Medical Journal*, 2007;29(5):393-402
- 43- Erenel, A. ve Şentürk, İ. Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin dismenore yaşama durumları ve dismenore ile baş etmeye yönelik uygulamaları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007;12:48–60.
- 44- Smith RP. Primary dysmenorrhea and the adolescent patient. *Adolesc Pediatr Gynecol*, 1988;1:23.
- 45- Larkin RM, Van Orden DE, Poulson AM, Scott JR. Dysmenorrhea: treatment with an antiprostaglandin. *Obstet Gynecol*, 1979; 54:456.
- 46- Campbell MA, McGrath PJ. Use of medication by adolescents for the management of menstrual discomfort. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1997; 151:905.
- 47- Hillen TI, Grbavac SL, Johnston PJ, et al. Primary dysmenorrhea in young Western Australian women: prevalence, impact, and knowledge of treatment. *J Adolesc Health*, 1999; 25:40.
- 48- Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, 2006; 332:749.
- 49- Widholm O, Kantero RL. A statistical analysis of the menstrual patterns of 8,000 Finnish girls and their mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl*, 1971; 14:Suppl 14:1.
- 50- Öztürk CH. Menstrüel Siklus Bozuklukları, *Kadın Sağlığı*, I. Baskı, İstanbul, 2008
- 51- Coşkun A.M. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. Koç Üniversitesi Yayınları, 2012.
- 52- Borah T, Das A, Panda S, Singh S. A case of unilateral dysmenorrhea. *J Hum Reprod Sci*, 2010; 3:158.
- 53- Prouty M. Headache and stomach ache: significant symptoms of ulcer in childhood. Review of 216 cases of peptic ulcer. *Wis Med J*, 1966; 65:197.
- 54- Smith RP, Kaunitz AM, Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of primary dysmenorrhea in adult women,

<http://www.uptodate/pathogenesis/clinical/manifestationsand diagnosis of primary dysmenorrhea in adult women> Erişim tarihi: 22.06.2018

55- Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, et al. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecl*, 2001; 97:343.

56- Akin M, Price W, Rodriguez G Jr, et al. Continuous, low-level, topical heat wrap therapy as compared to acetaminophen for primary dysmenorrhea. *J Reprod Med*, 2004; 49:739.

57- Turan T, Ceylan SS. 11- 14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri ve Uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007;2:42-52

58- Erdoğan M, Özsoy S. Genç Kızların Dismenore için Kullandığı Non-farmakolojik Yöntemler. *Maltepe Tıp Dergisi*, Aralık 2012;4(4)13-14

59- Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, et al. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; :CD002248.

60- Güney M, Oral B, Mungan T. E Vitamini Kullanımının Primer Dismenore Tedavisindeki Etkisi. *Kadın Doğum Dergisi*, 2006;5(1): 991-993

61- Nasehi M, Sehhatie F, Zamanzadeh V, Delazar A, Javadzadeh Y, Chongheralu BM. Comparison of the effectiveness of combination of fennel extract/vitamin E with ibuprofen on the pain intensity in students with primary dysmenorrhea. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2013; 18(5)

62- Kashanian M, Lakeh MM, Ghasemi A, Noori S. Evaluation of the effect of vitamin E on Pelvic Pain Reduction in Women Suffering from Primary Dysmenorrhea. *J Reprod Med*, 2013;58(1-2), 34-8.

63- Jenabi E. The effect of ginger for relieving of primary dysmenorrhoea. *J Pak Med Assoc* ,2013; 63(1), 8-10.

64- Ozgoli G, Goli M, Moattar F. Comparison of effects of ginger, mefenamic acid, and ibuprofen on pain in women with primary dysmenorrhea. *J Altern Complement Med*, 2009;15(2), 129-32.

65- Tseng YF, Chen CH, Yang Y. Rose tea for relief of primary dysmenorrhoea in adolescent: A randomized controlled trial in Taiwan. *J Midwifery Womens Health*, 2005;50- 51.

66- Doty E, Attaran M, Managing primary dysmenorrhea, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2006; 19(5):341–400.

- 67- Erçalık C. Fibromiyalji sendromunda bilişsel davranış tedavisi ve tens tedavilerinin etkinliği [Uzmanlık Tezi] T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, 2005.
- 68- Ayan M, Taş U, Söğüt E, Arıcı S, Karaman S, Esen M, Demirtürk F. Pirimer Dismenore Ağrılı Hastalarda Diklofenak Sodyum ve Parasetamol Tedavi Etkilerinin Vizüel Analog Skala Kullanılarak Karşılaştırılması, Ağrı dergisi, 2013;25(2):78-82
- 69- Harel Z, Biro FM, Kottenhahn RK, Rosenthal SL. Supplementation with Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in the Management of Dysmenorrhea in Adolescents. Am J Obstet Gynecol, 1996; 174: 1335–1338
- 70- R. Genç Koyucu ve ark., Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Gereksinimleri, G.O.P. Taksim E.A.H,JAREN 2017;3(3):116-121
- 71- Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2004). İzmir’de sezaryen ile doğum oranları ve buna etki eden faktörler. Jinekoloji-Obstetrik Derg., 16(2): 88-95.
- 72- Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yıllarında sezaryen olan hastaların incelenmesi. Marmara Medical Journal., 22(2): 104-110
- 73- Erdoğan, M. Genç kızlarda primer dismenore ve vücut kitle indeksi. [Yüksek Lisans Tezi] (Basılmamış), Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 2013
- 74- Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarcon LC, Veras-Godoy HA, Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students, International Journal Gynecology and Obstetrics 2009;107; 240–243.
- 75- Bata MS. Age at menarche, menstrual patterns, and menstrual characteristics in Jordanian adolescent girls. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2012; 119(3):281-8
- 76- Ertop N.G, Atalay B.15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yönteminin Eş Uyumuna Etkisinin İncelenmesi, KÜ Tıp Fak Derg 2012;14(3)
- 77- Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK, Hunter DJ () The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. AIDS,1998; 12: 75–84
- 78- Mehryar AH, Mostafavi F, Agha H. Men and family planning in iran. The IUSSP XXIVth General Population Conference in Salvador de Bahia, Brazil, 2001; 1824, 4.
- 79- Parker, PD. Premenstrual Syndrome. Am Fam Physician 1993; 50: 1309-1317.

- 80- Havens CS, Sullivan ND, Tilton P. Manual of Outpatient Gynecology. 3rd edition. Boston: Little, Brown and Company, 1996:15
- 81- Ekholm UB, Backström T. Influence of Premenstrual Syndrome on Family, Social Life and Work Performance. *Int. J. Of Health Services*, 1994; 24: 629-647.
- 82- Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğul Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *F.Ü.Sağ Bil Tıp Der* 2012;26(3):111-4
- 83- Pawlowski B. Prevalence of menstrual pain in relation to the reproductive life history of women from the Mayan rural community. *Ann Hum Biol*, 2004; 31: 1-8.
- 84- Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women.. *Br J Obstet Gynaecol*,1990;97(7):588 - 594.
- 85- Ummahan YÜCEL ve ark. İzmir İli Bornova İlçesinin Üç Kentsel Mahallesinde Dismenore Sıklığı Türkiye Klinikleri *J Nurs Sci*,2014;6(2):87-93
- 86- Burnett MA, Antao V, Black A. Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can* 2005; 27(8):765-70.
- 87- Pullon S, Reinken J, Sparrow M. Prevalence of dysmenorrhoea in Wellington women. *New Zeal Med J* 1988; 10;101(839):52 -54
- 88- Öztürk A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine Başvuran Kadınlarda Dismenore Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *MN Klinik Bilimler Doktor*, 2004; 2: 208-213.
- 89- Patel V, Tanksale V, Sahasrabhojane M, Gupte S, Nevrekar P. The burden and determinants of dysmenorrhoea: a population-based survey of 2262 women in Goa, India. *BJOG-Int J Obstet Gy* 2006; 113(4): 453 - 463.
- 90- Parazzini F, Tozzi L, Mezzopane R, Luchini L, Marchini M, Fedele L, Cigarette smoking, alcohol consumption, and risk of primary dysmenorrhea, *Epidemiology* ,1994; 5(4):469-72
- 91- Çıtak N, Terzioğlu F. Abant İzzet Baysal Üniversitesinde öğretim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum* ,2002; (12)3:69-80
- 92- Şahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A. and Arslan, R. Review of frequency of dysmenorrhea and some associated factors and evaluation of the relationship between dysmenorrhea and sleep quality in university students. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 2014; 78, 179-85.

- 93- Demirci D. Dismenore ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri [Yüksek Lisans Tezi] Aydın Menderes Üniversitesi Aydın, 2017
- 94- Wong LP Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2010;108, 139–142.
- 95- Gün Ç, Demirci N, Otrar M. Dismenore Yönetiminde Tamamlayıcı Alternatif Tedavileri Kullanma Durumu. *Spatula DD*, 2014; 4(4), 191-197.
- 96- Berkow, R., Fletcher, A. J. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. Sixteenth Edition. Merck & Co., Inc. Rahway N.J., 1992; 1791-2.
- 97- Bülent Demir, Lale Yıldız Algül, Emine Seda Güvendağ Güven. The Incidence and the Contributing factors of premenstrual syndrome in health working women. *Turk J Obstet Gynecol* 2006;3(4):262-270.
- 98- Tomruk NB. Premenstrual sendrom (PMS). [Uzmanlık Tezi] SB. İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi I. Psikiyatri Birimi, İstanbul, 1991

EKLER

EK 1



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700073064
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

17/10/2017

Sayın Doç. Dr. Kurtuluş Öngel

“Üreme Çağındaki Kadınlarda Dismenore Sıklığı ve Şiddeti” adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurulumuzun **13.09.2017 tarihli ve 195 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

[Belge Doğrulamak İçin: http://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index](http://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index) adresinden UFMPPUC kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

Bilgi İçin İrtibat : Bülent Maral - Memur

Telefon : (0 232) 3293535 (Santral)

Belgegeçer No : (0 232) 3860888

İnternet Adresi : www.ikc.edu.tr

e-posta : bulent.maral@ikc.edu.tr



17.10.2017 tarihli ve 1700073064 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Orhan Gökaltıp tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2:





T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 77597247-604.02
Konu : Doç.Dr.Kurtuluş ÖNGEL'in Araştırma
Başvurusu

KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İlgi : KURTULUŞ ÖNGEL'in 21/11/2017 tarihli dilekçesi.

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL sorumluluğunda yapılmak istenen **"Üreme Çağındaki Kadınlarda Dismenore Sıklığı ve Şiddeti"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz, hükümleri yer almaktadır."

123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar İzmir

Bilgi için:Arzu YARAŞIR

Faks No:

Unvan:ÇOCUK GELİŞİMCİSİ

e-Posta:arzu.yarasir@saglik.gov.tr Int.Adresi: bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Telefon No:0(232) 248 33 10/ 1250

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8fe4fc7c-0982-47b8-a85e-1114752a6598 kodu ile eri ebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın yapılması uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
MÜDÜR a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

123/11 sokak Poligon Mahallesi Karabağlar İzmir

Faks No:

e-Posta: arzu.yarasir@saglik.gov.tr İnt. Adresi: bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8fe4fc7c-0982-47b8-a85e-1114752a6598 kodu ile eri ebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Arzu YARAŞIR

Unvan: ÇOCUK GELİŞİMCİSİ

Telefon No: 0(232) 248 33 10/ 1250

EK3:

15-49 YAŞ ARASI BAYANLARDA MENSTRUAL AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu anket, 15-49 yaş arası bayanlarda menstrual ağrının değerlendirilmesi amacıyla düzenlenmiştir. Vereceğiniz bilgiler tarafımızca gizli tutulacaktır. Tüm içtenliğinizle cevaplayacağınızı umarak katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

İMZA:

1. Hangi yaş grubundasınız ?
a.) 15-18 yaş b.) 19-29 yaş c.) 30-39 yaş d.) 40-49 yaş
2. Eğitim durumunuz nedir ?
a.) Okur yazar değil b.) İlkokul mezunu c.) Ortaokul mezunu
d.) Lise mezunu e.) Üniversite mezunu
3. Mesleğiniz:
4. Şu anda mesleğinizi yapıyor musunuz ? a.) Evet b.) Hayır
5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız ?
a.) Çok kötü b.) Kötü c.) Orta d.) İyi e.) Çok iyi
6. Evimde a.) Eşim ve çocuklarım ile birlikte yaşıyorum
b.) Eşim, annem, babam ve çocuklarım ile birlikte yaşıyorum
c.) Eşim, kayınvalidem, kayınpederim ve çocuklarım ile birlikte yaşıyorum
d.) Diğer :
7. Sigara kullanım durumunuz nasıldır ?
a.) Hiç kullanmamış b.) Kullanmış, bırakmış c.) Aktif kullanıyor
8. Alkol kullanım durumunuz nasıldır ?
a.) Hiç kullanmamış b.) Kullanmış, bırakmış c.) Aktif kullanıyor
9. Şu ana kadar kaç kez gebe kaldınız ?
a.) Hiç gebe kalmadım b.) 1 gebelik c.) 2 gebelik d.) 3 gebelik e.) 4 ve üstü
10. Şu ana kadar hiç düşük yaptınız mı ? a.) Evet b.) Hayır
11. Şu ana kadar kaç doğum yaptınız ?
a.) Hiç yapmadım b.) 1 doğum c.) 2 doğum d.) 3 doğum e.) 4 ve üstü
12. (Doğum yaptıysanız) Doğum şekliniz nasıldı ?
a.) Normal spontan doğum b.) Sezaryen doğum c.) Her ikisi birden
13. Bilinen kronik hastalığınız var mı ? a.) Var b.) Yok
14. Sürekli kullandığınız (raporlu) bir ilacınız var mı ? a.) Var b.) Yok
15. İlk adet yaşınız (menars) kaçtır ?
a.) 10 yaş ve altı b.) 10-12 yaş c.) 13-15 yaş d.) 16 yaş ve üstü
16. Adetleriniz düzenli mi ?
a.) Düzenli değil b.) Düzenli

17. Adetleriniz kaç gün sürüyor ?
a.) 1-2 gün b.) 3-4 gün c.) 5-6 gün d.) 7 gün ve üstü
18. Ailenizde ağrılı adet gören var mı ? a.) Var b.) Yok
19. Adetten birkaç gün önce veya adet olduğunuz gün bulantı, kusma, halsizlik, karın ağrısı, huzursuzluk, ishal, baş ağrısı, bayılma gibi durumlardan en az birini yaşıyor musunuz ?
a.) Evet b.) Hayır
20. Bu şikayetleriniz için Aile Hekiminize başvurduğunuz mu ? a.) Evet b.) Hayır
21. Bu şikayetleriniz için hiç acil servise başvurduğunuz mu ? a.) Evet b.) Hayır
22. Son bir yıl içerisinde bu şikayetler için kaç kez doktora başvurduğunuz ?
a.) Hiç b.) 1-4 kez c.) 5-10 kez d.) 10 ve üstü
23. Adet sancınız ağrı kesicilere cevap veriyor mu ? a.) Evet b.) Hayır
24. Son 1 yıl içinde adet sancısı yüzünden okul / iş devamsızlığında bulundunuz mu ?
a.) Evet b.) Hayır
- (Cevabınız evet ise) Son 1 yıl içerisinde kaç gün ?
a.) 1-2 b.) 3-5 c.) 5-10 d.) 10 ve üstü
25. Adet sancınızın yaşam kalitenizi düşürdüğünü düşünüyor musunuz ? a.) Evet b.) Hayır
26. Gebelikten korunma yönteminiz nedir ?
a.) Cinsel aktif değil b.) Cinsel aktif/korunmuyor c.) Rahim içi araç
d.) Tüp ligasyonu e.) Oral kontraseptif f.) Geleneksel yöntemler g.) Kondom
h.) Progesteron enjeksiyonu i.) Diğer.....
27. Adet olmadan birkaç gün önce gerginlik, duygusal değişimler, depresyon, baş ağrısı, göğüs gerginliği ve karında gaz şikayetiniz oluyor mu ? a.) Evet b.) Hayır
28. Yukarıdaki şikayetlerden dolayı hiç doktora gitme ihtiyacı duyduğunuz mu ?
a.) Evet b.) Hayır
29. Bu şikayetleriniz için doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz ?
a.) Evet b.) Hayır

Teşekkür ederiz