

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESOGÜ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİ
ARASINDA DİSMENORE SIKLIĞI VE ÇALIŞMA
HAYATI ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Seher KURT

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2023

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESOGÜ TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİ
ARASINDA DİSMENORE SIKLIĞI VE ÇALIŞMA
HAYATI ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Seher KURT

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU

ESKİŞEHİR
2023

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “ESOGÜ Tıp Fakóltesi Asistan Hekimleri Arasında Dismenore Sıklığı ve Çalışma Hayatı Üzerine Etkilerinin Araştırılması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değçrlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 22.03.2022 tarihinde 58 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Seher KURT'a ait "ESOGÜ Tıp Fakültesi Asistan Hekimleri Arasında Dismenore Sıklığı ve Çalışma Hayatı Üzerine Etkilerinin Araştırılması" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:.....

Jüri Başkanı

Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SAĞLAN
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun/...../.....
Tarih ve/.... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR
Dekan

TEŞEKKÜR

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, değerli hocam Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU başta olmak üzere; hoşgörülü yaklaşımıyla desteğini her zaman hissettiğim Prof. Dr. Uğur BİLGE'ye, uzmanlık eğitimim süresince üzerimde emeği geçen, yardımlarını esirgemeyen, gösterdiği sabır ve anlayışı için kıymetli hocam Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, hayatımın her aşamasında yanımda olan, büyük emek ve sevgiyle beni bugünlere getiren ailem; değerli annem Ayşe KURT'a, canım babam İdris KURT'a ve biricik kardeşim Şevval KURT'a, asistanlığım süresince bana hep destek olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm kıymetli çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Kurt S. ESOĞÜ Tıp Fakültesi Asistan Hekimleri Arasında Dismenore Sıklığı ve Çalışma Hayatı Üzerine Etkilerinin Araştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2023 Dismenore kadınlarda en sık görülen ve psikososyal etkileri de olan jinekolojik bir semptomdur. Dismenore ile ilgili, öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalar sık olsa da çalışan kadınlar üzerinde dismenore sıklığını araştıran yeterli çalışma yoktur. Bu sebeple asistan hekimler ile yaptığımız bu çalışmada dismenore sıklığını, şiddetini ve çalışma hayatı üzerine etkilerini belirlemeyi amaçladık. Kesitsel-tanımlayıcı şekilde gerçekleştirilen çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 165 asistan hekim üzerinde yürütüldü. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri ve jinekolojik özellikleri sorgulayan sorulardan oluşan anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı. Araştırmanın sonucunda asistan hekimler arasında dismenore sıklığı %95,1 olarak bulundu. Asistan hekimlerin %66,7'si visüel analog skala (VAS) ile dismenore şiddeti puanlamasında 6 puan (belirgin ağrı veriyor) şiddetinde ağrı yaşadıklarını belirtti. Nöbet tutma durumu ile dismenore şiddeti karşılaştırıldığında; nöbet tutan hekimlerin dismenoreyi daha şiddetli yaşadığı görüldü. Katılımcıların analjezik olarak kullandığı en sık iki etken %28,4 ile deksketoprofen ve %26,8 ile ibuprofen/flurbiprofen olarak bulundu. Alkol kullanan ve ailesinde dismenore öyküsü bulunan katılımcılarda dismenore şiddetinin daha yüksek olduğu saptandı. Menarş yaşı 16 yaş ve üzerinde olanlarda dismenore şiddeti benzer çalışmalardan daha yüksek bulundu. Katılımcıların %81,2'si dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtirken, sadece %17'si dismenore sebebiyle istirahat raporu aldığını belirtti. Bulgulara bakıldığında, dismenore asistan hekimler arasında oldukça yaygın görülen bir sorun olup dismenoreyle birliktelik gösteren semptomlar düşünüldüğünde iş hayatında olumsuz etkilere ve konsantrasyon bozukluğuna yol açabileceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Dismenore, visüel analog skala, asistan hekim, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Kurt, S. Evaluation of the Frequency, Severity, and Effects of Dysmenorrhea on Occupational Life Among Assistant Physicians at ESOGÜ Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Medical Specialty Thesis, Eskisehir, 2023

Dysmenorrhea is the most common gynecological symptom in women and it also has psychosocial effects. Although there have been studies on dysmenorrhea among students, there is a lack of sufficient research on the frequency of dysmenorrhea among working women. Therefore, in this study conducted with assistant physicians, we aimed to determine the frequency, severity, and effects on occupational life of dysmenorrhea. The cross-sectional descriptive study was conducted on 165 assistant physicians working at Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine. A questionnaire consisting of questions on sociodemographic and gynecological characteristics was administered face-to-face to the participants. As a result of the study, the frequency of dysmenorrhea among assistant physicians was found to be 95.1%. 66.7% of assistant physicians reported experiencing pain with a severity rating of 6 (significant pain) on the visual analog scale (VAS) for dysmenorrhea. When night shift status and severity of dysmenorrhea were compared; It was observed that the physicians who kept the night shift experienced dysmenorrhea more severely. The most commonly used analgesics by the participants were found to be dextketoprofen (28.4%) and ibuprofen/flurbiprofen (26.8%). It was found that dysmenorrhea severity was higher in participants who consumed alcohol and had a family history of dysmenorrhea. Participants who had menarche at the age of 16 or older had higher dysmenorrhea severity compared to similar studies. 81.2% of the participants stated that dysmenorrhea reduces their quality of life, while only 17% reported taking sick leave due to dysmenorrhea. Considering the findings, dysmenorrhea is a common problem among assistant physicians and when symptoms associated with dysmenorrhea are taken into account, it can lead to negative effects on occupational life and impaired concentration.

Key Words: Dysmenorrhea, visual analog scale, assistant physician, quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Menstruasyonun Tarihçesi	3
2.2.Menstruasyonun Tanımı	3
2.3.Menstruasyonun Fizyolojisi	3
2.3.1.Menstrüel Siklus Evreleri	4
2.4 Premenstrüel Sendrom	7
2.5 Amenore	9
2.6 Disfonksiyonel Uterin Kanama	9
2.7 Dismenore	9
2.7.1 Primer Dismenore	11
2.7.2 Sekonder Dismenore	14
3.GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Çalışmanın Etik İzni ve Tipi	16
3.2 Çalışmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3 Çalışma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	16
3.4 Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri	16
3.5 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	16
3.6 Veri Toplama Araçları	16
3.7 İstatiksel Analiz	17
4.BULGULAR	18
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	18
4.2. Analitik Bulgular	29

5.TARTIşMA	44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	52
KAYNAKLAR	54



SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
COX	Siklooksijenaz
FSH	Folikül Stimule Edici Hormon
GİS	Gastrointestinal Sistem
GnRH	Gonadotropin Releasing Hormon
hCG	İnsan Koryonik Gonodotropini
LH	Luteinizan Hormon
NSAİİ	Nonsteroidal Antiinflamatuvar İlaç
PMS	Premenstrüel Sendrom
RIA	Rahim İçi Araç
SSRİ	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
TENS	Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
VAS	Visüel Analog Skala

TABLOLAR

	Sayfa
4.1. Katılımcıların Yaşları Ortalaması	18
4.2. Katılımcıların Çalıştıkları Anabilim Dalına Göre Dağılımı	18
4.3. Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre Dağılımı	18
4.4. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Yıl Ortalaması	19
4.5. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Dağılımı	19
4.6. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	19
4.7. Katılımcıların Günlük Kullandıkları Sigara Paketi Sayısı Ortalaması	20
4.8. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	20
4.9. Katılımcıların Gebe Kalma Sayılarına Göre Dağılımı	20
4.10. Katılımcıların Doğum Yapma Sayılarına Göre Dağılımı	21
4.11. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı	21
4.12. Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	21
4.13. Katılımcıların İlk Adet Yaşlarına Göre Dağılımı	22
4.14. Katılımcıların Adet Düzen Durumlarına Göre Dağılımı	22
4.15. Katılımcıların Adet Görme Aralıklarına Göre Dağılımı	22
4.16. Katılımcıların Adet Sürelerine Göre Dağılımı	23
4.17. Katılımcıların Günlük Ped Kullanım Sayılarına Göre Dağılımı	23
4.18. Katılımcıların Adet Ağrısı Sürelerine Göre Dağılımı	23
4.19. Katılımcıların Adet Ağrısı İçin Analjezik Kullanma Durumları	24
4.20. Adet Ağrısının Analjeziğe Cevap Verme Durumu	24
4.21. Katılımcıların Adet Ağrısı İçin Kullandıkları Analjeziklerin Dağılımı	24

4.22. Katılımcıların Ailelerinde Ağrılı Adet Öyküsü Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı	25
4.23. Katılımcıların Adet Ağrısının Yaşam Kalitesine Etkisini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı	25
4.24. Katılımcıların Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma Durumlarına Göre Dağılımı	25
4.25. Katılımcıların Adet Ağrısı Nedeniyle Aldıkları İstirahat Raporu Gün Sayısı Ortalaması	26
4.26. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler	26
4.27. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Acile Başvuru Durumları	27
4.28. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Aile Hekimine Başvuru Durumları	27
4.29. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler	27
4.30. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle Doktora Başvuru Durumları	28
4.31. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle Oral Kontraseptif (OKS) Kullanım Durumları	28
4.32. Katılımcıların Adet Ağrısı Şiddetine Verdikleri Puanların Dağılımı	29
4.33. Katılımcıların Adet Ağrısı Şiddeti Puan Ortalaması	29
4.34. Yaş ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	29
4.35. Katılımcıların Çalıştıkları Anabilim Dalı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	30
4.36. Katılımcıların Nöbet Tutma Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	30

4.37. Meslekte Geçirilen Yıl ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	30
4.38. Gelir Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	31
4.39. Sigara Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	31
4.40. Alkol Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	32
4.41. Gebe Kalma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	32
4.42. Doğum Yapma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	32
4.43. Kronik Hastalığı Bulunma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	33
4.44. Düzenli Olarak İlaç Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	33
4.45. İlk Adet Yaşı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	34
4.46. Adet Düzeni ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	34
4.47. Adet Görme Aralıkları ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	35
4.48. Adet Görme Süresi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	35
4.49. Günlük Ped Kullanım Sayısı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	36
4.50. Adet Ağrı Süresi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	36
4.51. Adet Ağrısı İçin Analjezik Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	36
4.52. Adet Ağrısının Analjeziğe Cevap Verme Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	37
4.53. Analjezik Türü ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	37
4.54. Ailede Ağrılı Adet Öyküsü ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	38
4.55. Adet Ağrısının Yaşam Kalitesini Düşürmesi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	38
4.56. Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	39

4.57. Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olunan Gün Yaşanılan Belirtiler ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	39
4.58. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Acile Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	41
4.59. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Aile Hekimine Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	41
4.60. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	42
4.61. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle Doktora Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	43
4.62. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle OKS Kullanım Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi	43
4.63. Adet Ağrı Şiddeti Puanını Etkileyen Faktörleri Değerlendiren Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Modeli	44

1. GİRİŞ

Dismenore alt abdominal bölgede lokalize, doğum sancısına benzeyen, suprapubik bölgeye ya da bele ve üst bacaklara yayılabilen kramp şeklinde şiddetli olabilen bir ağrıdır (1). Şikâyetler sıklıkla menstruasyondan 24 saat önce başlamakta ve en fazla 48-72 saat sürmektedir.

Dismenore, primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer dismenorede etiyolojik olarak organik bir sebep bulunmamasına rağmen, sekonder dismenorede altta yatan bir patoloji mevcuttur.

Primer dismenorede, endometriyumdan salınan prostaglandin F2a uterus düz kasının kasılmasına sebep olur. Uterus içinde oluşan basınç sistemik dolaşım basıncının üstüne çıkarak anjina benzeri bir iskemi oluşturur. Sekonder dismenore; servikal darlık, pelvik inflamatuvar hastalık, polip ve endometriozis gibi altta yatan bir patolojiye bağlı oluşur (2). Yapılan çalışmalarda stres, vücut kitle indeksi (VKİ), kronik hastalıklar, beslenme alışkanlıkları, birinci derece yakında dismenore olması, egzersiz alışkanlıkları, erken menarş, düşük sosyoekonomik düzey ve psikolojik durumların dismenore ile ilişkili olduğu saptanmıştır (3). Dismenoreye baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, diyare, ateş, halsizlik ve konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlar eşlik edebilir (4). Literatüre bakıldığında ülkemizde dismenore sıklığının %34 ile %89,6 arasında değişkenlik gösterdiği görülmektedir (5).

Dismenorenin şiddet düzeyi ve yaşanan semptomlar nedeniyle kadınlarda, insan ilişkileri, günlük aktiviteler, sosyal yaşam, okul devamlılığı ve iş devamlılığı olumsuz yönde etkilenmektedir (6). Yapılan çalışmalarda dismenore sebebiyle kadınların %43'ünün en az bir gün istirahat izni kullandığı belirlenmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinde verimliliğin oldukça azalmasına, sağlık sisteminde ekonomik yükün artmasına sebep olmaktadır (7). Sağlık sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (8). Sağlık sektörü; kadınların çoğunlukta hizmet verdiği alanlardandır ve dismenore kadınların çalışma ortamında kısıtlanmasına, konsantrasyon bozukluğu yaşamasına neden olmaktadır. Sağlık; çalışma hayatına, çalışma hayatı da insanın sağlığına etki eden faktörlerdir (9). Bu yüzden menstrüel dönem ve bu dönemde yaşanan dismenore ve duygu durum değişiklikleri; hekimin sağlığını kötü etkilemekte ve konsantrasyonunu

düşürmektedir. Yaşanan konsantrasyon eksikliği; hasta hekim iletişimini bozmakta sonuçta iş kalitesini etkilemektedir (10).

Bu çalışmamızda Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi asistan hekimleri arasında dismenore sıklığını, şiddetini ve çalışma hayatı üzerine etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Menstruasyonun Tarihçesi

Menstruasyon, biyolojik olmasının yanında kültürel etkileri de olan bir olgudur. Bazı geleneksel uygulamaların sürdürüldüğü topluluklarda menstruasyon kadının günlük hayatını, gündelik yaşamını düzenleme şeklini etkilemektedir ve bazı kültürlerde sakınma, kaçınma, mahcup olma davranışlarının gelişmesine sebep olmuştur. Menstruasyon yıllarca tabu olarak görülmüş ama yirminci yüzyılın ortalarında yaşanan gelişmelerle öncelikle batı ülkelerinde tabu olmaktan çıkmıştır (11).

2.2.Menstruasyonun Tanımı

Menstruasyon kadınların ergenlik dönemine girmesiyle başlayıp menopoza dönemine kadar yaklaşık 35 yıl devam eden, çoğu kadında 25-35 gün aralığında aylık periyotlar şeklinde meydana gelen, kadının üreme yeteneğini gösteren fizyolojik bir süreçtir (12). Bu periyot son menstruasyon tarihinin ilk günü ile sonraki menstruasyon tarihinin ilk günü arasındaki süreçtir. Kanama ortalama 4 gün sürer ama 2 ile 7 gün arasında sürmesi normal kabul edilmektedir (13). Kişiden kişiye değişmekle beraber her menstrüel kanama döneminde günde 1-6 ped/tamponun tüketildiği kanamalara fizyolojik menstrüel kanama adı verilir. Her 1 ya da 2 saatte bir ped/tampon değişimine neden olacak kanama var ise ve süresi de 7 günü aşıyorsa bu kanama aşırı olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla altta yatan bir patoloji varlığı akla gelmeli ve araştırılmalıdır (14). Kişilerde bu dönemde sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyolojik değişimler de meydana gelir (15).

2.3.Menstruasyonun Fizyolojisi

Menstrüel siklus, kadının genel sağlık durumu hakkında birçok önemli bilgi içerir. Bu yüzden solunum sistemi, kardiyolojik sistem gibi menstrüel siklusun da rutin kontrolü sağlık problemlerinin erken teşhisini ya da önlenmesini sağlayacaktır. Doğal menstrüel siklusun fizyolojisini öğrenmeden menstrüel siklus bozukluklarını değerlendirebilmek mümkün değildir (14).

Dişi üreme sistemi erkek üreme sisteminden oldukça farklı işler. Erkeklerde devamlı sperm oluşumunun tersine, dişide gametin büyümesi ve salgılanması (ovulasyon) periyodik aralıklarla oluşur. Kanamanın kaynağı olan uterusda gelişen değişiklikler menstrüel siklusun en önemli kısmıdır. Bu değişiklikler, periyodik dalgalanmalar halinde ovaryumdan salgılanan hormonların yönetiminde gerçekleşir. Bu hormonların salınımını, hipotalamus, hipofiz ve ovaryumlar birlikte kontrol eder. Gametin olgunluğa eriştiği yer yine ovaryumlardır. Salınan hormonların etkisi ile uterus, fertilize olmuş yumurtanın tutunmasını sağlamak ve yumurtayı geliştirmek üzere değişir. Gebelik oluşmazsa bu değişen tabakada dökülme meydana gelir ve menstrüel kanama oluşur.

Ovaryumun işlevini yöneten faktörler, hipotalamustan salınan Gonodotropin Salıcı Hormon (GnRH), ön hipofiz hormonları olan; Luteinizan Hormon (LH), Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) ve gonadal cinsiyet hormonlarıdır (östrojen ve progesteron) (16). Bu hormonlar pozitif ve negatif feedback ile menstrüel siklusu düzenlerler. GnRH ergenlik çağının başlamasıyla hipotalamustan ritmik bir şekilde salınmaya başlar ve ön hipofizde bulunan FSH ve LH'nin salgılanmasını uyarır. Ön hipofizden salınan FSH ve LH overlerde birtakım değişimlere sebep olur ve östrojen ve progesteronun üretilmesini sağlar. Bu hormonlar menstrüel siklus evrelerinin düzenli bir şekilde gerçekleşmesi için gereklidir. Menstruasyon döngüsü genellikle üreme çağı süresince düzenli seyreder fakat bazı nöroendokrin fonksiyonların değişikliklerinde bu süre değişebilir. Ortalama bir menstruasyon döngüsü kanamanın ilk gününden itibaren 28 gündür. Menstrüel siklus ilk menarş sonrası genelde düzensizdir fakat 5-7. senelerde düzene girmeye başlar (17).

2.3.1.Menstrüel Siklus Evreleri

Menstrüel siklusun başlangıç günü menstrüel kanamanın ilk günü olarak kabul edilmektedir. Ovarial ve endometrial olarak iki siklus şeklinde incelenmektedir (18).

Ovarial Siklus

Bu siklusta amaç her menstrüel fertilizasyon için, 23 kromozomlu dişi cins hücrelerini meydana getirmektir (18). Ovarial siklus; Foliküler faz, ovulasyon fazı ve luteal faz olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır.

Foliküler Faz

Menstruasyonun bu evresi daha çok FSH tarafından kontrol edilir ve östrojen baskın durumdadır. FSH etkisiyle birlikte overde folikül gelişimi uyarılır. Folikülün çevresini granüloza ve teka hücreleri sarar ve bu hücreler yine FSH ve LH tarafından stimüle edilir. Bu stimülasyonla birlikte granüloza hücresinden östrojen salınımı olur. Gittikçe artan östrojen düzeyi folikülün gelişimini sağlar (19). Ortalama 7 gün süren foliküler gelişimin sonucunda bir folikül diğerlerinden daha hızlı büyür ve baskın folikül haline gelir. Büyüyen baskın folikülün etrafında granüloza ve teka hücreleri hızla çoğalmaya devam eder ve üzerlerinde bulunan LH ve FSH reseptörlerinin çoğalmasını sağlar. Bu reseptörlerin çoğalması baskın folikülün daha hızlı gelişmesi için pozitif bir feedback oluşturur. Foliküler evrenin ilerleyen günlerinde artan bu östrojen hormonu negatif feedback ile FSH salınımını baskılar. FSH etkisinin azalmasıyla başka bir folikülün gelişmesi engellenmiş olur ve baskın folikül ovulasyon için hazırlanmaya devam eder (17).

Ovulasyon

Folikülün büyümesi sürecinin 12. gününde hipofiz bezinde LH salgısı hızla artar ve teka hücresinin progesteron salgılamasını sağlar. Teka hücreleri progesteron dışında proteolitik bir enzim de salgılamaya başlar. Bu enzim baskın folikülün duvarında oluşan çıkıntının kırılmasına sebep olur. Folikülün içinde bulunan oosit ve çevresindeki granüloza hücreleri korona radiata ismini alır. Bu oosit, oluşan kırıktan dışarı atılır. Kalan teka ve granüloza hücreleri korpus luteuma çevrilir (17).

Luteal Faz

Bu evre yaklaşık 14 gün sürer. Progesteron üretimi korpus luteum ile devam eder. Korpus luteum progesteronun yanında eser miktarda östrojen de salgılar. Progesteronun görevi luteal evrede LH salınımını kontrol etmektir. Fertilizasyon oluşur ise plasentadan salınan İnsan Koryonik Hormonu (hCG), LH gibi etki ederek korpus luteumun progesteron salgılamasını devam ettirir. Gebelik oluşmadığı durumda korpus luteum küçülmeye başlar. Progesteron ve östrojen düzeyi azalır ve korpus luteum 12-16 gün içinde korpus albikansa dönüşür (20).

Endometrial Siklus

Endometriyumun 2 tabakası vardır. Bazal ve fonksiyonel olarak ikiye ayrılır. Fonksiyonel kısım gonadal hormonlara duyarlıdır ve üst kısmı oluşturur. Menstrüel kanamada bu tabakanın bir kısmı dökülür. Bazal tabaka gonadal hormonlara duyarlı değildir ve kanama esnasında dökülen fonksiyonel tabaka kısmının rejenerasyonunda görevlidir (21). Endometrial siklus; menstruasyon, proliferasyon ve sekresyon olarak 3 fazda incelenir (17).

Menstruasyon fazı

Menstruasyon, endometrial siklusun ilk evresidir. Menstruasyon, ovarial siklusun sonunda eğer fertilizasyon oluşmamış ise korpus luteumun küçülmesiyle birlikte progesteron ve östrojenin hatta özellikle progesteronun azalmasıyla oluşur. Endometriyumun progesteron ile uyarımı azalır ve endometriyum kalınlığını kaybetmeye başlar. Endometriyumda bulunan vasküler yapılarda hasar başlar ve kanama alanları oluşur. Kanama bölgesi 24-36 saat içinde büyür. Endometriyumun dış tabakası nekroze olur ve hemorajik kısımla ayrılır. Yaklaşık 48 saat sonunda endometriyumun bütün yüzeyel tabakası dökülür. Dökülen doku, kan ve prostaglandinlerin etkisiyle uterus kasılır ve içerik atılmaya başlar. Kanamanın devam ettiği iki gün içinde dış tabaka dökülmeye devam ederken bir yandan overde gelişen folikülden salgılanan östrojen endometriyumun dış tabakasının yenilenmesini uyarır. Kanama ortalama olarak 4-6 gün sürer ve yaklaşık olarak 30 ml akış olur. Bu akışın 80 ml'den fazla olması anormaldir (17).

Proliferasyon Fazı

Fertilizasyon yokluğu sebebi ile progesteron ve östrojenin düşmesi FSH ve LH hormonlarının salgılanmasını uyarır. FSH ve LH salgısı overden östrojen salgılanmasını sağlar. Böylece, östrojen dökülen fonksiyonel tabakanın altındaki bazal tabakanın yeniden oluşumunu sağlar. Bu rejenerasyon tamamlanınca kanama tamamen durur. Overden östrojen salgılanmaya devam ettikçe endometriyum kalınlaşmaya başlar ve stromadaki vasküler yapılar gelişir. Glandlar sayıca artar ve büyür. Rejenerasyonun tamamlanmasıyla yumurtlamaya kadar süren bu dönem proliferasyon fazı olarak adlandırılır (12).

Sekresyon Fazı

Ovulasyon oluşunca, artan progesteron salgısı endometriyumun kalınlaşmasını artırır ve endometriyum yeni bir histolojik görünüm kazanır. Bu süreç, ortalama 14 gün sürer ve sekresyon fazını oluşturur. Bu dönem; kendi içinde erken, orta ve geç olarak 3 faza ayrılır. Erken fazda, histolojik olarak gland epitelinin bazalinde vaküoller görülür. Orta fazda bu vaküoller lümene dökülerek kaybolur ve stromada ödem oluşur. Zigot bu dönemde endometriyuma gelir. Geç fazda, orta fazda meydana gelen ödem kaybolur ve spiral arterioller belirginleşir. Sekresyon fazı böylelikle tamamlanmış olur (12).

Menstruasyonun fizyopatolojisine bakıldığında en sık görülen menstrüel sorunlar; dismenore, premenstrüel sendrom, amenore ve disfonksiyonel uterin kanamadır.

2.4 Premenstrüel Sendrom

Premenstrüel sendrom (PMS); kişinin somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal fonksiyonlarının değişimiyle karakterize, yaygın ve siklik görülen bir bozukluktur. Premenstrüel sendrom genel olarak genç yaşta kadınlar da görülen bir sendromdur. Belirtilerin şiddeti 25-35 yaş arasında yüksektir ve menopoza yaklaştıkça azalmaktadır. Genellikle menstrüel siklusun luteal fazında başlamakta ve menstruasyon kanamasının başlamasıyla sona ermektedir. PMS birçok kadının hayat kalitesini negatif yönde etkilemektedir (22).

Literatüre bakıldığında, premenstrüel sendrom sıklığı ülkemizde %85,5 bulunmuştur (23). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan bir çalışmada ise premenstrüel sendrom yaşayan kadınların oranının yine %85'e yakın olduğu belirtilmiştir (24). Yaygın bir şekilde görülen bu sendrom; insanlar arasındaki ilişkileri, sosyal aktiviteleri, iş kalitesini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek kadar şiddetlenebilir. Yapılan çalışmalarda dismenore yaşayan bireylerde, ailesinde benzer semptomlar bulunanlarda ve sigara tüketenlerde PMS görülme oranının anlamlı ölçüde yüksek olduğu bildirilmiştir. PMS'in etiyolojisi kesin olarak ortaya konmamakla birlikte, over kaynaklı steroidlerin döngüsel değişikliğinin beyindeki nörotransmitter sistemler üzerine etkileri neden olarak gösterilmektedir. Premenstrüel sendromu olan kadınlarda çeşitli davranışsal, psikolojik ve fiziksel belirtiler görülmektedir. Örneğin; yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma ya da azalma, cinsel istekte değişiklik, irritabilite, kızgınlık, anksiyete, depresif ruh hali, öz saygıda azalma, şiddete eğilim, baş ağrısı, memelerde hassasiyet, şişkinlik, ekstremitelerde ödem, bulantı ve akne bu belirtiler arasındadır. PMS tanısı için ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene yapılmalıdır ve PMS belirtilerine sebep olacak bedensel bir bozukluk bulunmaması gerekmektedir. Tanı koymak için en az 3 menstrüel siklusta belirtilerin görülmesi gerekmektedir (22).

Premenstrüel sendrom tedavisinde kadınlar semptomların yönetimi için farklı yöntemlere başvurabilir. Medikal tedaviden önce yaşam tarzı değişikliği önem kazanır. Premenstrüel dönemde tuz alımının kısıtlanması şişkinlik, ödem göğüslerde gerginliği azaltmada faydalıdır. Kafein alımının kısıtlanması da özellikle irritabilite semptomu olan kadınlarda yarar sağlar. Egzersizin kadınlarda genellikle negatif duygu durumu azaltmada faydası olduğu bilinmektedir ve fiziksel semptomlarda rahatlama sağlar. Dolayısıyla haftada 3 gün 20-30 dakika aerobik egzersiz yapılması tavsiye edilmektedir. Medikal tedavide drospirenon içeren kombine oral kontraseptifler, standart oral kontraseptifler, GnRH analogları ve selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) kullanılır. Vitamin ve mineral takviyesi ve diüretikler de önerilmektedir. Cerrahi tedavi yönteminde ise bilateral ooforektomi önerilmektedir (25).

2.5 Amenore

Amenore, normal üreme dönemindeki bir kadında menstruasyon kanamasının gerçekleşmemesidir. Bu tanım hastalık olarak değil bir semptom olarak görülmektedir. Adolesan dönemdeki bir kadın bireyde, 16 yaşına kadar menarş gerçekleşmemesi, primer amenore olarak tanımlanmaktadır. Normal menstrüel siklusları olan bir kadında, üç ay boyunca ve daha uzun süre menstrüel kanama görülmemesi ise sekonder amenore olarak tanımlanmaktadır. Puberteden önce, gebelik döneminde, laktasyon ve menopoz sonrasında menstrüel kanama olmaması fizyolojik amenore olarak adlandırılmaktadır (26).

2.6 Disfonksiyonel Uterin Kanama

Altta yatan sistemik ya da bölgesel bir patoloji bulunmadığı halde, anormal kanamaların olduğu menstrüel düzensizliklere disfonksiyonel uterin kanama adı verilir. Kanama, olması gerekenden fazla veya az olabilir ve beklenildiğinden kısa ya da uzun sürebilir. Genellikle menarşın ilk seneleri ya da perimenopozal dönemde meydana gelir. Çoğunlukla anovulatuardır ve ovulasyon meydana gelmediği için corpus luteum da meydana gelmez. Östrojenin proliferatif etkisinden dolayı endometrium hiperplaziktir ve bundan dolayı endometrium dökülerek ara ara ya da sürekli kanamalara neden olur (26).

2.7 Dismenore

Ağrı; Türk Dil Kurumu'na göre dert, acı ve ıstırap anlamına gelmektedir. Ağrının Latince anlamı ise "poena" kelimesinden türeyerek ceza, işkence anlamında kullanılır. Dismenore, Yunancadan türemiştir. "Dys" zor, ağrılı, "meno" ay, "rrhea" akıntı olarak adlandırılmaktadır. Dismenore; kişinin günlük aktivitelerini yerine getiremeyecek ve ilaç kullanmasını gerektirecek düzeyde ağrısının olmasıdır (27). Alt abdomene lokalize kramp tarzında bir ağrıdır.

Ağrı; bele, sırtta ve bacaklara yayılabilir ve ağrının 48-72 saat içinde sonlanması beklenir. Bir kişiye dismenore tanısı koyabilmek için en az 3 menstrüel siklusa kanama günü ya da kanamadan birkaç gün önce, genellikle pelvik bölgede

ağrı, bulantı, kusma, ishal ve halsizlik semptomlarının en az bir tanesinin görülmesi gerekmektedir (28).

Dismenore epidemiyolojisine bakacak olursak; Yücel ve ark. yaptığı bir çalışmada dismenore sıklığı ülkemizde %63,6 bulunmuştur (29). Yine yapılan başka bir çalışmaya göre; Sütçü ve ark. ülkemizde primer dismenore sıklığını %85,5 bulmuştur (23).

Uluslararası literatüre bakıldığında ise dismenore sıklığının %47,1 ile %94 arasında değiştiği görülmüştür (30-31-32). İran'da yapılan bir çalışmada dismenore prevalansının %89,1 olduğu belirtilmiştir. Etiyopya'da yapılan başka bir çalışmada bu oran %85,4 olarak tespit edilmiştir (33). Kuzey Amerika ülkelerinden biri olan Meksika'da ise dismenore prevalansının %64 olduğu belirtilmiştir (34). Çin'de üniversite dönemi öğrencilerinde gerçekleştirilen bir çalışmaya göre primer dismenore prevalansı %47,1 olarak belirtilmiştir (35).

Kadınlar arasında sık görülen bir semptom olan dismenoreye baş ağrısı, bulantı, kusma, baygınlık hissi, konsantrasyon eksikliği ve ateş gibi semptomlar eşlik edebilir. Dismenore 72 saate kadar devam edebilir ve bahsedilen bu semptomlar düşünüldüğünde kadının günlük aktivitesini, okul hayatını ya da iş hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (4). Literatüre bakıldığında, yapılan çalışmalarda dismenore nedeniyle kadınların okuldan ya da iş yerinden istirahat izni istedikleri görülmüştür. Bu durum anlamlı bir iş gücü kaybına ve ekonomik olarak ülkenin zarara uğramasına sebep olmaktadır (36). ABD merkezli gerçekleştirilen çalışmaya bakıldığında ise; dismenore, bir senede 600 milyon iş saati kaybına ve 2 milyar dolarlık ekonomik kayba sebep olmaktadır (37). Dismenorenin risk faktörlerine baktığımızda, yapılan çalışmalarda; sigara tüketimi, erken menarş yaşı, stres ve nulliparitenin dismenore sıklığını arttırdığı görülmüştür (38).

Dismenore, primer ve sekonder olarak iki sınıfa ayrılır.

2.7.1 Primer Dismenore

Primer dismenore, adolesan dönemi kadınlarının en yaygın sorunlarından biridir. Genelde ovulasyonlu döngülerde görülmektedir. İlk menstrüel kanamadan (menarş) sonraki birkaç yıl döngü anovulatuvar olduğu için ağrı görülmez.

Primer dismenorede altta yatan bir patoloji yoktur. Ağrının sebebi, prostaglandinler ve daha az sıklıkla vazopressindir. Endometriyum ve miyometriyum prostaglandin sentezleyebilir. Ovulasyondan sonra östrojen ve progesteron etkisiyle prostaglandin F2a salınımı üç kat yükselir ve bu yükseliş menstruasyona kadar sürer. Prostaglandin F2a miyometriyumun kasılmasına, vazokonstrüksiyonuna ve iskemiye sebep olur iken; prostaglandin E2 ise sinir uçlarının sensitivitesinin artmasına sebep olur. Vazopressin ise yine myometrial konstraksiyonda artışı sağlar. Bu kasılmaların, iskeminin ve hipersensitivitenin sonucunda ağrı oluşur. Ayrıca prostaglandinler direkt olarak mekanik ve kimyasal yolla, indirekt olarak bradikinin türevlerinin etkilerini artırmak yolu ile uterustaki hassas sinir uçlarını aktive eder (39).

Risk faktörlerine bakıldığında; düşük sosyoekonomik düzey, stres düzeyini artıran faktörler, sigara ve alkol tüketimi, genç yaş, nulliparite ve duygu durum bozukluklarının primer dismenore riskini arttırdığı görülmüştür. Semptomlar kanamanın başlamasıyla birlikte veya 24 saat önce başlar ve 2-3 güne kadar sürebilir. Ağrı genellikle kramp tarzındadır. Genelde suprapubik bölgede başlar ama her iki alt kadrana, bele, sırtta ve bacaklara yayılabilir. Ağrı karakteristik olarak kolik şeklindedir fakat sürekli donuk bir ağrı şeklinde de görülebilir. Eşlik eden semptomlar arasında ishal, bulantı ve kusma, halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi ve nadiren senkop vardır. Bu semptomlar prostaglandin salınımı ile ilişkilendirilmiştir (40).

Primer Dismenore Tedavisi

Primer dismenorede tedavi ampirik olarak başlatılabilir. Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile tanı konulup sekonder nedenler dışlandığında hekim tedaviye karar verebilir. Verilen tedavi ile hastanın rahatlaması da primer dismenore tanısını desteklemektedir. Primer dismenorede tedavi seçenekleri; tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri ve farmakolojik tedavidir.

Farmakolojik tedavi: En sık tercih edilen ilaçlar prostaglandin sentez inhibitörü olan non-steroid antiinflatuar (NSAİİ) ilaçlar ve parasetamoldür. Nadiren oral kontraseptiflere başvurulabilir. NSAİİ'ler endometriyumda prostaglandin üretimini inhibe ederek, primer dismenorede ağrının azalmasını sağlarlar. Bunun yanında santral sinir sistemine etki ederek ağrının azalmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. NSAİİ'ler, prostaglandin sentezini siklooksijenaz (COX) enzimini inhibe ederek engellerler. COX enzimi, COX-1 ve COX-2 olarak iki şekilde bulunmaktadır. NSAİİ'ler genellikle COX-1 ve COX-2 enzimini birlikte inhibe ederler ama selektif NSAİİ'ler tek başına COX-2'yi inhibe etmektedir. NSAİİ kullananlarda yan etki olarak genellikle hafif nörolojik ve gastrointestinal sistem semptomları görülür. Uyku hali, baş dönmesi, hazımsızlık ve bulantı en sık görülen semptomlardır.

NSAİİ'ler arasında hangisinin en etkili olduğunu net olarak söylemek mümkün değildir. Bazı çalışmalarda, fenamatların (etofenamat vb) fenilpropionik asit (ibuprofen vb) türevlerine göre daha iyi etki gösterdiği bildirilmiştir. Tedavi başlangıcında hangi NSAİİ tercih edileceği ile ilgili kesin bir kural olmasa da genellikle fenilpropionik asit türevleri ile tedaviye başlanmaktadır. Menstrüel kanama belirtileri başladığında, İbuprofen 2.400 mg, 6-8 saat aralıklarla başlanır ve semptomların şiddetine göre tedaviye 3-4 gün devam edilebilir. Yeterli fayda görülemez ise fenamatlara geçilebilir. Mafenamik asit 500 mg ile başlanıp, 6 saatte bir 250 mg olacak şekilde 3 gün devam edilebilir.

Primer dismenorede diğer tedavi seçeneği oral kontraseptiflerdir. Kontrasepsiyon gereksinimi olan dismenoreli hastalarda birinci basamak tedavide, östrojen-progesteron içeren hormonal kontraseptifler reçete edilebilir. İçerdikleri sentetik östrojen ve progesteron ovulasyonu baskılayarak endometriyumda incelmeye sebep olur. İncelen endometriyumda prostaglandin prekürsörü olan araşidonik asit miktarı düşer. Böylece endometriyumdaki kanama miktarı ve uterus kasılmaları azalır. Oral kontraseptiflerin içeriğindeki östrojen ve progesteron oranı değişkenlik gösterir. Bu oranlara göre yan etkileri de farklı olur. Östrojene bağlı olarak baş ağrısı, akne, bulantı; progesterona bağlı akne, depresyon, kilo artışı gibi yan etkiler görülebilmektedir.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri: Primer dismenorede ısı uygulaması, egzersiz, beslenme ve vitamin takviyeleri, akapunktur, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)'tir.

Isı uygulamasına bakıldığında, yapılan çalışmalarda ağrıyı anlamlı derecede düşürdüğü görülmüştür. Ayrıca ısı uygulamasının yan etkisi medikal tedavinin yanında yok denecek kadar azdır ve diğer tedavilerin etkinliğini artırmaktadır. Literatüre bakıldığında ise ısı uygulamasının asetaminofen ve ibuprofen kadar etkili olduğu görülmüştür (41).

Egzersiz, dismenoreyi azaltmada önemli bir role sahiptir. Abdominal kaslar ve pelvik kasların tonüsünün az olması pelviste kan göllenmesine sebep olarak dismenorenin şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Düzenli egzersiz yaparak bu kas gruplarının tonüsünün artırılması dismenoreyi önemli ölçüde azaltabilir. Ayrıca egzersiz, stresi azaltarak ve duygu durumunu iyileştirerek dismenorenin azalmasını sağlar (42).

Beslenme düzenine bakıldığında ise diyet değişikliği ve vitamin takviyesinin dismenore üzerinde etkili olduğu görülmüştür (41). Kramp tarzı ağrının oluşumunu yükseltecek besinlerden kaçınılmalıdır. Yapılan çalışmalarda yağdan fakir ve sebze ağırlıklı beslenmenin dolaşımda östrojen ve progesteron seviyesini düşürdüğü, sıvı retansiyonunu azalttığı böylece ağrıyı azalttığı görülmüştür. Araşidonik asit seviyesinin yüksek olduğu besinler de dismenoreyi şiddetlendirmektedir. Araşidonik asit içeriği yüksek olan besinlerden bazıları hurma, hindistan cevizi, tereyağı, hindi ve tavuktur. Ayrıca süt ve süt ürünleri gastrointestinal sistemde gaz oluşturarak basıncı artırıp ağrının şiddetlenmesine neden olabilmektedir. Tuz, şeker ve kafein tüketimi yine dismenore şiddetini artıran faktörler arasındadır. Yapılan bazı çalışmalarda, lifli gıdaların dolaşımdaki östrojen seviyesini düşürerek dismenoreyi etkilediği gösterilmiştir.

Primer dismenore ile başa çıkmada bazı vitaminlerin de yararı olduğu belirlenmiştir. B1, B3 ve B6 vitaminlerinin düzenli kullanımında ağrının azaldığı görülmüştür. Yine E vitamininin protein kinaz C'yi inhibe ederek prostaglandin sentezinin engellenmesine sebep olması nedeniyle dismenorede etkili olduğu belirlenmiştir. Magnezyum, kas gevşetici ve vazodilatör etkisi nedeniyle dismenore

şiddetini azaltmaktadır. Kalsiyum, normal kas tonüsünü koruyarak kramp oluşmasını engeller ancak kalsiyumun kullanım dozunun yüksek olmasının dismenore üzerindeki etkisiyle ilişkisi net olarak belirlenememiştir. Omega-3 yağ asitleri de araşidonik asit üzerinden prostaglandin sentezini azaltarak dismenoreye etki eder. Yapılan bir çalışmada, omega-3 yağ asitlerinden zengin olan balık, yumurta ve meyve gibi besinleri tüketen kadınlarda menstruasyon ağrısının daha az olduğu görülmüştür. Çinkonun ise mestruasyondan birkaç gün önce kullanılmaya başlandığında, antioksidan ve antiinflamatuvar özelliği sayesinde uterusun fonksiyonel tabakasındaki kan dolaşımını düzenleyerek krampları önlediği görülmüştür. Bitkisel terapilere bakıldığında; yapılan çalışmalarda gül çayı, rezene çayı ve karayılan otunun menstrüel ağrıyı azalttığı ileri sürülmektedir.

Akupunktur alternatif tedavi yöntemlerinin en eski biçimlerinden biridir. Akupunktur tedavisinin östradiol salınımını düşürerek dismenoreyi azalttığı gösterilmiştir (1). Avustralya’da yapılan bir çalışmada, 3 ay süreyle akupunktur tedavisi gören primer dismenore tanılı 14-25 yaş grubu kadınlarda dismenorenin azaldığı görülmüştür (43).

Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonuna bakacak olursak; 6 aylık farmakolojik tedaviye rağmen şikâyetlerinde gerileme olmayan kadınlarda TENS uygun bir seçenektir. TENS, deri yüzeyine yakın sinirlerin, deriye yapıştırılan elektrotlar aracılığıyla çeşitli frekans ve yoğunlukta sinyaller göndererek uyarılmasıdır. TENS, primer dismenorede uterus hipoksisinin neden olduğu ağrı sinyallerinin eşiğini yükselterek ve endorfin salınımını uyararak etki gösterir. Yapılan bazı çalışmalarda yüksek frekanslı TENS’in, plasebodan daha etkili olduğu belirlenmiştir fakat medikal tedavi ile karşılaştırıldığında, TENS ile elde edilen ağrı kontrolünün medikal tedaviye üstün olmadığı görülmüştür (41).

2.7.2 Sekonder Dismenore

Sekonder dismenorede ağrının nedeni altta yatan bir patolojiye bağlıdır. Daha çok anatomik ve pelvik patolojiler sebebiyle ortaya çıkar. Uterus pozisyonu, endometriozis, servikal darlık, uterus ve over tümörleri, konjenital anomaliler (biconis uteri, septum, transvers vajinal septum vb), pelvik inflamatuvar hastalık ve rahim içi araç (RİA) sebepler arasındadır (44).

Sekonder dismenorede tanı koymak için ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir fizik muayene yapmak gerekmektedir. Çünkü altta yatan patoloji bulunmalı ve buna yönelik bir tedavi planlanmalıdır. Başta menstrüel sikluslar ağrısız olmasına rağmen daha sonraki senelerde, genellikle 25 yaşından sonra menstrüel sikluslarda ağrı görülmeye başlanır. İleriki yıllarda ağrı şiddetlenebilir ve süresi uzayabilir. Sekonder dismenorede primerden farklı olarak ağrı menstruasyondan birkaç gün ya da bir hafta önce başlayabilir ve menstruasyon bittikten sonraki birkaç gün devam edebilir. Ağrının tarzı ise altta yatan patolojinin tipine göre değişiklik gösterir. Tanıda laboratuvar tetkiklerinin yardımı yeterli değildir. Fakat kan sayımı adenomyozisli kadınlarda anormal kan kaybı hakkında, sedimentasyon enfeksiyonlar hakkında, kan biyokimyası, idrar analizi, vajinal akıntı kültür örnekleri altta yatan patolojiyi ayırt etmede yardımcı olabilirler. Abdominal ve vajinal ultrason uterus, over ve tuba uterinalar ile ilgili patolojiler hakkında bilgi verir. BT ve MR tetkikleri de nadiren faydalı olabilir. Kesin tanı laparoskopi ile konulmaktadır (45).

Sekonder Dismenore Tedavisi

Tedavi, etiyolojide hangi patoloji bulunduysa ona göre planlanır. Medikal ya da cerrahi tedavi tercih edilebilir. Örneğin; hastanın büyük bir miyomu ya da yaygın endometriozisleri var ise, bunlar cerrahi tedavi seçeneğini düşündürebilir. Ancak, hastanın küçük bir miyomu ya da ufak bir adenomyozis odağı varsa, ağrısı ve kanaması yoksa ilk olarak medikal tedavi seçeneği düşünülebilir. Bu medikal tedavide yine NSAİİ'ler, oral kontraseptifler ya da GnRH analogları ön plandaki seçeneklerdir. Hastada endometrial polip mevcutsa cerrahi işlem gereklidir. Eğer RİA yerinden oynadıysa ya da uzun yıllardır duruyorsa çıkarılması gereklidir. Sekonder dismenore sebebi servikal darlıksa serviks dilate edilebilir. Kronik pelvik enfeksiyonlara bağlı dismenore varsa antibiyoterapi yapılır.

Bunların dışında net bir sebep bulunamadıysa, endometriozisten şüpheleniliyorsa, tanı koymak için diagnostik laparoskopi gereklidir. Eğer altta yatan patoloji ortaya konulamadıysa ve sürekli bir ağrı var ise yine laparoskopik olarak presakral ya da uterosakral sinir transseksiyonu önerilmektedir (45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Etik İzni ve Tipi

Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 22.03.2022 karar tarihi ve 58 numaralı karar onayı ile tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.2 Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve 01.07.2022-01.12.2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3 Çalışma Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan kadın asistan hekimler oluşturmaktadır. Çalışma evreni 311 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü benzer çalışmalar incelendiğinde hedef grup sayısı minimum 163 birey olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza kadın asistan hekimler arasında 165 birey dahil edilmiştir.

3.4 Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kadın asistan hekim olmak
2. 24-45 yaş aralığında olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.5 Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

1. 24 yaşından küçük olmak
2. 45 yaşından büyük olmak
3. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

3.6 Veri Toplama Araçları

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimleri arasında dismenore sıklığı, şiddeti ve çalışma hayatı üzerine etkilerini saptamak için araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1. Sosyodemografik anket formu
2. Dismenore sıklığı ve şiddetini değerlendiren anket formu

Anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Araştırmaya dahil edilen kadınlara, çalışmanın amacı ve sebebi sözlü olarak açıklanmış, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır. Çalışmaya alınan bireylerin yaşı, çalıştığı anabilim dalı, ekonomik durumu, alışkanlıkları (sigara, alkol), gebelik sayısı, yaptığı doğum sayısı, kronik hastalık varlığı, sürekli kullandıkları ilaçlar gibi sosyodemografik özellikleri ve ilk adet yaşı, düzenli olup olmadığı, adet kanamasının 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 günü kaybı, yaşam kalitesine etkisi, premenstrual sendrom varlığı ve premenstrüel şikayetler yüzünden doktor başvurusu olup olmadığı ve bu sebepten oral kontraseptif kullanımının olup olmadığı gibi jinekolojik özellikte soruların cevabı ankete işlenmiştir. Anket ektedir. (EK3)

3.7 İstatiksel Analiz

Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenler sıklık ve yüzde, sürekli değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma, en küçük değer ve en büyük değer ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesinin yanı sıra Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım şartları sağlanmadığından dolayı iki ortalamanın karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ortalamanın karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım şartları sağlanmadığından Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Adet ağrı şiddeti puanını etkileyen değişkenleri belirlemek için çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Yapılan istatistik analizlerde güven aralığı %95, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu araştırmada toplam katılımcı sayısı 165 kişidir. Araştırma evrenini Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan kadın asistan hekimler oluşturduğundan dolayı katılımcıların tamamı kadındır. Katılımcıların yaşları ortalaması $27,9 \pm 2,4$ olup, en küçük yaş 23, en büyük yaş 39'dur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Yaşları Ortalaması

	Aritmetik ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Yaş	27,9	2,4	23	39

Katılımcıların %71,5'i (n=118) dahili bilimlerde, %21,8'i (n=36) cerrahi bilimlerde ve %6,7'si (n=11) temel bilimlerde çalışmaktadır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Çalıştıkları Anabilim Dalına Göre Dağılımı

Anabilim Dalı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dahili bilim	118	71,5
Cerrahi bilim	36	21,8
Temel bilim	11	6,7
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %69,7'si (n=115) çalıştığı anabilim dalında nöbet tutuyorken, %30,3'ü (n=50) nöbet tutmamaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Katılımcıların Nöbet Tutma Durumlarına Göre Dağılımı

Nöbet Tutma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Nöbet tutuyor	115	69,7
Nöbet tutmuyor	50	30,3
Toplam	165	100,0

Katılımcıların meslekte geçirdikleri yıl ortalaması $2,8 \pm 2,0$ yıl olup, en küçük değer 1, en büyük değer 15 yıldır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Yıl Ortalaması

	Aritmetik ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Meslekte Geçirilen Yıl	2,8	2,0	1	15

Katılımcıların %21,8'inin (n=36) geliri giderinden az, %54,5'inin (n=90) geliri giderine denk ve %23,7'sinin (n=39) geliri giderinden çoktur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliri giderinden az	36	21,8
Geliri giderine denk	90	54,5
Geliri giderinden fazla	39	23,7
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %73,9'u (n=122) hiç sigara kullanmadığını, %9,1'i (n=15) daha önce kullanıp bıraktığını, %17,0'ı (n=28) aktif olarak sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç kullanmamış	122	73,9
Daha önce kullanıp bırakmış	15	9,1
Aktif kullanıyor	28	17,0
Toplam	165	100,0

Sigara kullananların günlük tükettikleri paket sayısı ortalaması $0,81 \pm 0,49$ olup, en küçük değer 0,20, en büyük değer 3,00'dır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların Günlük Kullandıkları Sigara Paketi Sayısı Ortalaması

	Aritmetik ortalama	Standart Sapma	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Günlük Kullanılan Sigara Paketi Sayısı	0,81	0,49	0,20	3,00

Katılımcıların %49,7'si (n=82) alkol kullanıyorken, %50,3'ü (n=83) alkol kullanmamaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Alkol Kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanmıyor	82	49,7
Kullanıyor	83	50,3
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %89,1'i (n=147) hiç gebe kalmamışken, %9,7'si (n=16) bir kez, %0,6'sı (n=1) iki kez ve %0,6'sı (n=1) üç kez gebe kalmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Katılımcıların Gebe Kalma Sayılarına Göre Dağılımı

Gebelik Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	147	89,1
Bir kez	16	9,7
İki kez	1	0,6
Üç kez	1	0,6
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %91,5'i (n=151) hiç doğum yapmamışken, %7,3'ü (n=12) bir kez ve %1,2'si (n=2) iki kez doğum yapmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Katılımcıların Doğum Yapma Sayılarına Göre Dağılımı

Doğum Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	151	91,5
Bir kez	12	7,3
İki kez	2	1,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %81,8'inin (n=135) kronik hastalığı yokken, %18,2'sinin (n=30) kronik hastalığı vardır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	135	81,8
Var	30	18,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %84,8'i (n=140) düzenli olarak ilaç kullanmıyorken, %15,2'si (n=25) düzenli olarak ilaç kullanmaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Katılımcıların Düzenli İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Düzenli İlaç Kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	140	84,8
Var	25	15,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %1,2'sinin (n=2) ilk adet yaşı 10 yaş altı, %95,8'inin (n=158) 10-15 yaş ve %3,0'ının (n=5) 16 yaş ve üstüdür (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Katılımcıların İlk Adet Yaşlarına Göre Dağılımı

İlk Adet Yaşı	Sayı (n)	Yüzde (%)
10 yaş altı	2	1,2
10-15 yaş	158	95,8
16 yaş ve üstü	5	3,0
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %87,3'ünün (n=144) adetleri düzenliyken, %12,7'sinin (n=21) adetleri düzenli değildir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların Adet Düzen Durumlarına Göre Dağılımı

Adet Düzeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli	144	87,3
Düzenli değil	21	12,7
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %4,2'si (n=7) 21 günden daha kısa aralıklarla adet görüyorken, %86,7'si (n=143) 21-35 gün aralıklarla, %9,1'i (n=15) 35 günden daha uzun aralıklarla adet görmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Katılımcıların Adet Görme Aralıklarına Göre Dağılımı

Adet Görme Aralıkları	Sayı (n)	Yüzde (%)
21 günden kısa	7	4,2
21-35 gün	143	86,7
35 günden uzun	15	9,1
Toplam	165	100,0

Katılımcıların hiçbirinin adet kanaması 1-2 gün sürmemektedir. Katılımcıların %26,1'inin (n=43) adet kanaması 3-4 gün, %58,8'inin (n=97) adet kanaması 5-6 gün ve %15,1'inin (n=25) adet kanaması 7 gün ve/veya daha uzun sürmektedir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların Adet Sürelerine Göre Dağılımı

Adet Görme Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
3-4 gün	43	26,1
5-6 gün	97	58,8
7 gün ve üstü	25	15,1
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %1,2'si (n=2) günde birden az ped kullanıyorken, %49,1'i (n=81) günde 1-3 ped ve %49,7'si (n=82) günde 3'den fazla ped kullanmaktadır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Katılımcıların Günlük Ped Kullanım Sayılarına Göre Dağılımı

Günlük Ped Kullanım Sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1'den az	2	1,2
1-3 ped	81	49,1
3'den fazla	82	49,7
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %4,9'unun (n=8) hiç adet ağrısı olmuyorken, %81,2'sinin (n=134) adet ağrısı 1-2 gün, %12,7'sinin (n=21) adet ağrısı 3-4 gün ve %1,2'sinin (n=2) adet ağrısı 5-6 gün sürmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Katılımcıların Adet Ağrısı Sürelerine Göre Dağılımı

Adet Ağrısı Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	8	4,9
1-2 gün	134	81,2
3-4 gün	21	12,7
5-6 gün	2	1,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %74,5'i (n=123) adet ağrısı için analjezik kullanıyorken, %25,5'i (n=42) kullanmamaktadır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Katılımcıların Adet Ağrısı İçin Analjezik Kullanma Durumları

Adet Ağrısı İçin Analjezik Kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kullanıyor	123	74,5
Kullanmıyor	42	25,5
Toplam	165	100,0

Adet ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların %96,7'sinin (n=119) ağrısı analjeziğe cevap veriyorken, %3,3'ünün (n=4) ağrısı analjeziğe cevap vermemektedir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Adet Ağrısının Analjeziğe Cevap Verme Durumu

Adet Ağrısının Analjeziğe Cevap Verme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cevap veriyor	119	96,7
Cevap vermiyor	4	3,3
Toplam	123	100,0

Adet ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların %28,4'ü (n=35) deksketoprofen, %26,8'i (n=33) ibuprofen/flurbiprofen, %22,0'ı (n=27) parasetamol, %13,0'ı (n=16) diklofenak ve %9,8'i (n=12) diğer analjezikleri kullanmaktadır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Katılımcıların Adet Ağrısı İçin Kullandıkları Analjeziklerin Dağılımı

Analjezik	Sayı (n)	Yüzde (%)
Deksketoprofen	35	28,4
İbuprofen/flurbiprofen	33	26,8
Parasetamol	27	22,0
Diklofenak	16	13,0
Diğer	12	9,8
Toplam	123	100,0

Katılımcıların %69,1'inin (n=114) ailesinde ağrılı adet öyküsü varken, %30,9'unun (n=51) ailesinde ağrılı adet öyküsü yoktur (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Katılımcıların Ailelerinde Ağrılı Adet Öyküsü Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı

Ailede Ağrılı Adet Öyküsü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	114	69,1
Yok	51	30,9
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %81,2'si (n=134) adet ağrısının yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünüyorken, %18,8'i (n=31) adet ağrısının yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmemektedir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Katılımcıların Adet Ağrısının Yaşam Kalitesine Etkisini Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı

Adet Ağrısının Yaşam Kalitesini Düşürmesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düşürüyor	134	81,2
Düşürmüyor	31	18,8
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %17,0'ı (n=28) adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu aldığını belirtirken, %83,0'ı (n=137) adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu almamıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Katılımcıların Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Almış	28	17,0
Almamış	137	83,0
Toplam	165	100,0

Katılımcıların adet ağrısı nedeniyle aldıkları istirahat raporu gün sayısı ortalaması $0,29 \pm 0,94$ günken, en küçük değer 0 gün, en büyük değer ise 10 gündür (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Katılımcıların Adet Ağrısı Nedeniyle Aldıkları İstirahat Raporu Gün Sayısı Ortalaması

	Aritmetik ortalama	Standart Sapma	En	
			Küçük Değer	En Büyük Değer
Adet Ağrısı Nedeniyle Alınan İstirahat Raporu (Gün)	0,29	0,94	0	10

Katılımcıların adetten birkaç gün önce veya adet olduğu gün yaşadıkları şikâyetler değerlendirildiğinde, %82,4'ünün (n=136) karın ağrısı, %77,6'sının (n=126) huzursuzluk, %57,0'ının (n=94) halsizlik, %43,0'ının (n=71) ishal, %34,5'inin (n=57) baş ağrısı, %32,7'sinin (n=54) bulantı ve %8,5'inin (n=14) kusma şikâyeti olduğu görülmüştür (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler

Şikâyetler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Karın ağrısı	136	82,4
Huzursuzluk	126	77,6
Halsizlik	94	57,0
İshal	71	43,0
Baş ağrısı	57	34,5
Bulantı	54	32,7
Kusma	14	8,5

Katılımcıların adetten birkaç gün önce veya adet olduğu gün yaşadığı şikâyetler nedeniyle acil başvuruları değerlendirildiğinde, %18,8'inin (n=31) bu şikâyetler nedeniyle acile başvurduğu, %81,2'sinin (n=134) acile başvurmadığı görülmüştür (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Acile Başvuru Durumları

Acil Başvurusu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	31	18,8
Yok	134	81,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların adetten birkaç gün önce veya adet olduğu gün yaşadığı şikâyetler nedeniyle aile hekimi başvuruları değerlendirildiğinde, %13,9'unun (n=23) bu şikâyetler nedeniyle aile hekimine başvurduğu, %86,1'inin (n=142) aile hekimine başvurmadığı görülmüştür (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Aile Hekimine Başvuru Durumları

Aile Hekimi Başvurusu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	23	13,9
Yok	142	86,1
Toplam	165	100,0

Katılımcıların %85,5'i (n=141) adetten birkaç gün önce duygusal değişimler yaşadığını, %60,6'sı (n=100) göğüste gerginlik hissettiğini, %51,5'i (n=85) karında gaz şikâyeti olduğunu, %37,0'ı (n=61) depresyon yaşadığını ve %31,5'i (n=52) baş ağrısı hissettiğini belirtmiştir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler

Belirtiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Duygusal değişimler	141	85,5
Göğüste gerginlik	100	60,6
Karında gaz	85	51,5
Depresyon	61	37,0
Baş ağrısı	52	31,5

Katılımcıların adetten birkaç gün önce yaşadıkları belirtiler nedeniyle doktor başvuruları değerlendirildiğinde, %13,9'unun (n=23) doktora başvurduğu, %86,1'inin (n=142) doktora başvurmadığı görülmüştür (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle Doktora Başvuru Durumları

Doktor Başvurusu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	23	13,9
Yok	142	86,1
Toplam	165	100,0

Katılımcıların adetten birkaç gün önce yaşadıkları belirtiler nedeniyle oral kontraseptif (OKS) kullanım durumları değerlendirildiğinde, %5,5'inin (n=9) OKS kullandığı, %94,5'inin (n=156) OKS kullanmadığı görülmüştür (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler Nedeniyle Oral Kontraseptif (OKS) Kullanım Durumları

OKS Kullanımı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	9	5,5
Yok	156	94,5
Toplam	165	100,0

Katılımcılar 0 puan “hiç ağrı yok” ve 10 puan “dayanılmaz ağrı” olmak üzere yaşadıkları adet ağrısının şiddetini 0 ile 10 arasında puanlayarak değerlendirmiştir. Katılımcıların adet ağrısı şiddetine verdikleri puanların dağılımı Tablo 4.32’de gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Katılımcıların Adet Ağrısı Şiddetine Verdikleri Puanların Dağılımı

Adet Ağrısı Şiddeti	Sayı (n)	Yüzde (%)
0 puan (ağrı yok)	1	0,6
1 puan	8	4,8
2 puan (az ağrı veriyor)	9	5,5
3 puan	6	3,6
4 puan (biraz ağrı veriyor)	16	9,7
5 puan	15	9,1
6 puan (belirgin ağrı veriyor)	42	25,5
7 puan	31	18,8
8 puan (ciddi ağrı var)	22	13,3
9 puan	13	7,9
10 puan (dayanılmaz ağrı)	2	1,2
Toplam	165	100,0

Katılımcıların adet ağrısı şiddeti puanı ortalaması $5,85 \pm 2,18$ iken, ortanca değeri 6, en küçük değeri 0 ve en büyük değeri 10'dur (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Katılımcıların Adet Ağrısı Şiddeti Puan Ortalaması

	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Ortanca Değer	En Küçük Değer	En Büyük Değer
Adet Ağrısı Şiddeti					
Puanı	5,85	2,18	6	0	10

4.2. Analitik Bulgular

Yaş ile adet ağrı şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=0,076$, $p=0,329$), (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Yaş ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

	r	p
Yaş – Adet Ağrı Şiddeti Puanı	0,076	0,329

Dahili bilimlerde çalışanların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,7 \pm 2,2$ puan iken, cerrahi bilimlerde çalışanların $6,2 \pm 2,2$ puan ve temel bilimlerde çalışanların $6,2 \pm 1,9$ puandır. Katılımcıların çalıştıkları anabilim dallarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,443$), (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Katılımcıların Çalıştıkları Anabilim Dalı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Anabilim Dalı	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
Dahili bilim	118	$5,7 \pm 2,2$	1,629	0,443
Cerrahi bilim	36	$6,2 \pm 2,2$		
Temel bilim	11	$6,2 \pm 1,9$		
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Nöbet tutan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,0 \pm 2,1$ puan iken, nöbet tutmayan katılımcıların $5,5 \pm 2,2$ puandır. Nöbet tutan ve tutmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,118$), (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Katılımcıların Nöbet Tutma Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Nöbet Tutma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Nöbet tutuyor	115	$6,0 \pm 2,1$	2440,50	0,118
Nöbet tutmuyor	50	$5,5 \pm 2,2$		
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Meslekte geçirilen yıl ile adet ağrı şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=0,069$, $p=0,377$), (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Meslekte Geçirilen Yıl ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

	r	p
Meslekte Geçirilen Yıl – Adet Ağrı Şiddeti Puanı	0,069	0,377

Geliri giderinden az olan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,9 \pm 2,5$ puan iken, geliri giderine denk olanların $5,9 \pm 2,1$ puan ve geliri giderinden çok olanların ise $5,8 \pm 2,1$ puandır. Katılımcıların gelir durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,986$), (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Gelir Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Gelir Durumu	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
Geliri giderinden az	36	$5,9 \pm 2,5$	0,027	0,986
Geliri giderine denk	90	$5,9 \pm 2,1$		
Geliri giderinden fazla	39	$5,8 \pm 2,1$		
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Hiç sigara kullanmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,8 \pm 2,2$ puan iken, sigara kullanıp bırakanların $6,4 \pm 2,2$ puan ve aktif olarak sigara kullananların ise $5,9 \pm 2,2$ puandır. Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,556$), (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Sigara Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Sigara Kullanma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
Hiç kullanmamış	122	$5,8 \pm 2,2$	1,173	0,55
Daha önce kullanıp bırakmış	15	$6,4 \pm 2,2$		
Aktif kullanıyor	28	$5,9 \pm 2,2$		
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Alkol kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,2 \pm 2,2$ puan iken, alkol kullanmayan katılımcıların ise $5,5 \pm 2,1$ puandır. Alkol kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı, alkol kullanmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,019$), (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Alkol Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Alkol Kullanma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Kullanıyor	83	6,2±2,2		
Kullanmıyor	82	5,5±2,1	2695,50	0,019
Toplam	165	5,9±2,2		

Daha önce hiç gebe kalmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,8±2,1 puan iken, en az bir kez gebe kalanların ise 5,9±2,5 puandır. Katılımcıların gebe kalma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,497), (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Gebe Kalma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Gebe Kalma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Hiç	147	5,8±2,1		
En az bir kez	18	5,9±2,5	1195,00	0,497
Toplam	165	5,9±2,2		

Daha önce hiç doğum yapmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,9±2,1 puan iken, en az bir kez doğum yapanların ise 5,7±2,8 puandır. Katılımcıların doğum yapma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,747), (Tablo 4.42).

Tablo 4.42. Doğum Yapma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Doğum Yapma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Hiç	151	5,9±2,1		
En az bir kez	14	5,7±2,8	1002,50	0,747
Toplam	165	5,9±2,2		

Kronik hastalığı olan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,9±2,2 puan iken, kronik hastalığı olmayanların ise 5,6±1,9 puandır. Katılımcıların kronik hastalığı bulunma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,293), (Tablo 4.43).

Tablo 4.43. Kronik Hastalığı Bulunma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	30	5,9±2,2	1779,50	0,293
Yok	135	5,6±1,9		
Toplam	165	5,9±2,2		

Düzenli olarak ilaç kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 6,1±2,0 puan iken, düzenli olarak ilaç kullanmayanların ise 5,8±2,2 puandır. Katılımcıların düzenli olarak ilaç kullanma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,451), (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. Düzenli Olarak İlaç Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Düzenli İlaç Kullanma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	25	6,1±2,0	1586,50	0,451
Yok	140	5,8±2,2		
Toplam	165	5,9±2,2		

Katılımcılardan ilk adet yaşı 10 yaş altı olanların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,5±0,7 puan iken, 10-15 yaş olanların 5,8±2,2 puan ve 16 yaş ve üstü olanların ise 6,6±2,4 puandır. Katılımcıların ilk adet yaşlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,749), (Tablo 4.45).

Tablo 4.45. İlk Adet Yaşı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

İlk Adet Yaşı	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
10 yaş altı	2	5,5±0,7	0,579	0,749
10-15 yaş	158	5,8±2,2		
16 yaş ve üstü	5	6,6±2,4		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adet kanaması düzenli olan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,9 \pm 2,2$ puan iken, adet kanaması düzenli olmayanların $5,4 \pm 2,3$ puandır. Adet kanaması düzenli olan ve olmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,381$), (Tablo 4.46).

Tablo 4.46. Adet Düzeni ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Düzeni	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Düzenli	144	$5,9 \pm 2,2$		
Düzenli değil	21	$5,4 \pm 2,3$	1335,50	0,381
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

21 günden daha kısa süre aralıklarla adet gören katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,1 \pm 2,6$ puan iken, 21-35 gün aralıklarla adet görenlerin $5,9 \pm 2,2$ puan ve 35 günden daha uzun süre aralıklarla adet görenlerin ise $5,7 \pm 2,1$ puandır. Katılımcıların adet görme aralıklarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,862$), (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Adet Görme Aralıkları ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Görme	Chi-Square			
Aralıkları	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
21 günden kısa	7	$6,1 \pm 2,6$		
21-35 gün	143	$5,9 \pm 2,2$		
35 günden uzun	15	$5,7 \pm 2,1$	0,298	0,862
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Adet görme süresi 3-4 gün olan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,7 \pm 2,2$ puan iken, adet görme süresi 5-6 gün olanların $5,9 \pm 2,2$ puan ve adet görme süresi 7 gün ve daha fazla olanların ise $5,7 \pm 2,0$ puandır. Katılımcıların adet görme sürelerine göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,756$), (Tablo 4.48).

Tablo 4.48. Adet Görme Süresi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Görme Süresi	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
3-4 gün	43	5,7±2,2	0,559	0,756
5-6 gün	97	5,9±2,2		
7 gün ve üstü	25	5,7±2,0		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adetli olduğu dönemde günde 3 ve daha az ped kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,6±2,1 puan iken, 3'den fazla ped kullananların ise 6,2±2,2 puandır. Günlük 3'den fazla ped kullananların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, günlük 3 ve daha az ped kullananlara göre daha fazla olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,052), (Tablo 4.49).

Tablo 4.49. Günlük Ped Kullanım Sayısı ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Günlük Ped Kullanım Sayısı	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
3 ve daha az ped	83	5,6±2,1	2816,00	0,052
3'den fazla ped	82	6,2±2,2		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adet ağrısı 3 günden az süren katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,8±2,2 puan iken, adet ağrısı 3 gün ve daha fazla sürenlerin ise 6,2±1,9 puandır. Katılımcıların adet ağrılarının süresine göre göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,419), (Tablo 4.50).

Tablo 4.50. Adet Ağrı Süresi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Ağrı Süresi	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
3 günden az	142	5,8±2,2	1463,50	0,419
3 gün ve daha fazla	23	6,2±1,9		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adet ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,2 \pm 1,9$ puan iken, adet ağrısı için analjezik kullanmayanların ise $4,7 \pm 2,5$ puandır. Adet ağrısı için analjezik kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, analjezik kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,001$), (Tablo 4.51).

Tablo 4.51. Adet Ağrısı İçin Analjezik Kullanma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Ağrısı İçin				
Analjezik				
Kullanma	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Kullanıyor	123	$6,2 \pm 1,9$	1668,00	0,001
Kullanmıyor	42	$4,7 \pm 2,5$		
Toplam	165	$5,9 \pm 2,2$		

Adet ağrısı için analjezik kullanan katılımcılar arasında ağrısı analjeziğe cevap veren katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,3 \pm 1,9$ puan iken, ağrısı analjeziğe cevap vermeyenlerin ise $4,3 \pm 2,6$ puandır. Katılımcıların adet ağrılarının analjeziğe cevap verme durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,114$), (Tablo 4.52).

Tablo 4.52. Adet Ağrısının Analjeziğe Cevap Verme Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Ağrısının				
Analjeziğe Cevap				
Verme Durumu	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Cevap veriyor	119	$6,3 \pm 1,9$	129,00	0,114
Cevap vermiyor	4	$4,3 \pm 2,6$		
Toplam	123	$6,2 \pm 1,9$		

Katılımcıların adet ağrısı için tercih ettikleri analjeziğe göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,490$), (Tablo 4.53).

Tablo 4.53. Analjezik Türü ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Analjezik	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	Chi-Square	p
Deksketoprofen	35	6,3±1,9	3,422	0,490
İbuprofen/flurbiprofen	33	6,4±2,0		
Parasetamol	27	5,8±2,2		
Diklofenak	16	6,1±1,7		
Diğer	12	6,8±1,3		
Toplam	123	6,2±1,9		

Ailesinde ağırlı adet öyküsü olan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 6,0±2,1 puan iken, ailesinde ağırlı adet öyküsü olmayanların ise 5,5±2,3 puandır. Katılımcıların ailesinde ağırlı adet öyküsü olma durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,156), (Tablo 4.54).

Tablo 4.54. Ailede Ağırlı Adet Öyküsü ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Ailede Ağırlı Adet Öyküsü	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	114	6,0±2,1	2510,50	0,156
Yok	51	5,5±2,3		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adet ağrısının yaşam kalitesini düşürdüğünü belirten katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 6,0±2,1 puan iken, adet ağrısının yaşam kalitesini düşürmediğini belirtenlerin ise 5,1±2,5 puandır. Katılımcıların adet ağrısının yaşam kalitesini düşürme durumlarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,109), (Tablo 4.55).

Tablo 4.55. Adet Ağrısının Yaşam Kalitesini Düşürmesi ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Ağrısının Yaşam Kalitesini Düşürmesi				
	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Düşürüyor	134	6,0±2,1	1698,50	0,109
Düşürmüyor	31	5,1±2,5		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu alan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 7,1±1,5 puan iken, istirahat raporu almayanların ise 5,6±2,2 puandır. Adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu alanların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, istirahat raporu almayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0,001$), (Tablo 4.56).

Tablo 4.56. Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adet Ağrısı Nedeniyle İstirahat Raporu Alma				
	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Almış	28	7,1±1,5	1080,50	<0,001
Almamış	137	5,6±2,2		
Toplam	165	5,9±2,2		

Katılımcıların adetten birkaç gün önce veya adet olunan gün yaşadıkları belirtilere göre adet ağrı şiddeti puanları karşılaştırıldığında ishali olanların olmayanlara göre ($p=0,033$) ve baş ağrısı olanların olmayanlara göre ($p=0,038$) adet ağrı şiddeti puanı ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Huzursuzluk, halsizlik, karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi belirtilerin adet ağrı şiddeti puanını etkilemediği görülmüştür (Tablo 4.57).

Tablo 4.57. Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olunan Gün Yaşanılan Belirtiler ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olunan Gün Yaşanılan Belirtiler	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Huzursuzluk				
Var	128	6,0±2,3	1879,00	0,053
Yok	37	5,5±1,8		
Halsizlik				
Var	94	6,1±1,9	2878,00	0,125
Yok	71	5,5±2,4		
Karın ağrısı				
Var	136	6,0±2,0	1630,00	0,138
Yok	29	5,1±2,7		
Bulantı				
Var	54	6,2±2,0	2580,50	0,142
Yok	111	5,7±2,2		
Kusma				
Var	14	5,9±2,7	1013,50	0,796
Yok	151	5,9±2,1		
İshal				
Var	71	6,3±2,0	2698,00	0,033
Yok	94	5,5±2,2		
Baş ağrısı				
Var	57	6,3±2,1	2481,00	0,038
Yok	108	5,6±2,2		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adetten birkaç gün önce veya adet olunan gün yaşadığı belirtiler nedeniyle acil servise başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 6,7±1,9 puan

iken, acil servise başvurmayanların ise $5,7\pm2,2$ puandır. Bu belirtiler nedeniyle acil servise başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, acil servise başvurmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,008$), (Tablo 4.58).

Tablo 4.58. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Acile Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Acil Başvurusu	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	31	$6,7\pm1,9$		
Yok	134	$5,7\pm2,2$	1453,50	0,008
Toplam	165	$5,9\pm2,2$		

Adetten birkaç gün önce veya adet olunan gün yaşadığı belirtiler nedeniyle aile hekimine başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,9\pm1,2$ puan iken, aile hekimine başvurmayanların ise $5,7\pm2,2$ puandır. Bu belirtiler nedeniyle aile hekimine başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, aile hekimine başvurmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,018$), (Tablo 4.59).

Tablo 4.59. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce veya Adet Olduğu Gün Yaşadıkları Şikâyetler Nedeniyle Aile Hekimine Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Aile Hekimi				
Başvurusu	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	23	$6,9\pm1,2$		
Yok	142	$5,7\pm2,2$	1138,00	0,018
Toplam	165	$5,9\pm2,2$		

Katılımcıların adetten birkaç gün önce yaşadıkları belirtilere göre adet ağrı şiddeti puanı ortalamaları karşılaştırıldığında duygusal değişimler, depresyon, baş

ağrısı, göğüs gerginliği ve karında gaz gibi belirtilerin olup olmamasının adet ağrı şiddeti puanını etkilemediği görülmüştür (Tablo 4.60).

Tablo 4.60. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Adetten Birkaç Gün				
Önce Yaşanılan	Sayı	Adet Ağrı Şiddeti		
Belirtiler	(n)	Puanı	MWU	p
Duygusal değişimler				
Var	141	5,9±2,3	1611,00	0,704
Yok	24	5,8±1,7		
Depresyon				
Var	61	5,8±2,4	3038,00	0,646
Yok	104	5,9±2,1		
Baş ağrısı				
Var	52	6,3±2,0	2424,00	0,067
Yok	113	5,6±2,2		
Göğüs gerginliği				
Var	100	5,6±2,2	2708,50	0,067
Yok	65	6,3±2,1		
Karında gaz				
Var	85	5,9±2,1	3220,50	0,553
Yok	80	5,8±2,3		
Toplam	165	5,9±2,2		

Adetten birkaç gün önce yaşadığı belirtiler nedeniyle doktora başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 6,8±2,1 puan iken, doktora başvurmayanların ise 5,7±2,2 puandır. Bu belirtiler nedeniyle doktora başvuran katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması, doktora başvurmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak daha yüksektir (p=0,014), (Tablo 4.61)

Tablo 4.61. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler
Nedeniyle Doktora Başvuru Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

Doktor Başvurusu	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	23	6,8±2,1		
Yok	142	5,7±2,2	1115,50	0,014
Toplam	165	5,9±2,2		

Adetten birkaç gün önce yaşadığı belirtiler nedeniyle OKS kullanan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması 5,9±3,0 puan iken, OKS kullanmayanların ise 5,9±2,1 puandır. Bu belirtiler nedeniyle OKS kullanan ve kullanmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,867$), (Tablo 4.62).

Tablo 4.62. Katılımcıların Adetten Birkaç Gün Önce Yaşadıkları Belirtiler
Nedeniyle OKS Kullanım Durumu ve Adet Ağrı Şiddeti Puanı İlişkisi

OKS Kullanımı	Sayı (n)	Adet Ağrı Şiddeti Puanı	MWU	p
Var	9	5,9±3,0		
Yok	156	5,9±2,1	679,00	0,867
Toplam	165	5,9±2,2		

İkili analizlerde adet ağrı şiddeti puanı ile ilişkili olan alkol kullanma, günlük ped kullanma sayısı (gruplandırılmış), adet ağrısı nedeniyle analjezik kullanma, adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu alma, adetten birkaç gün önce veya adet olunan gün yaşanan belirtiler nedeniyle acil başvurusu, aile hekimi başvurusu ve doktor başvurusu değişkenleri kullanılarak adet ağrı şiddeti puanını değerlendirmek amacıyla backward metoduyla çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda, günlük ped kullanma sayısı, adetten birkaç gün önce veya adet olunan gün yaşanan belirtiler nedeniyle acil başvurusu, aile hekimi başvurusu ve doktor başvurusu değişkenleri model dışında kalmıştır. Alkol kullanma, adet ağrısı nedeniyle analjezik kullanma ve adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu alma değişkenleriyle anlamlı bir regresyon modeli oluşturulmuştur ($F(3,161)=9,159$, $P<0,001$). Adet ağrı şiddeti puanındaki varyansın %13'ünü bu bağımsız

değişkenlerin açıkladığı bulunmuştur (Düzeltilmiş $R^2=0,130$). Bu modele göre, adet ağrısı nedeniyle analjezik kullanma ($\beta=0,263$, $t(161)=3,484$, $p=0,001$) ve adet ağrısı nedeniyle istirahat raporu alma ($\beta=0,169$, $t(161)=2,218$, $p=0,028$) adet ağrı şiddeti puanını olumlu ve anlamlı olarak etkilediği düşünülmektedir. Alkol kullanmanın ise adet ağrı şiddeti puanına anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (Tablo 4.63).

Tablo 4.63. Adet Ağrı Şiddeti Puanını Etkileyen Faktörleri Değerlendiren Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Modeli

Bağımsız Değişkenler	Standardize			Etki Büyüklüğü
	Edilmiş β	t	p	
Analjezik kullanma	0,263	3,484	0,001	0,0702
İstirahat raporu alma	0,169	2,218	0,028	0,0295
Alkol kullanma	0,130	1,770	0,079	0,0166
Bağımlı Değişken: Adet ağrı şiddeti puanı				

5. TARTIŞMA

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 165 kadın asistan hekim ile yaptığımız bu çalışmada dismenore prevalansı %95,1 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %4,9'unun hiç adet ağrısı olmuyorken, %81,2'sinin adet ağrısı 1-2 gün, %12,7'sinin adet ağrısı 3-4 gün ve %1,2'sinin adet ağrısı 5-6 gün sürmektedir (Tablo 4.18). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Potur ve ark. 2014 senesinde üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada dismenore sıklığı %85,7 olarak belirtilmiştir (46). Yüce ve ark. 2016-2017 eğitim öğretim senesinde lise öğrencilerine yaptığı bir tez çalışmasında bu oran %89,7 bulunmuştur (47). 2005 senesinde Aykut ve arkadaşlarının Kayseri il merkezindeki 10-50 yaş grubu kadınlarda yaptığı bir çalışmada dismenore görülme sıklığı %70,4 olarak bulunmuştur (48). Yurtdışında yapılan çalışmalara bakıldığında; Hong Kong'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %80 (49), Malezya'da %72,1 (50), Hindistan'da %82 (51), Kuzey Amerika ülkelerinden biri olan Meksika'da ise dismenore prevalansının %64 olduğu belirtilmiştir (34).

Literatürde dismenore prevalansını gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda görülen dismenore sıklığı oldukça değişkendir. Oluşan bu farkın sebebi; standart bir dismenore tanımı bulunmaması, araştırma yöntemlerinin farklılığı, örneklem kümelerinin çeşitliliği, dahil edilme ve dışlama kriterlerinin farklı olması olabilir. Çalışmamızda dismenore prevalansının toplum tabanlı yapılan çalışmalara göre yüksek olmasının sebebi yaş ortalamasının daha düşük olması ve çalışma ortamından kaynaklı artmış psikolojik stres olabilir. Nepal'de gerçekleştirilen bir çalışmada öğrencilerin tıp fakültesine başladıktan sonra dismenore prevalansı ve şiddetinde %85'e yakın artış olduğu belirtilmiştir (52).

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $27,9 \pm 2,4$ bulunmuştur. Kayseri'de yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 30,4, dismenore sıklığı ise %70,4 olarak belirtilmiştir (48). Yapılan bu çalışmada dismenore prevalansı çalışmamıza göre düşük, yaş ortalaması ise daha yüksektir. Bu durum dismenorenin artan yaş ile birlikte azalma eğiliminde olduğunu gösteren çalışmaları destekler niteliktedir. Gothenburg Üniversitesi Klinik Bilimler Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum

Bölümü tarafından yapılan bir araştırmada, yaş ortalamasının artmasıyla dismenore sıklığının azaldığı sonucuna varılmıştır (53).

Çalışmaya katılan hekimlerin ağrı şiddetlerinin Vizüel Analog Skala (VAS) ile karşılaştırmasında, %66,7'sinin 6 puan (belirgin ağrı veriyor) ve üzerinde ağrısı olduğu görülmüştür. 6 puan ve üzeri ağrı şiddeti belirten katılımcılar yüzdelik sırasına göre incelendiğinde %25,5'i 6 puanlık bir şiddet belirtirken, %18,8'i 7 puanı, %13,3'ü 8 puan, %7,9'u 9 puan, %1,2'si ise 10 puanı belirtmişlerdir. Bu aşamada tüm katılımcılar arasında da görüldüğü üzere 6 puanı (belirgin ağrı veriyor) işaretleyen katılımcıların en yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %41,5'i orta şiddette dismenore yaşadığı belirtilmiştir (54). Çin'de yapılan bir çalışmada, VAS'a göre katılımcıların %35,1'i dismenore şiddetini hafif, %51,5'i orta, %13,8'i ise şiddetli olarak tanımlamıştır (35). Yaptığımız çalışmada ise katılımcılar daha çok şiddetli dismenore yaşadığını belirtmiştir. VAS'ın benzer çalışmalara göre daha yüksek şiddette çıkmasının sebebi katılımcıların çalışma ortamının stresli olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin nöbet tutma durumlarına göre dağılımına bakacak olursak %69,7'si nöbet tutarken, %30,3'ü nöbet tutmamaktadır. Nöbet tutan hekimlerin VAS ortalaması 6 puan, nöbet tutmayan hekimlerin VAS ortalaması ise 5,5 puandır. Görüldüğü üzere nöbet tutan hekimlerde ağrı şiddeti 0,5 puan yüksektir. Nöbet tutan hekimlerde bu oranın yüksek çıkmasının sebebi çalışma saatlerinin uzaması ve uyku düzeninin bozulmasının dismenore şiddetini etkilemesi olabilir. Bu yüzden katılımcılarımız arasında nöbet tutarak çalışan hekimlerin yoğunlukta olması sebebiyle, VAS oranının benzer çalışmalara göre daha yüksek çıkması, çalışma hayatının yoğunluğunun dismenore şiddetini arttırdığı yönündeki görüşlerimizi desteklemektedir. Katılımcıların çalıştığı anabilim dalına göre dağılımları dahili bilimlerde %71,5 cerrahi bilimlerde %21,8 ve temel bilimlerde %6,7'dir. Çalıştığı anabilim dalına göre dismenore şiddeti karşılaştırıldığında ise dahili bilimlerde dismenore şiddeti ortalaması 5,7 cerrahi bilimlerde 6,2 temel bilimlerde yine 6,2 bulunmuştur. Katılımcıların çalıştıkları anabilim dallarına göre adet ağrı şiddeti puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Yapılan çalışmada ailesinde dismenore şikâyeti olanların oranı %69,1'dir. Ülkemizde yapılan Çıtak ve Terzioğlu'nun çalışmasında dismenoresi olan öğrencilerin %57,9'unun ailesinde de dismenore öyküsü bulunmaktadır (55). Şahin ve ark. yaptığı bir çalışmada da yine ailesinde dismenore öyküsü bulunanlarda dismenore görülme sıklığının ve şiddetinin yüksek olduğu bildirilmiştir (56).

Çalışmamızda aile öyküsü pozitif olanlarda VAS puanı 6 iken aile öyküsü olmayanlarda bu puan 5,5'tir. Ailesinde dismenore öyküsü olanların VAS puanı 0,5 puan yüksektir. Literatürde de görüldüğü üzere dismenorenin aile öyküsüyle pozitif ilişkili olmasının sebebi, dismenorenin aileden öğrenilmiş bir davranış olarak görülmesi ya da psikolojik olarak yaşanması ile açıklanabilir.

Katılımcıların %73,9'u hiç sigara kullanmadığını, %9'u daha önce kullanıp bıraktığını, %17'si aktif olarak sigara kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.6). Hiç sigara kullanmayan katılımcıların adet ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,8 \pm 2,2$ puan iken, sigara kullanıp bırakanların $6,4 \pm 2,2$ puan ve aktif olarak sigara kullananların ise $5,9 \pm 2,2$ puandır. Amerika Birleşik Devletleri Philadelphia'da adölesanlar üzerine yapılan bir çalışmada katılımcıların %39,3'ü hiç sigara içmemişken %60,7'sinin sigara içtiği ve sigara kullanımının dismenore sıklığını artırdığı gösterilmiştir (57). Çalışmamızda sigara tüketimi ile dismenore şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu durumun sebebi katılımcıların sigara içme oranlarının düşük olması, uluslararası sosyokültürel farklılıklar sebebiyle sigaraya geç yaşta başlamaları ve bu yüzden sigaranın yıkıma sebep olan etkilerinin henüz ortaya çıkmaması olarak açıklanabilir.

Katılımcıların %49,7'si alkol kullanıyorken, %50,3'ü alkol kullanmamaktadır (Tablo 8). Alkol kullanan katılımcıların dismenore şiddeti puanı ortalaması $6,2 \pm 2,2$ puan iken, alkol kullanmayan katılımcıların ise $5,5 \pm 2,1$ puandır. Çalışmada alkol kullananların VAS puanı, alkol kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Literatüre bakıldığında da alkol tüketiminin dismenore insidansını ve şiddetini artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (58).

Katılımcıların %1,2'sinin menarş yaşı 10 yaş altı, %95,8'inin 10-15 yaş ve %3'ünün 16 yaş ve üstüdür (Tablo 13). Görüldüğü üzere katılımcıların neredeyse

tamamının menarş yaşı 10-15 yaş arasındadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer şekilde menarş yaşı ortalaması 12,8-13,46 aralığındadır (59). Bazı çalışmalarda dismenore ile menarş yaşı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilirken, bazı çalışmalarda ise menarş yaşının dismenoreyi etkilediği ve erken menarş yaşının dismenore şiddetini arttırdığı tespit edilmiştir (56,60).

Yaptığımız çalışmada, 10 yaş altı olanların dismenore şiddeti puanı ortalaması $5,5 \pm 0,7$ puan iken, 10-15 yaşta olanların $5,8 \pm 2,2$ puan ve 16 yaş ve üstü olanların ise $6,6 \pm 2,4$ puandır. Menarş yaşı 16 yaş ve üzerinde olanlarda dismenore şiddeti benzer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda literatürden farklı bir bilgi elde ettik. Bu konuyla ilgili çok merkezli ve daha geniş katımlı çalışmalar yapılarak, bu farkın altında yatan sebepler incelenebilir.

Çalışmada katılımcıların %87,3'ünün menstrüel siklusu düzenliyken, %12,7'sinin düzenli değildir (Tablo 4.14). Siklusu düzenli olan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $5,9 \pm 2,2$ puan iken, düzenli olmayanların $5,4 \pm 2,3$ puandır. Hu ve arkadaşlarının Çin'de üniversite öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada menstrüel siklusun düzensiz olmasının dismenore yaşama durumunu arttırdığı belirtilmiştir (35). Yüce ve ark yaptığı çalışmada da sonuçlar benzer şekilde çıkmıştır (47). Çalışmamızda ağrı şiddetinin menstrüel siklusu düzenli olanlarda daha yüksek belirtilmesinin nedeni, düzenli menstrüel siklusu olan kadınlarda ağrının beklenti haline gelmiş olması olabilir.

Katılımcıların %4,2'sinin menstrüel siklus süresi 21 günden daha kısa iken, %86,7'sinin 21-35 gün, %9,1'inin 35 günden daha uzundur (Tablo 15). Menstrüel siklusu 21 günden daha kısa olan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,1 \pm 2,6$ puan iken, 21-35 gün olanların $5,9 \pm 2,2$ puan ve 35 günden daha uzun olanların ise $5,7 \pm 2,1$ puandır (Tablo 4.47). Görüldüğü üzere menstrüel siklus süresi kısa olan katılımcılarda ağrı puanı daha yüksektir. Literatüre bakıldığında ise Türkmen tarafından yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde dismenore ile menstruasyon süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (61). Çalışmanın sonucu, benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir. Bu durum çalışmalardaki yaş gruplarının çeşitlilik göstermesi olabilir. Bunun yanı sıra

çalışmamızda menstrüel siklus süresi kısa olan katılımcıların ağrı şiddetinin yüksek çıkmasının sebebi, sık adet gören kadınların dismenoreye de daha sık maruz kalması ağrı şiddetini daha yüksek hissetmelerine sebep oluyor olabilir.

Katılımcıların menstruasyon sırasında veya öncesinde ek olarak yaşadıkları semptomlara bakıldığında, %82,4 oranında en sık karın ağrısı sonrasında ise %77,6 oranında huzursuzluk, %57 oranında halsizlik yaşadıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra %43'ünün ishal, %34,5'inin baş ağrısı, %32,7'sinin bulantı ve %8,5'inin kusma semptomları olduğu görülmüştür (Tablo 4.26). Bulgular literatür ile uyumludur. Yüce ve ark. yaptığı tez çalışmasında adölesanların menstruasyon esnasında deneyimledikleri en sık semptomlar sırasıyla %71'i sinirlilik, %66'sı bel ağrısı, %62,90'ı halsizlik ve %41,60 karın ve bacaklarda kramp olarak belirtilmiştir (47). Şahin ve ark. yaptığı çalışmada da dismenoreli öğrencilerde en sık gerçekleşen semptomların karın ağrısı (%53.40), bel ağrısı (%33.30) ve sinirlilik (%29.40) olduğu belirtilmiştir (5). Katılımcıların menstruasyon sırasında veya öncesinde yaşadıkları belirtilere göre ağrı şiddeti puanları karşılaştırıldığında ishali olanların olmayanlara göre ve baş ağrısı olanların olmayanlara göre adet ağrı şiddeti puanı ortalaması istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Huzursuzluk, halsizlik, karın ağrısı, bulantı ve kusma gibi belirtilerin istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da ağrı şiddet puanını arttırdığı saptanmıştır. Buna göre, dismenoreye ek olarak diğer semptomların yaşanması ağrının şiddetini artıran bir faktördür denilebilir.

Katılımcıların %74,5'i dismenore için analjezik kullanıyorken, %25,5'i kullanmamaktadır. Analjezik kullanan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,2 \pm 1,9$ puan iken, analjezik kullanmayanların ise $4,7 \pm 2,5$ puandır. Analjezik kullananlarda VAS puanı daha yüksek çıkmıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında Malezya'da öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada dismenoresi olanların %41'i dismenore için analjezik kullandığı (50), İspanya'da üniversite öğrencilerinin %76,8'inin (62), Pakistan'da yapılan çalışmada %65'inin (63) dismenore için analjezik kullandığı belirtilmiştir. Çalışmamızda çıkan sonuçlar literatür ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların analjezik olarak kullandığı en sık iki etken %28,4 ile deksketoprofen ve %26,8 ile ibuprofen/flurbiprofen'dir. Ayrıca %22'si parasetamol, %13'ü diklofenak ve %9,8'i diğer analjezikleri kullanmaktadır. Kullanılan analjezikler ile VAS puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Pakistan'da yapılan bir çalışmada dismenore için en sık kullanılan analjezikler sırasıyla; %26 oranında parasetamol, %15 oranında asetilsistein, %15 oranında flurbiprofen/ibuprofen idi (64). Öksüz ve ark 2017 yılında Ankara'da yaptıkları bir çalışmada katılımcıların dismenore için kullandığı analjezikler %30,1 oranında flurbiprofen, %24,5 oranında parasetamol, %14 oranında deksketoprofen idi (65). Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızda parasetamolün daha az tercih edildiği görüldü. Bunun sebebi, popülasyonun asistan hekimlerden oluşması ve dolayısıyla farmakolojik bilgilerinin diğer çalışmalardaki popülasyonlara göre yüksek olmasından kaynaklı, deksketoprofen ve flurbiprofenin parasetamolden daha fazla antiinflamatuvar etkisinin de bulunduğu düşünülerek tercih edilmesi olabilir. Ancak deksketoprofen ve flurbiprofen gibi NSAİİ'ler parasetamol ile karşılaştırıldığında daha fazla gastrointestinal sistem (GİS) yan etkilerine sahiptir. Bu yüzden bu ilaçların dismenore için sürekli ve sık şekilde kullanımları, GİS kanamalarına veya belirgin sıkıntılara sebep olabilir. Ancak aile hekimleri, birinci basamakta sık karşılaşılan dismenore gibi sorunların temel farmakolojik tedavisinde hastaları en az dozda, en etkin, en ucuz ve en az yan etkili ilaçları kullanmaya teşvik edebilir.

Katılımcıların dismenore nedeniyle acil başvuruları değerlendirildiğinde, %18,8'inin dismenore nedeniyle acile başvurduğu, katılımcıların dismenore nedeniyle aile hekimi başvurularına bakıldığında, %13,9'unun aile hekimine başvurduğu saptanmıştır. Demirci'nin gerçekleştirdiği bir çalışmada dismenore şikâyeti olanların sağlık personeline başvurma oranı %29,2 idi (66). Chiou ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada dismenore şikâyeti ile doktora başvurma durumu %20,8 (67), Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %17 olarak saptanmıştır (68). Yapılan çalışmalara bakıldığında dismenore nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuru oranları oldukça düşüktür. Semptom olduğu halde doktora başvuru durumunun az olmasının nedeni eczanelerden reçetesiz analjezik alınabilmesi ya da nonfarmakolojik tedavi yöntemlerine başvurulması olabilir. Çalışmamızda bu oranın

düşük çıkmasının bir başka sebebi de popülasyonun zaten hekim olması nedeniyle bu konudaki tedavi bilgisinin olmasından kaynaklı doktor başvurusuna gerek görmedikleri düşünülebilir.

Katılımcıların %17'si dismenore sebebiyle istirahat raporu aldığını belirtirken, %83'ü istirahat raporu almamıştır (Tablo 4.24). İstirahat raporu alan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $7,1 \pm 1,5$ puan iken, istirahat raporu almayanların ise $5,6 \pm 2,2$ puandır. Dismenore nedeniyle istirahat raporu alan katılımcılarda dismenore şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. 2012 yılında Tayland'da hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada dismenore yaşayan çalışanların %10'u yıllık izin kullanmak zorunda kaldığını belirtmiştir (69). Ülkemizde 2019 yılında yapılan bir tez çalışmasında dismenore yaşayan hemşirelerin %9,7'si ağrı nedeniyle izin/istirahat raporu kullandığını belirtmiştir (6). Çalışmamız literatür ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlar görülmektedir. Katılımcıların dismenore yaşama sıklığı ve ağrı şiddeti yüksek olmasına rağmen izin/istirahat raporu kullanma oranları daha düşüktür. Bu aşamada asistan hekimlerin iş yükünün ağır olması nedeniyle istirahat raporu alırken ekip arkadaşlarının iş yükünü artıracaklarını veya suistimallere ve iş arkadaşlarıyla çatışmaya sebep olabileceğini düşünmelerinden kaynaklı olabilir.

Katılımcıların %81,2'si dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü düşünmektedir. Dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirten katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,0 \pm 2,1$ puan iken, yaşam kalitesini düşürmediğini belirtenlerin ise $5,1 \pm 2,5$ puandır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %70'7 si dismenorenin günlük aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini kısıtladığını belirtmiştir (70). Ülkemizde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada dismenoresi olan katılımcıların 2/3'ü, ağrının yaşam ve hizmet kalitesini düşürdüğünü düşünmektedirler (6). Tayvan'da yine hemşireler ile yapılan çalışmada katılımcılar, dismenorenin konsantrasyon bozukluğuna sebep olduğunu belirtmişlerdir (71). Benzer şekilde Daşikan ve ark. hemşireler üzerine yaptığı bir araştırmada dismenorenin iletişimi olumsuz etkilediğini belirtmiştir (72). Çalışmamızda literatüre benzer şekilde, dismenore nedeniyle yaşam kalitesinin düştüğünü belirtenlerin oranı oldukça yüksektir. Dismenorede, ağrı ile birliktelik gösteren en sık ve belirgin semptomlardan biri olan sinirlilik kişilerarası iletişimi etkilemektedir. Hekimlik

mesleği hasta ve personel ile sürekli iletişim halinde olmayı gerektiren bir meslektir. Özellikle vardiyalı çalışma sistemine ve yoğun iř yüküne sahip olan asistan hekimlerde bu unsurlar, iř ortamında iletişim yönünden kişileri zorlayıcı olabilir. Bunun yanı sıra dismenore nedeniyle yaşanan konsantrasyon bozukluğu hekimlerin verimli çalışmalarını güçleştirebilmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bu çalışmada dismenore yaşama sıklığı %95,1 bulundu.

165 kadın asistan hekim üzerinde yapılan bu çalışmada ağrı şiddeti VAS ile değerlendirilmiş olup katılımcıların %66,7'sinin 6 puan (belirgin ağrı veriyor) şiddetinde dismenore yaşadığı saptandı.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %69,7'sinin nöbet tuttuğu belirlendi. Nöbet tutan hekimlerin VAS ortalaması 6 puan, nöbet tutmayan hekimlerin VAS ortalaması ise 5,5 puandı nöbet tutma durumunun ağrı şiddetini artırdığı tespit edildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $27,9 \pm 2,4$ olarak tespit edildi.

Çalışmaya katılan hekimlerin ailesinde dismenore şikâyeti olanların oranı %69,1 olarak tespit edildi. Çalışmamızda aile öyküsü pozitif olanlarda VAS puanı 6 iken aile öyküsü olmayanlarda bu puan 5,5'ti. Ailesinde dismenore öyküsü bulunmasının ağrı şiddetini artırdığı tespit edildi.

Katılımcıların %74,5'inin dismenore nedeniyle analjezik kullandıkları saptandı. Analjezik kullanan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $6,2 \pm 1,9$ puan iken, analjezik kullanmayanların ise $4,7 \pm 2,5$ puandı. Dismenore için analjezik kullananlarda ağrı şiddeti de daha yüksek bulundu.

Katılımcıların %18,8'inin dismenore nedeniyle acile başvurduğu, katılımcıların %13,9'unun dismenore nedeniyle aile hekimine başvurduğu saptandı.

Katılımcıların sadece %17'si dismenore sebebiyle istirahat raporu aldığını belirtti. İstirahat raporu alan katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $7,1 \pm 1,5$ puan iken, istirahat raporu almayanların ise $5,6 \pm 2,2$ puandı. İstirahat raporu kullananlarda ağrı şiddeti daha yüksek bulundu.

Katılımcıların %81,2'si dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtti. Dismenorenin yaşam kalitesini düşürdüğünü belirten katılımcıların ağrı şiddeti puanı ortalaması $6 \pm 2,1$ puan iken, yaşam kalitesini düşürmediğini belirtenlerin ise $5,1 \pm 2,5$ puandı. Dismenore nedeniyle yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini söyleyen katılımcılarda ağrı şiddeti daha yüksek bulundu.

Kadınlarda dismenore sık yaşanan jinekolojik semptomlardandır. Bu semptomlara yönelik sağlık çalışanları bilinçlendirilmeli ve bu konuda eğitim programları düzenlenmelidir.

Katılımcıların dismenore nedeniyle sağlık kurumlarına başvurması ve muayenelerinin sağlanması için bilgilendirilmelidir.

Dismenorenin kadınlarda sosyal, ekonomik, fiziksel ve ruhsal birçok etkisi görülmektedir ve bu sebeple kişilerde yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır. Dismenore ile birlikte görülen bu etkiler iş hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden sağlık sektörü gibi yoğun iş alanlarında çalışan kadınlarda yaşanan dismenore dönemlerinde, çalışma ortamları ve çalışma saatlerinde düzenlemeye gidilebilir.

Hekimler arasında dismenore sıklığını araştıran çalışmalar artırılmalı ve bu çalışmaların tüm bölümlere genellenmesi açısından daha geniş örneklem kümeleriyle yapılmalıdır.

Dismenore birinci basamakta sık karşılaştığımız şikâyetlerdendir. Bu sebeple aile hekimleri, dismenorede farmakolojik ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkında yeterli ve güncel bilgiye sahip olmalı, hastaları da bu konuda bilgilendirmelidir. Bunun yanı sıra aile hekimleri, ailesinde dismenore öyküsü bulunan adölesanları dismenore açısından özellikle değerlendirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Potur, DC ve Kömürcü, N. (2013). Dismenore tedavisi için tamamlayıcı tedaviler/Dismenore yönetiminde tamamlayıcı tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (1), 8-14.
2. Enginyurt, Ö. (2017). Dismenore ve Hipermenorede Ağrı Kesici Seçiminin Önemi ve Parasetamolün Yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(5), 6-9.
3. Allsworth, JE, Clarke, J., Peipert, JF, Hebert, MR, Cooper, A., & Boardman, LA (2007). Yeni hapsedilen kadınlar arasında stresin adet döngüsü üzerindeki etkisi. *Kadın Sağlığı Sorunları*, 17 (4), 202-209.
4. Kuşaslan Avcı, D., & Sarı, E. (2018). Approach to Dysmenorrhea and Effect of Dysmenorrhea on Social Life and School Performance in the University Students. *Van Medical Journal*, 25(2), 188-193.
5. Şahin, S., Kaplan, S., Abay, H., Akalın, A., Demirhan, İ., & Pınar, G. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Yaşama Oranı ve Kullanıcı Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 25-44.
6. Yöndem, ZN ve Çıtak Bilgin, N. (2022). Hastane hemşirelerinde dismenore ve çalışma yaşamına etkileri. *Health Care for Women International*, 43 (9), 997-1014.
7. Arafa, A. E., Khamis, Y., Hassan, H. E., Saber, N. M., & Abbas, A. M. (2018). Epidemiology of dysmenorrhea among workers in Upper Egypt; A cross sectional study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(1), 44-47.
8. Öztürk, Y. E., & Kırac, R. (2019). Sağlık ve Hastalık. *Scientific Developments*, 382(389), 26-34.
9. Çatak, T. ve Bahçecik, N. (2015). Hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri*, 5 (2), 85.
10. Habib RR, Messing K. (2012). Gender, women's work and ergonomics. *55(2):129-32.*

11. Vargün, B. (2021). Menstrüasyon ve tabu. *Antropoloji*, (42), 1-10.
12. Ari, M. (2018). *Normal ve şişman kadınlarda menstrüasyon döngüsünün iştah ve beslenme durumuna etkisinin değerlendirilmesi* [MasterThesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
13. Gölünük, S., Taşmektepligil, M. Y., & İmamoğlu, O. (2010). Fiziksel ve ruhsal baskının menstruasyon düzenine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2010; 12: 1, 4.*
14. Evliyaoğlu, O., Alikışifoğlu, M., & Ercan, O. (2010). Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. *Turkish Archives of Pediatrics*, 45(1)
15. Güngördü, Y. (2019). *Menstrüasyon Semptomlarının Enerji ve Besin Ögesi Alımı Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi* (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ).
16. Haspolat, D. Y. K., Gül, D. T., Yolbaş, D. D. I., & Aktar, Y. (2016). Adolesan Jinekolojisi.
17. Duman, M. Over ve Uterus Fizyolojisi. Çocuk ve Ergenlerde Gonad Hastalıkları, 40-49.
18. Taskın L. Üreme Sisteminin Fizyolojisi. İçinden: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemsireliği. Sistem Ofset Matbacılık VI. Baskı, Ankara, 2003:31-50.
19. Uğraş, S. (2018). Menstrual döngü, egzersiz ve stres yanıtı, 6-8
20. Selam, B., & Topçuoğlu, A. (2004). Luteal faz fizyolojisi ve overi stimule eden ajanlarla değişimi *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 217-220.
21. Şahin, Ç., Akdemir, A., & Ulukuş, M. (2016). Endometriumun rejenerasyon kapasitesi: Endometrial kök hücreler. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 1(2), 97-103.
22. Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual sendrom ve baş etme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 57-61.

23. Sütçü HK, Küçükkaya B, Arslan E. Primer dismenore ağrısında tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri kullanımı. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.6(4):322-7.
24. Daugherty JE (1998). Treatment strategies for premenstrual syndrome. American Family Physician 58: 183-92.
25. Süer, N. (2008). Premenstrual sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23(3), 76-80.
26. Can HÖ. Menstruel Siklus Bozuklukları. İçinden: Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul, 2008;148-174.
27. Yılmaz, T., Nuraliyeva, Z., & Dinç, H. (2020). The Methods of Young Women to Cope with Dysmenorrhea. *Journal of Academic Research in Nursing*.
28. Klein JR, Litt IF. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. Pediatrics,1981; 68: 661-664.
29. Yucel, U. O. R., Gİ, C. E., Eser, S. (2014). İzmir ili Bornova ilçesinin üç kentsel mahallesinde dismenore sıklığı ve etkileyen faktörler: Toplum tabanlı bir çalışma. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(2), 87-93.
30. Titilayo, A., Agunbiade, OM, Banjo, O. ve Lawani, A. (2009). Nijerya'daki lisans kız öğrencileri arasında adet rahatsızlığı ve günlük akademik aktiviteler ve psikososyal ilişkiler üzerindeki etkisi. *Tanzanya sağlık araştırmaları dergisi*, 11 (4)
31. Al-Kindi, R., & Al-Bulushi, A. (2011). Umman lise öğrencileri arasında dismenore prevalansı ve etkisi. *Sultan Kabus Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11 (4), 485.
32. Sandoval Paredes, J., Madrid Jaramillo, A., Sandoval Paz, C., & Paz Núñez, P. (2013). Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato socioeconómico. *Revista Peruana de Ginecología y obstetricia*, 59(2), 95-100.

33. Eser, A., Kaya, N. (2023). Bir Üniversitedeki Ebelik Öğrencilerinin Bazı İlişkili Değişkenler Yönünden Dismenore Sorunları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 13(1), 168-179.
34. Ortiz, MI (2010). Primary dyamenorrhea among Mexican university students: Prevalence, impact and treatment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 152 (1), 73-77.
35. Hu, Z., Tang, L., Chen, L., Kaminga, A. C., & Xu, H. (2020). Prevalence and risk factors associated with primary dysmenorrhea among Chinese female university students: a cross-sectional study. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 33(1), 15-22.
36. Burnett, MA, Antao, V., Black, A., Feldman, K., Grenville, A., Lea, R., ... & Robert, M. (2005). Kanada'da birincil dismenore prevalansı. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 27 (8), 765-770.
37. Taylor, D., Miaskowski, C., & Kohn, J. (2002). A randomized clinical trial of the effectiveness of an acupressure device (relief brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 8(3), 357-370.
38. Ju, H., Jones, M. ve Mishra, G. (2014). Dismenore prevalansı ve risk faktörleri. *Epidemiyolojik incelemeler*, 36 (1), 104-113.
39. Erdoğan, M. (2013). *Genç kızlarda primer dismenore ve vücut kitle indeksi* (Master's thesis, Adnan Menderes Üniversitesi), 10-12.
40. Burnett, M., & Lemyre, M. (2017). No. 345-primary dysmenorrhea consensus guideline. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(7), 585-595.
41. Akduman, A. T., & Budur, O. Ç. (2016). Treatment modalities in primary dysmenorrhea. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 21(3), 235-240.
42. Turan, T., & Ceylan, S. S. (2007). 11-14 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin menstruasyona yönelik bilgileri ve uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 41-54.

43. Smith CA, Crowther CA, Petrucco O, Beilby J, Dent H. Acupuncture to treat primary dysmenorrhea in women: a randomized controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2011; 612464. doi: 10.1093/ ecam/nep239
44. Yazıcı, S. Perimenstrual Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 58-67.
45. Çepni İ. Dismenore. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 2005; no: 43: 151-157.
46. Potur, DC, Bilgin, NC ve Kömürcü, N. (2014). Türkiye'de üniversite öğrencilerinde dismenore prevalansı: günlük aktivitelere etkisi ve farklı ağrı tedavisi yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Ağrı Tedavisi Hemşireliği*, 15 (4), 768-777.
47. Yüce E. Ergün A. Adölesan Genç Kızlarda Dismenore Prevalansı, Etkileyen Faktörler ve Özbakım Deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. İstanbul, 2018.
48. Aykut, M., Günay, O., Gün, İ., Tuna, R., Balcı, E., Özdemir, M., & Öztürk, Y. (2007). The impact of some biological, socio-demographic and nutritional factors on the prevalence of dysmenorrhoea. *JOURNAL OF CLINICAL PRACTICE AND RESEARCH*, 29(5), 393-402.
49. Chia, C. F., Lai, J. H., Cheung, P. K., Kwong, L. T., Lau, F. P., Leung, K. H., ... & Ngu, S. F. (2013). Dysmenorrhoea among Hong Kong university students: prevalence, impact, and management. *Hong Kong Medical Journal*.19(3):222-8.
50. Abubakar U, Zulkarnain AI, Samri F, Hisham SR, Alias A, Ishak M. (2020). et al. Use of complementary and alternative therapies for the treatment of dysmenorrhea among undergraduate pharmacy students in Malaysia: a cross sectional study. *BMC complementary medicine and therapies*.20(1):1-8.
51. Sudhakar, P., Anjali, G., Anupragathy, R., Archana, C., Fathumuthu, AA ve Bhuvaneshwari, R. (2021). Eczacılık Öğrencilerinde Primer Dismenore Prevalansı: Kesitsel Bir Çalışma. *Sch Acad J Pharm*, 1, 6-12.

52. Katwal, PC, Karki, NR, Sharma, P. ve Tamrakar, SR (2016). Nepalli tıp öğrencileri arasında dismenore ve stres. *Katmandu Univ Med J*, 14 (56), 318-21.
53. Lindh, I., Ellström, AA ve Milsom, I. (2012). Kombine oral kontraseptiflerin ve yaştın dismenore üzerindeki etkisi: epidemiyolojik bir çalışma. *İnsanda üreme*, 27 (3), 676-682.
54. ŞENER, N., & TAŞHAN, S. T. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Yaşama Durumu ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(2), 148-54.
55. Çıtak N, Terzioğlu F. (2002). Abant İzzet Baysal Üniversitesinde öğretim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sağlık ve Toplum*, 12(3), 69-80.
56. Şahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A. and Arslan, R. (2014). 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*, 78, 179-85.
57. Dorn LD, Negriff S, Huang B, Pabst S, Hillman J, Braverman P, Susman EJ. (2009). Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms and anxiety. *J Adolesc Health*. 44, 237-243.
58. Li, X. H., Yu, F. F., Zhou, Y. H., & He, J. (2016). Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *The American journal of clinical nutrition*, 103(3), 818-829.
59. Cakir, M., Mungan, I., Karakas, T., Giriskan, I., & Okten, A. (2007). Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatrics International*, 49(6), 938-942.
60. Robinson JC, Plichta S, Weisman CS, Nathanson CA, Ensminger M. (1992). Dysmenorrhea and use of oral contraceptives in adolescent women attending a family planning clinic. *Am J Obstet Gynecol*. 166(2), 578-83.

61. Türkmen H. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Dismenore Görülme Sıklığı ve Dismenoreye Etki Eden Faktörler. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(1), 39-46.
62. Parra-Fernández ML, Onieva-Zafra MD, Abreu-Sánchez A, Ramos-Pichardo JD, Iglesias-López MT, Fernández-Martínez E. (2020). Management of primary dysmenorrhea among University Students in the south of Spain and family influence. International journal of environmental research and public health. 17(15), 5570.
63. Ashraf A, Khanam S, Tanveer Q, Hussain M, Fatima A, Liaqat J. Prevalence & Impact of Dysmenorrhea in students of a Medical College. Age.100(18):30.
64. Yasir S, Kant B, Dar MF. Frequency of dysmenorrhoea, its impact and management strategies adopted by medical students. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2014 Jul-Sep;26(3):349-52.
65. Oksuz, E., Sozen, F., Kavas, E., Arik, E. P., Akgun, Y., Bingol, P., ... & Ersin, O. G. U. S. (2017). Usage of analgesics among young girls and dysmenorrhea. *Konuralp Medical Journal*, 9(3), 213-221.
66. Demirci D. Dismenore ile baş etmede kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri [Yüksek Lisans Tezi] Aydın Menderes Üniversitesi Aydın,2017
67. Chiou MH, Wang HH. (2008). Predictors of Dysmenorrhea And Self-Care Behavior Among Vocational Nursing School Female Students. Journal of Nursing Research, 16(1), 17-25.
68. Gun, Ç., Demirci, N., & Otrar, M. (2014). Dismenore yönetiminde tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanma durumu. *Spatula DD*, 4(4), 191-197.
69. Chuamoor K, Kaewmanee K, Tanmahasamut P. (2012). Dysmenorrhea among Siriraj nurses; Prevalence, Quality of Life, and Knowledge of Management. Journal of the Medical Association of Thailand, 95(8), 983-991.

70. Yılmaz FA, Avcı D. (2020). Effect of dysmenorrhea on quality of life in university students: A case-control study. *Cukurova Medical Journal*. 45(2), 648-55.
71. Chiu MH, Hsieh HF, Yang YH, Chen HM, Hsu SC, Wang HH. (2017). Influencing factors of dysmenorrhoea among hospital nurses: a questionnaire survey in Taiwan. *BMJ Open*, 7(12), 1-8.
72. Daşıkan Z, Saruhan A. (2014). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *STED*, 23, 1(1).



