

Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması

Dr. Hakan ADIGÜZEL¹, Dr. E. Oryal TAŞKIN², Dr. Ayşen Esen DANACI³

Özet / Abstract

Amaç: Bu çalışmada, Manisa ilinde 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom (PMS) belirti sıklığının belirlenmesi, hangi belirtilerin hangi sıklık ve şiddette görüldüğünün saptanması ve PMS ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Manisa İli merkez 7 no.lu Sağlık Ocağı bölgesindeki 541 kadın üzerinde yürütülmüştür. Örneklemeye alınan doğurganlık çağındaki kadınlarla yüzyüze görüşme yapılmış ve sosyodemografik veri formu, DSM-IV tanı ölçütleri formu ve Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF) uygulanmıştır. Verilerin analizinde, PMS grubunu saptamada K-means küme analizi yöntemi kullanılmış, üçlü küme çözümü benimsenmiştir. PDF'ye ait 18 alt ölçeğin değerlendirilmesinde deneklerin aldıkları puanların, alabilecekleri en yüksek puana oranlanması ile olanaklı maksimum değişim yüzdesi elde edilmiştir. Ortalama değerlerin saptanmasında Student t testi kullanılmış, bunun dışındaki diğer tüm analizlerde ki-kare testi uygulanmıştır.

Bulgular: Örneklemenin %6.1'inde şiddetli PMS belirtilerinin olduğu, bu kadınların %72.2'sinde DSM-IV'te belirtilen şekilde işlevsellik yitimi olduğu saptanmıştır. En sık görülen belirtiler; sinirli veya huzursuz hissetme (%72), sıkıntılı hissetme (%67.3), karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66.6), enerji azlığı veya çabuk yorulma (%66.6) ve bacaklarda yorgunluk hissidir (%65.5).

Sonuç: Bu çalışmada PMS için riskli grubun oranı %6.1 olarak bulunmuştur. En sık görülen ve şiddetli hissedilen PMS belirtisi sinirli veya huzursuz hissetmedir.

Anahtar Sözcükler: Premenstrüel sendrom, yaygınlık, premenstrüel disforik bozukluk

SUMMARY: The Symptomatology and Prevalence of Symptoms of Premenstrual Syndrome in Manisa, Turkey

Objective: The aim of this study was to investigate the prevalence of premenstrual syndrome (PMS) symptoms, the frequency and severity of the symptoms, and their association with sociodemographic variables in fertile women between the ages of 15 and 49 years.

Method: The study included 541 women living in the area of the 7th Primary Health Care Center of Manisa, Turkey. Face-to-face interviews were conducted and a sociodemographic data form, a DSM-IV diagnostic criteria form, and the premenstrual evaluation form (PEF) were administered. In the analysis of the data, K-means cluster analysis was performed and cluster analysis with 3 categories according to the severity was used. In the evaluation of the 18 subscales possible maximum variation quotient is obtained by dividing the maximum possible PEF score to the scores the subjects got. In the group comparison analyses, chi-square test for the categorical variables, and t-test for continuous variables were used.

Results: Among the study group, 6.1% had severe PMS symptoms and 72.2% of these women had some dysfunction as defined by DSM-IV. The most common symptoms were feeling irritable and restless (72%), anxiety (67.3%), feeling fullness, discomfort or pain in the abdomen (66.6%), lack of energy or easily fatigued (66.6%), and fatigue in the legs (65.5%).

Conclusion: The prevalence of the risk of PMS was 6.1%. The most common and severe PMS symptoms were feeling irritable and restless.

Key Words: Premenstrual syndrome, prevalence, premenstrual dysphoric disorder

¹Yrd. Doç., Akhisar Devlet Hastanesi, Psikiyatri KL., ²Yrd.Doç., ³Doç., Celal Bayar Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Manisa.
Dr. Hakan Adigüzel, e-posta: drhadiguzel@superonline.com

GİRİŞ

Premenstrüel Sendrom (PMS), adet döngüsünün geç luteal fazında, bu döneme özgü olarak oluşan, çoğu sıklıta tekrarlayan, adet kanamasının başlamasıyla kısa sürede hafifleyip kaybolan, foliküler fazda en az bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, psişik ve davranışsal değışikliklerin bulunduğu bir tablo olarak tanımlanmaktadır (Petersen 1987). Tablo, DSM-IV'te premenstrüel disforik bozukluk (PDB) olarak adlandırılmış, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluklar kümesinde sınıflandırılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). PDB kısaca, adet döngüsünün adet öncesi döneminde ortaya çıkan ve adet kanamasının başlaması ile birlikte kaybolan, duygu ve davranış değışiklikleri ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanabilir (Pearlstein ve Stone 1998). PDB tanısı için DSM-IV'te bildirilen 11 belirtiden en az beşinin bulunması, işlevsellikte bozulmanın olması ve ileriye yönelik olarak en az ardışık 2 ay belirtilerin görülmüş olması gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında PDB, PMS'ye göre daha ağır bir tabloyu tanımlamaktadır ve PMS'nin şiddetli bir tipi olduğu söylenebilir (Yonkers 1997a). PMS ve PDB gibi 2 farklı tanımın bulunması ya da sendromun tanımlanmasında fikir birliğinin olmaması bu tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır.

PMS belirtilerinin kadınlarda oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Hafif belirtiler de dahil edildiğinde bu yaygınlık oranları %90'ı bulmaktadır. (Andersch ve ark. 1986, Chang ve Hutchinson 1991, Wilson ve Keye 1989, Yonkers 1997a). Sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin sıklığı ise, %2 ile %88 arasında değışmektedir (Andersch ve ark. 1986, Angst ve ark. 2001, Halbreich ve ark. 2003, Wilson ve Keye 1989). Geniş örneklemelerde yapılan çalışmalarda PDB tanısının yaygınlığının %1-8 oranlarında değıştiği görülmektedir (Cohen ve ark. 2002, Gehlert ve Hartlage 1997, Halbreich ve ark. 2003, Perkonig ve ark. 2004, Wittchen ve ark. 2002).

Kadınlarda, adet öncesi dönemde 150'den fazla belirtinin ortaya çıktığı bilinmektedir. Ancak bu belirtilerde en önemli yeri duygudurum ve davranış değışiklikleri tutmaktadır (Condon 1993, Yonkers ve Davis 2000). En sık görülen duygudurum belirtileri, depresif duygudurum, irritabilite, anksiyete, mizaçta dalgalanmalar ve duygusallık, en sık görülen fiziksel belirtiler ise, meme hassasiyeti, enerji azalması, ödem, iştah ve kilo artışı, başağrısı ve karın ağrısıdır. Sosyal ilişkilerden kaçınma, cinsel aktivitede azalma ve kavgacı olmak da sık görülen davranışsal belirtiler olarak bildirilmiştir (Danacı ve ark. 2001, Gehlert ve Chang 1999, Huerta 1993, Kolarov

ve Sirakov 1996, Mao ve Chang 1985, Maskall ve Law 1997, Plouffe ve ark. 1993, Severino ve Hurt 1989, Steiner ve Wilkins 1996, Wilson ve Keye 1989).

PMS belirtileri menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. Her ne kadar ortalama başlangıç yaşı 26 olarak bildirilmişse de aslında PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur, ancak gençlerde belirtiler tedavi gerektirecek kadar şiddetli değildir (Freeman ve ark. 1993, Yonkers 1997a). PMS belirtileri 25-35 yaş arasındaki kadınlarda diğer yaşlara göre daha şiddetlidir ve yaşla birlikte artarken, menopoza yaklaştıkça da azalmaktadır (Yonkers 1997b, Yonkers 1997a). PMS belirtilerinin oral kontraseptif kullanımı, yaş ve gebelik sayısı gibi değışkenlerle ilişkisi değerlendirildiğinde kesin yargılara ulaşmak olanaklı değildir (Özmenler ve ark. 1997, Gehlert ve Hartlage 1997, Huerta 1993, Khella 1992, Yonkers 1997a, Halbreich 1996, Freeman ve Halberich 1998).

Türkiye'de toplum örnekleminde PMS ve/veya PDB yaygınlığını araştıran çalışmalarda PMS yaygınlığı %5,9-76 arasında, PDB yaygınlığı ise %4-8 olarak bulunmuştur (Gökkurt 1999, Müderris ve ark. 1999, Üstün ve ark. 2003). Ancak bu konuda Türkiye'de çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu nedenle bu araştırmada, Manisa ilinde 15-49 yaş grubu doğurganlık dönemindeki kadınlarda PMS belirti yaygınlığını belirlemek, hangi belirtilerin daha sık ve daha yoğun şiddette görüldüğünü saptamak ve PMS ile sosyodemografik değışkenler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Evren ve örneklem

Araştırma Manisa kent merkezinde yürütülmüştür. Kent merkezinde dokuz sağlık ocağı hizmet vermektedir. Çalışma alanı olarak 7 nolu sağlık ocağı bölgesi seçilmiştir. Çalışmanın 7 nolu sağlık ocağında yapılmasının nedenleri, konumu gereği hem kentsel hem de yarı kentsel halk kesimine hizmet veriyor olması ve ayrıca eğitim alma ve araştırmaya katılmaya istekli sağlık personelinin bulunması ile ilgilidir. Sağlık ocağı ev halkı tespit fişlerinden bölgede yaşayan 15-49 yaş arası tüm kadınların toplam sayısının 7651 olduğu saptanmıştır. Bölgedeki bireyleri temsil edebilecek örnekleme belirlemek için şu formül kullanılmıştır: $S = (t \cdot 0.05)^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2$

S= Örnekleme alınacak birey sayısı

$(t \cdot 0.05)^2 = (\alpha = 0.05)$ düzeyinde t istatistiğinin karesi

p= tahmin edilen yaygınlık

D= desen etkisi (2)

d= yanılma payı

TABLO 1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Verileri.

Tanımlayıcılar	sayı	%
Meslek		
Ev hanımı	474	87.6
Çalışıyor	67	12.4
Eğitim		
Okur-yazar değil	22	4.1
Okur-yazar	10	1.8
İlkokul	339	62.7
Ortaokul	40	7.4
Lise	113	20.8
Üniversite	17	3.1
Medeni durum		
Evli	479	88.6
Bekar	51	9.4
Dul	11	2.0
Gelir düzeyi		
Yüksek	32	5.9
Orta	357	66.1
Düşük	152	28
Fiziksel hastalık		
Var	37	6.8
Yok	504	93.2
İlaç kullanımı		
Var	39	7.2
Yok	502	92.8
Pelvik ameliyat öyküsü		
Var	28	5.2
Yok	513	94.8
Doğum sonrası ruhsal hastalık		
Var	40	7.4
Yok	501	92.6
Öyküde psikiyatrik hastalık		
Var	54	10.0
Yok	487	90.0
Şimdi psikiyatrik hastalık		
Var	12	2.2
Yok	529	97.8
Birinci derece akrabalar da psikiyatrik hastalık		
Var	32	5.9
Yok	503	93
Bilmiyor	6	1.1

Bu çalışma için tahmin edilen yaygınlık (p) %7 olarak, yanılma payı (d) %3 olarak belirlenmiştir. Bu değerler formülde yerine koyulduğunda örneklem büyüklüğü 556 olarak bulunmuştur:

$$S = (t(0.05))^2 p(1-p) D/d^2 = (1.96)^2 \times 0.07(0.93) \times 2 / (0.03)^2 = 556.$$

Yine sağlık ocağı ev halkı tespit fişleri kullanılarak 15-49 yaş arası tüm kadınlardan, sistematik rastgele örnekleme yöntemi ile 556 kadından oluşan örneklem grubu belirlenmiştir. Belirlenen kişinin 2 kez ev ziyaretinde bulunamaması, ya da dışlanma ölçütlerini karşılaması durumunda bir sonraki kadın çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için dışlanma ölçütleri: 1. gebelik olması, 2. over ya da total abdominal histerektomi operasyonu geçirmiş olmak, 3. postmenopozal dönemde olmak, 4. soruları sağlıklı yanıtlayabilmeyi engelleyecek fiziksel ya da zihinsel bir hastalık varlığı olarak belirlenmiştir. Bu koşullarda, dışlanma ölçütlerini karşılamayan 541 kadın ile görüşülmüş ve bu sayı çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur.

Bu araştırmada önemli noktalardan biri bu kadın grubuyla sürekli ilişki içinde olan sağlık personelinin (ebe) bu çalışmayı yürütmesidir. Bilindiği üzere çoğu kadının PMS yakınmaları için doktora gitmemekte, bunun bir hastalık olabileceğini düşünmemekte ve bu konuda başkaları ile konuşmakta isteksizlik göstermektedir. Çalışmaya başlamadan önce araştırmayı yürütecek olan 8 kişilik ebe kadrosuna sağlık ocağında 3 ayrı oturumda toplam 6 saat eğitim verilmiştir. Bu eğitimlerde DSM-IV ölçütleri ve özellikle işlevsellik kaybı üzerinde durulmuştur. Bu eğitimler sonrasında, çalışma başlangıcında tüm ebelerle kendi çalışacakları gruptan ilk 5 kadınla görüşmeler araştırma ekibinden bir hekimin de katılımı ile yapılmıştır. Bu görüşmeler ebeler tarafından yapılmış, gerekli yerlerde düzeltmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde yapılan bazı uygulamalar not alınmış, daha sonra bir toplantı düzenlenerek bunlar belirtilmiştir. Çalışma başladıktan sonra sağlık ocağına düzenli olarak gidilmiş ve uygulama zorlukları veya başka sorunlar ortaya çıkmışsa bunlar değerlendirilmiştir. Çalışma devam etmekteyken 2 kez, tüm ebelerin katıldığı toplantılar düzenlenmiştir. Bu şekilde daha sağlıklı verilere ulaşmak olanaklı olmuştur.

Kullanılan araçlar

Sosyodemografik veri formu: Meslek, doğum yeri, yaş, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, fiziksel hastalık, kullanılan ilaç, pelvik ameliyat öyküsü, doğum sonrası ruhsal hastalık, psikiyatrik hastalık, birinci derece akrabalar da psikiyatrik hastalık, gebelikten korunma, adet döngüsü özellikleri ve düzensizliklerinin kaydedildiği, araştırmacılar tarafından geliştirilen 12 maddelik bir formdur.

DSM-IV tanı ölçütleri: DSM-IV'te belirtildiği üzere PDB tanı ölçütlerini içeren bir formdur. Son 1 yıl için-

TABLO 2. Örneklem Grubunun PDF'ye Göre Küme Analizi.

	Sayı	%	Ort. puan	Std. sapma
1. Küme: Hafif	323	59.70	5.61	3.36
2. Küme: Orta	185	34.20	9.72	2.65
3. Küme: Şiddetli (PMS riskli olan)	33	6.10	12.06	2.65
Toplam	541	100	7.41	3.83

de, adet kanamasından 1 hafta önce başlayıp, adet kanamasının başlamasıyla birlikte azalıp kanamadan sonraki hafta kaybolan ve en az birbirini izleyen 2 adet döngüsü boyunca bulunan; belirgin çökkün duygudurum, ümitsizlik, sıkıntı, gerginlik, ani üzülmeye, ağlayacakmış gibi olma, inatçılık, öfke, sinirlilik, günlük işlere ilgide azalma, dikkatini toplama güçlüğü, uyuşukluk, çabuk yorulma, iştah artışı, aşırı uyuma ya da uyuyamama, kontrolünü kaybetme, sıkılmışlık hissi, meme hassasiyeti, baş ağrısı, eklem ya da kas ağrısı, kanama hissi, kilo alma, işlevsellik kaybı sorgulaması yapılmıştır.

Premenstrüel değerlendirme formu (PDF) (Dereboy ve ark. 1994): Kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yönelik 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Halbreich ve ark. tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve ark. tarafından 1994 yılında hemşirelik öğrencilerinde yapılmıştır. Sorular altılı likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. "değişim yok" yanıtı 1 puan ile, "aşırı değişim var" yanıtı 6 puan ile puanlanmaktadır. PDF'nin 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bir alt ölçekten alınan ham skorun o ölçekten alınacak en yüksek skora oranı "olanaklı maksimum değişim yüzdesi"ni oluşturmaktadır. Premenstrüel Değerlendirme Formu Alt Ölçekleri: 1. Çökkün duygudurum, 2. Endojen depresif özellikler, 3. Labilite, 4. Atipik depresif özellikler, 5. Histeroid özellikler, 6. Düşmanlık/kızgınlık, 7. Sosyal geri çekilme, 8. Bunaltı, 9. Kendini iyi hissetmede artış, 10. İmpulsivite, 11. Organik mental özellikler, 12. Su tutulumu, 13. Fiziksel rahatsızlık, 14. Otonomik değişimler, 15. Yorgunluk, 16. Sosyal işlevsellikte bozulma, 17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri, 18. Çeşitli fiziksel değişimler.

İstatistiksel değerlendirme

Toplanan veriler, bilgisayar ortamında SPSS for Windows 10.0 programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Ortalama değerlerin saptanmasında (yaş, adet düzeni) Student t-testi kullanılmış, bunun dışındaki tüm verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. PMS için riskli grubu saptamada K-means küme analizi kullanılmış, üçlü küme çözümü benimsenmiştir. Premenstrüel

bulguların şiddeti açısından kadınlar hafif-orta-şiddetli olarak 3 gruba ayrılmıştır. En yoğun belirti şiddeti gösteren 3. grup (s=33) PMS için riskli grubu olarak kabul edilmiştir. PDF'ye ait 18 alt ölçeğin değerlendirilmesinde tanı alan ve almayan grubun puanları çıkarılmış, ayrıca 18 alt ölçeğin kendi puanlarının, alacakları en yüksek puanın oranlanmasıyla "olanaklı maksimum değişim yüzdesi" elde edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 541 kadının sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Örneklem yaş ortalaması 30.941 (std 7.531, min. 15, max. 49) olarak saptanmıştır. Örneklemi oluşturan kadınların %5.2'sinin (s=28) pelvik ameliyat öyküsü olduğu, %7.4'ünün (s=40) doğum sonrası ruhsal hastalık geçirdiği belirlenmiştir. Kadınların %2.2'si (s=12) şu anda psikiyatrik bozukluk tanısının olduğunu, %5.9'u da (s=32) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 1). Örneklemde adet döngüsünün 15-60 günde bir (ortalama=28.2±5.4) olduğu görülmüş ve kadınların % 39.5'inde (s=224) adet düzensizliği saptanmıştır. Kadınların %82.2'si (s=499) gebelikten korunma yöntemi kullanmaktadır.

Örneklem grubu belirtilerin şiddetine göre, K-means küme analizi ile 3 kümeye ayrılmıştır (Tablo 2). Buna göre örneklem grubunun % 6.1'inin (s=33) PDF küme analizine göre, şiddetli belirtilere sahip olması ve PMS tanı ölçütlerini karşılaması açısından PMS için riskli grup olduğu, %40.3'ünde (s=218) ise sadece orta şiddetli ve şiddetli belirtiler olduğu saptanmıştır.

Sosyodemografik değişkenler ile PMS riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, PMS riskli olan kadınların yaş ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Şiddetli PMS belirtileri olan grubun yaş ortalaması 26.9±7.8, PMS riskli olmayan ya da düşük olan grupta ise 31.2 ± 7.4 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 3.191, p=0.002, Student's t test). Diğer anlamlı fark görülen değişkenler Tablo 3'te gösterilmiştir. Adet döngüsü özellikleri ve gebelikten korunma ile PMS riski arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde iliş-

TABLO 3. PMS riskinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi.

	PMS Riski var		PMS Riski yok		İstatistiksel analiz	
	n	%	n	%	χ^2	P
Meslek						
Ev hanımı	24	5.1	450	94.9	$\chi^2=7.17$	0.017 *
Çalışıyor	9	13.4	58	86.6		
Medeni durum***						
Evli	25	5.2	454	94.8	$\chi^2 = 5.99$	0.050 **
Bekar	7	13.7	44	86.3		
Dul	1	9.1	10	90.9		
Öyküde ruhsal hastalık						
Var	7	13.0	47	87.0	$\chi^2=4.93$	0.036 *
Yok	26	5.3	461	94.7		
Doğum sonu ruhsal hastalık						
Var	6	15.0	34	85.0	$\chi^2=5.97$	0.028 *
Yok	27	5.4	474	94.6		
Birinci derece akrabalarla ruhsal hastalık						
Var	5	15.6	27	84.4	$\chi^2=13.59$	0.001 **
Yok	26	5.2	477	94.8		
Var	5	41.7	7	58.3	$\chi^2=27.10$	0.000 *
Yok	28	5.3	501	94.7		

*: Fisher kesin ki-kare testi

**: Pearson ki-kare testi

***: Medeni durumun etkisinin değerlendirildiği analizdeki istatistiksel fark bekar ve evli grupları arasındadır.

kili bir değişken saptanamamıştır.

Çalışmaya alınan örneklem grubunun DSM-IV ölçütleri arasında yer alan işlevsellik kaybı yönünden değerlendirilmesi sonucunda tüm örneklemde % 29.8 (s=161) oranında işlevsellik kaybı olduğu görülmüştür. PMS riski olan grupta işlevsellik kaybı % 72.7 (s=24), PMS olmayan gruba göre % 27 (s=137) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($\chi^2=31.03$ p=0.0001).

Örneklemde genelinde %32.9 (s=178) oranında PMS'nin tedavi gerektiren bir durum olarak düşünüldüğü görülmüştür. PMS riski olan alt grupta ise bu oran %72.7 (s=24) olarak bulunmuştur.

PDF 18 alt ölçekten oluşmaktadır. Tüm alt ölçek puanlarında PMS riski olan grupta anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır. PDF alt ölçeklerinin PMS riski olan ve olmayan gruplarda olanaklı maksimum değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Olanaklı maksimum değişim yüzdesinde en önemli değişimlerin olduğu alt ölçekler şu şekilde belirlenmiştir: Alt ölçek 8 (Bunaltı) (% 65), alt ölçek 15 (Yorgunluk) (% 63.3), alt ölçek 7 (Sosyal geri çekilme) (% 62), alt ölçek 3 (Labilite) (% 59.4), alt ölçek 10 (İmpulsivite) (% 57.9).

PDF'ye göre belirtilerin değerlendirilmesinde; en sık görülen 30 belirtinin görülme sıklığı ve ortalama şiddet puanları Tablo 4'de gösterilmiştir. En sık görülen belirtiler

ler sırası ile sinirli veya huzursuz hissetme (%72); sıkıntılı hissetme (%67.3); karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66.6); enerji azlığı veya çabuk yorulma (%66.6); bacaklarda yorgunluk hissi (%65.5) ve karında ara ara ağrı veya kramplar olmasıdır (%65.1). En şiddetli hissedilen belirtiler de sırası ile; sinirli veya huzursuz hissetme; bacaklarda yorgunluk hissi; üşüme ve-veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma; karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme; karında ara ara ağrı veya kramplar olması, sıkıntılı hissetme şeklindedir.

TARTIŞMA

PMS, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen, kadının ruhsal durumunu, davranışlarını ve işlevselliğini önemli düzeyde etkileyen ve başka psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı olarak ortaya çıkabilen bir durumdur. Bu çalışmada amaç PMS belirtilerin yaygınlığı, şiddeti ve sıklığı saptamak ve ilişkili risk faktörlerini belirlemektir. Aslında tüm kadınlarda adet öncesi dönemde hafif de olsa PMS'de görülen bazı belirtiler bulunabildiğinden, PMS riski açısından sadece belirtilerin şiddetli olarak algılanması koşulu aranmıştır ve bu şekilde değerlendirme yapıldığında PMS tanısı için riskli grubun oranı %6.1 olarak bulunmuştur. Orta şiddette ya da şiddetli yakınmaları olan kadınların oranı ise %40,3'tür. PMS yaygınlığı ile ilgili çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde yaygınlık oranlarının %3,3 ile %88 arasında değiştiği gö-

TABLO 4. PDF'ye Göre Premenstrüel Belirtilerin Görülme Sıklığına Göre Dağılımı ve Şiddet Puanları.

Belirtiler	Görülme sıklığı (%)	Şiddet puan ortalamaları
Sinirli veya huzursuz hissetme	72.0	2,52
Sıkıntılı hissetme	67.3	2,24
Karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	66.6	2,29
Enerji azlığı veya çabuk yorulma	66.6	2,13
Bacaklarda yorgunluk hissi	65.5	2,34
Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	65.1	2,27
Güçsüzlük, dermansızlık hissi	64.0	2,14
Üşüme ve-veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma	62.4	2,31
Sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları	57.4	2,16
Kendini mutsuz ve üzgün hissetme	57.4	2,07
Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	57.0	2,19
Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	56.8	2,23
Kendini hasta hissetme	56.8	2,04
Aynı gün içinde ruhsal değişimler	53.9	2,02
Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme	53.5	1,90
Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma	53.3	2,03
Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme	53.1	2,02
Karamsar görünme	52.4	2,02
Yalnız kalmayı isteme	51.7	1,93
Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	50.9	1,89
Evde daha fazla oturma	50.2	1,93
Daha unutkan olma	49.1	1,88
Daha az ev işi yapma	49.1	1,84
Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama	48.9	1,99
Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma	48.5	1,96
Baş ağrıları ya da migren nöbetleri	48.3	1,98
Sabahları kendini daha kötü hissetme	48.3	1,83
Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma	47.8	1,88
Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	47.6	1,85
Sivilce veya çıban gibi cilt problemleri	47.6	1,79

rülmektedir. Bu oranlar sadece orta şiddette ya da şiddetli belirtilerin değerlendirildiği çalışmalardır (Özmenler ve ark. 1997, Gökkurt 1999, Wilson ve Keye 1989, Girolamo ve ark. 1989, Hurt ve Schnurr 1992). Oranlar arasındaki geniş farklılık, çalışma örneklemelerinin farklılığı yanında kullanılan yöntemlerin farklı olmasının bir sonucudur. PMS tanısı için, bu çalışmada olduğu gibi, sadece şiddetli olan ya da iş kaybına neden olan belirtilerin alındığı çalışmalarda ise oranlar %3 ile %7,5 olduğu görülmektedir (Halbreich ve ark. 1982, Yonkers 1997b). Türkiye'de benzer yöntemle yapılan çalışmalarda PMS yaygınlığının %3,3 ile %5,9 değiştiği görülmüştür (Özmenler ve ark. 1997, Gökkurt 1999).

Bu çalışmada, deneklerle psikiyatrik bir görüşme yapılmadığından ve DSM-IV'te PDB tanısı için gerekli olan ileriye dönük değerlendirme ölçütü karşılanamadığından PDB yaygınlığını belirlemek olanaklı olmamıştır. Ancak, şiddetli belirtileri olan kadınlarda, DSM-IV'te adı geçen belirtilerin görülme sıklığı ve işlevsellik kaybının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Şiddetli belirtilerin olduğu durumda işlevsellik yitiminin daha fazla olduğu önceden bilinmektedir (Wilson ve Keye 1989). PMS tanısı açısından riskli olan grupta işlevsellik yitimi oranı %72,7'dir.

Premenstrüel dönemde değişik şiddet ve yoğunlukta çok sayıda belirtinin olduğu saptanmıştır. En sık görülen belirtiler sırası ile sinirli veya huzursuz hissetme; sıkıntılı hissetme; karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme; enerji azlığı veya çabuk yorulma; bacaklarda yorgunluk hissi ve karında ara ara ağrı veya kramplar olmasıdır. En şiddetli hissedilen belirtiler ise; sinirli veya huzursuz hissetme; bacaklarda yorgunluk hissi; üşüme ve-veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma; karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme; karında ara ara ağrı veya kramplar olması, sıkıntılı hissetme şeklindedir. Hem görülme sıklığı hem de şiddet açısından ilk sırada sinirlilik ve huzursuzluk yakınması bulunmaktadır. Görülme sıklığı açısından bu belirtiyi diğer duygudurum belirtileri izlerken, fiziksel belirtilerin daha şiddetli olarak algılandığı görülmektedir. PMS tanısı için riskli olan grupta DSM-IV'te bildirilen belirtilerden en sık görülenleri ise sıklık sırasına göre anksiyete, gerginlik; ani üzülmeye, ağlama; öfke, irritabilite; uyuşukluk, enerji azalması ve baş ağrısıdır. Bu grupta duygudurum belirtilerinin sıklık oranları daha fazladır. Daha önceki çalışmalarda da benzer şekilde duygudurum belirtileri ve fiziksel yakınmaların en sık görülen belirtiler olduğu bildirilmektedir. (Yonkers ve Davis 2000, Kolarov ve Sirakov 1996, Maskall ve Law 1997, Severino ve Hurt 1989, Gökkurt 1999, Plouffe ve ark. 1993, Rivera-Tovar 1990, Gehlert ve Chang 1999, Wilson ve Keye 1989, Huerta 1993, Mao ve Chang 1985, Steiner ve Wilkins 1996). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, ödem, bulanık görme, ciltte yağlanma ve akne, bazı yiyecekleri arzulanma ve iştah değişiklikleri daha düşük oranda saptanmıştır (Üstün ve ark. 2003, Gökkurt 1999, Müderris ve ark. 1999, Freeman ve Halberich 1998, Plouffe ve ark. 1993, Dereboy ve ark. 1994).

Sosyodemografik değişkenler ile PMS riski arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, PMS tanısı açısından risk grubunda olan kadınların yaş ortalamasının daha düşük olduğu, bekar ve çalışan kadın oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. PMS belirtileri şiddetli olan kadınların yaş ortalaması 26,9 olarak bulunmuştur. Literatürde de PMS belirtileri sıklıkla 25-35 yaş arasındaki kadınlarda daha şiddetli olduğu bildirilmektedir (Freeman ve ark. 1993, Yonkers 1997a). Genel olarak PMS belirtilerinin yaşla birlikte arttığı (Freeman ve ark. 1993, Freeman ve Halberich 1998, Özmenler ve ark. 1997) bildirilse de PMS'nin yaşla bir korelasyon göstermediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Gehlert ve Hartlage 1997). Öte yandan literatür bilgilerinden farklı olarak bu çalışmada PMS belirtileri şiddetli olan kadınlarda bekar olanların ve çalışanların daha fazla ol-

duğu görülmüştür. Önceki Türkiye çalışmalarda genel olarak evli ya da bekar olmanın ve çalışma durumunun PMS ile ilişkili olmadığı bildirilmektedir (Özmenler ve ark. 1997, Müderris ve ark. 1999).

Adet döngüsü özellikleri ve gebelikten korunma ile PMS tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bir değişken saptanamamıştır. Önceki çalışmalarda da gebelik ya da çocuk sayısı, doğum kontrol yöntemleri ve adet döngüsü özelliklerinin PMS belirtileri ile ilişkisi açısından birbirinden farklı sonuçlar olduğu görülmektedir (Özmenler ve ark. 1997, Gehlert ve Hartlage 1997, Huerta 1993, Khella 1992, Yonkers 1997a, Halbreich 1996, Freeman ve Halberich 1998, Graze ve ark. 1990). Yine de genel olarak adet kanamasının seyrek olduğu durumlarda PMS yakınmalarının da azaldığı düşünülmektedir (Yonkers 1997b).

Önceden geçirilmiş ya da çalışma yapıldığı sırada varolan psikiyatrik hastalıklarla, şiddetli PMS belirtilerinin varlığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası psikiyatrik hastalık geçirenler, halen psikiyatrik bir hastalığı olduğunu bildirenler, geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü olanlar, birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu belirtenler, PMS grubunda daha yüksek oranlardadır. Daha önce birçok çalışmada psikopatoloji ile PMS ilişkisi gösterilmiştir (Harrison ve ark. 1989, Chau ve ark. 1998, Yonkers 1997b). PMS'li kadınlarda başta depresyon olmak üzere yaşam boyu psikiyatrik hastalık sıklığının çok yüksek oranlarda olduğu bilinmektedir (Gehlert ve Hartlage 1997).

Örneklem grubunun %67.1 (s=363)'lik kısmı PMS'nin tedavi gerektiren bir durum olmadığını belirtmiştir. PMS tanısı olan grubun %72.7'sinin (s=24) bu durumun tedavi gerektirdiğini belirtmesi ise, belirtiler nedeni ile önemli düzeyde sorunlar yaşadıklarını gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada şiddetli PMS belirtilerinin yaygınlığı %6.1 olarak bulunmuştur. En sık görülen ve şiddetli hissedilen PMS belirtisi sinirli veya huzursuz hissetmedir. Diğer sık görülen ve şiddetli olan belirtiler de sıkıntılı hissetme, karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme, enerji azlığı veya çabuk yorulma, bacaklarda yorgunluk hissi ve karında ara ara ağrı veya kramplar, üşüme veya ısı değişimlerine daha duyarlı olmaktır. DSM-IV'te bildirilen belirtilerden en sık görülenleri ise anksiyete, gerginlik, ani üzülmeye, ağlama, öfke, irritabilite, uyuşukluk, enerji azalması ve baş ağrısıdır.

Adet döngüsü özellikleri ve gebelikten korunma ile PMS tanısı arasında ilişkili olmadığı görülmüştür. Daha genç, bekar ve çalışan kadınlarda şiddetli PMS belirtileri daha yüksek orandadır. Ayrıca PMS'nin diğer psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmanın belirtilmesi gereken en önemli kısıtlılığı,

Manisa ilinde tek bir sağlık ocağı bölgesinde yürütülmüş olmasıdır. Öncelikle zaman kısıtlılığı ve daha sonra da sağlık ocaklarında görevli personelin isteksizliği nedeni ile çalışma, bir sağlık ocağı bölgesi ile sınırlı kalmıştır. Diğer önemli bir kısıtlılık da PMS açısından kesin tanı ve ayırıcı tanı konusundaki yetersizliklerdir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC) 7 American Psychiatric Association.

Andersch B, Wenderstam C, Hahn L ve ark. (1986) Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. *J Psychosom Obstet & Gynaecol*, 5: 39.

Angst J, Sellaro R, Stolar M ve ark. (2001) The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand*, 104: 110-116.

Chang G, Hutchinson KA (1991) Lifetime psychiatric illness and premenstrual syndromes. *Conn Med*, 55(12): 683-686.

Chau JP, Phil M, Chang AM (1998) Relationship between premenstrual tension syndrome and anxiety in Chinese adolescents. *J Adolesc Health*, 22: 247-249.

Cohen LS, Soares CN, Otto MW ve ark. (2002) Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women the Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord*, 70: 125-132.

Condon JT (1993) The Premenstrual syndrome : A twin study. *Br J Psychiatry*, 162: 481-486.

Danacı AE, Taşkın EO, Koltan SO ve ark. (2001) Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 15-20.

Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitöl F (1994) Premenstrüel değerlendirme formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg*, 5: 83-90.

Freeman EW, Halberich U (1998) Premenstrual syndrome. *Psychopharmacol Bull*, 34 (3): 291-295.

Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ (1993) Premenstrual symptoms and dysmenorrhea in relation to emotional distress factors in adolescents. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 14 (1): 41-50.

Gehlert S, Chang C (1999) Symptom patterns of premenstrual dysphoric disorder as defined in the diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. *J Womens Health*, 8 (1): 75-84.

Gehlert S, Hartlage S (1997) A design for studying the DSM-IV research criteria of premenstrual dysphoric disorder. *Psychosom-obstet-gynaecol*, 18 (1): 36-44.

Girolamo G, Maritelli G, Corbani R (1989) Premenstrual symptoms and psychiatric morbidity in two Italian health care settings. *Psychosom*, 52 (4): 187-196.

Graze KK, Nee J, Endicott J (1990) Premenstrual depression predicts future major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 81: 201-209.

Gökkuş S (1999) Park eğitim sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrüel sendrom Prevalansı. *Türkiye'de Psikiyatri*, 2: 123-132.

Halbreich U, Endicott J, Schacht S ve ark. (1982) The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand*, 65: 47-65.

Halbreich U (1996) Reflections on the cause of premenstrual syndrome. *Psychiatr Ann*, 26 (9): 581-584.

Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T ve ark. (2003) The prevalence, impairment, impact and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28: 1-23.

Harrison WM, Endicott J, Nee J (1989) Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *Psychosomatics*, 30: 405-410.

Huerta MR (1993) Association of physical and emotional symptoms with the menstrual cycle and life-style. *J Reprod-Med*, 38 (6): 448-454.

Hurt SW, Schnurr P (1992) Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints. *Am J Psychiatry*, 149 (4): 525-530.

Khella AK (1992) Epidemiologic study of premenstrual symptoms. *Egypt Public Health Assoc*, 67 (1-2): 109-118.

Kolarov G, Sirakov M (1996) The premenstrual syndrome in adolescents. *Akush Ginekol*, 35 (4): 10-11.

Mao K, Chang A (1985) The premenstrual syndrome in Chinese. *Obstet Gynaecol*, 25 (2): 118-120.

Maskall DD, Law RW (1997) Seasonality of symptoms in women with late luteal phase dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*, 154 (10): 1436-1441.

Müderis İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S ve ark. (1999) Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı. *Klinik Psikiyatri*, 2: 197-201.

Özmenler KN, Özşahin A, Karlıdere T (1997) Adet öncesi dönemde belirti dağılımının gruplar arası karşılaştırılması. *Bahar Sempozyumları 2 Özet Kitabı*, Antalya, s. 17-22.

Pearlstein TB, Stone AB (1998) Premenstrual syndrome. *Psychiatr Clin North Am*, 21 (3): 577-90.

Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H ve ark. (2004) Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 65 (10): 1314-22.

Petersen JL (1987) *Obstetric and Gynecology*. Stoudemire A, Fogel BS (ed), *Principles of medical psychiatry*, Grune-Stratton, 619-622.

Plouffe L, Stewart K, Craft KS (1993) Diagnostic and treatment results from a southeastern academic center-based premenstrual syndrome clinic: the first year. *Am J Obstet Gynaecol*, 2: 295-299.

Rivera-Tovar AD (1990) Late luteal phase dysphoric disorder in young women. *Am J Psychiatry*, 147(12): 403-411.

Severino SK, Hurt S (1989) Spectral analysis of cyclic symptoms in late luteal phase dysphoric disorder. *Am J Psychiatry*, 146 (9): 1155-1160.

Steiner M, Wilkins A (1996) Diagnosis and assessment of premenstrual dysphoria. *Psychiatric Annals*, 26 (9): 571-575.

Yonkers KA (1997a) Antidepressants in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry*, 58: 4-10.

Yonkers KA (1997b) Anxiety symptoms and anxiety disorders: How are they related to premenstrual disorders. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 3): 62-67.

Yonkers KA, Davis LL (2000) Premenstrual dysphoric disorder. *BJ Sadock, VA Sadock (eds); Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*, 7. baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s. 1952-1958.

Üstün N, Karamustafaloğlu O, Karadağ F ve ark. (2003) Premenstrüel disforik bozukluğun epidemiyolojisi ve semptom profili. 39. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, Antalya, s. 706-708.

Wilson CA, Keyes WR (1989) A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. *Adolesc Health Care*, 10 (4): 317-322.

Wittchen HU, Becker E, Lieb R ve ark. (2002) Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*, 32 (1): 119-132.