

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP
ANABİLİM DALI



**ACİL SERVİSE
DİSMENORE ŞİKÂYESİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA
DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE
DEPRESYON ÖNGÖRÜ FAKTÖRLERİ**

DR.GÖRKEM ÇELİKER

REF.NO:10433720

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP
ANABİLİM DALI



**ACİL SERVİSE
DİSMENORE ŞİKÂYESİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA
DEPRESYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE
DEPRESYON ÖNGÖRÜ FAKTÖRLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR.GÖRKEM ÇELİKER

TEZ DANIŞMANI

PROF.DR SEDAT YANTURALI

TEŞEKKÜRLER

Beni her zaman destekleyen ve yanımda olan, sevgisini asla esirgemeyen aileme teşekkürler siz olmadan bunların hiçbiri mümkün olmazdı.

Hayatıma girdiği günden beri her şeyi güzelleştiren ve anlamlandıran eşime teşekkürler birlikte daha nice zorlukların üstesinden geleceğiz ve başarılarla ulaşacağız, gelecekteki bizi kısıkanıyorum.

Acil Tıp serüvenimde daima güleryüzlü ve destekleyici tavrıyla bana destek olan, tez sürecinde beni sık sık motive eden ve doğru yönü net bir şekilde gösteren tez danışman hocam Prof. Dr. Sedat Yanturalı 'ya ve tüm diğer hocalarıma teşekkür ederim.

Mucizelere en fazla tanık olunan yerlerden birisi acil servistir ve yine aciller en içten dualara, en derin acılara ev sahipliği yapar. Acil servisi böyle büyülü bir hale getiren bu koca değirmenin rüzgârı olan herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İçindekiler

I-ÖZET	1
Giriş ve Amaç	1
Gereç ve Yöntem	1
Bulgular	1
Sonuç	2
II-SUMMARY	3
Introduction	3
Materials And Methods.....	3
Results	3
Conclusion	4
III- GİRİŞ	5
Araştırmanın Amacı	5
Araştırmanın Önemi	6
IV- GENEL BİLGİLER	7
Dismenorenin Tanımı	7
Dismenorenin Patofizyolojisi.....	7
Prostanoidler	8
Vazopressin	8
Uterin Kontraksiyonlar	9
Uterusun Kan Akımı.....	9
Dismenore Prevalansı.....	9
Dismenore Risk Faktörleri	10
Dismenore Tedavisi	10
Farmakolojik Tedavi	10
Nonsteroid Antiinflamatuvar Tedavi	10
Siklooksijenaz II inhibitörleri	11
Oral Kontraseptifler	11
Gliseril Trinitrat.....	12
Magnezyum	12
Kalsiyum Antagonistleri.....	12
Vitamin B	12
Vitamin E	12

Doğal Preparatlar	13
Farmakolojik Olmayan Tedavi	13
Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)	13
Akupunktur.....	13
Diğer İlaçsız Kendi Kendine Tedavi Yöntemleri	14
Cerrahi veya Manipülatif Yöntemler	14
Sinir Ablasyonu.....	14
Spinal Manipülasyon	14
Depresyon	14
Depresyonun Tanımı	14
Depresyonun Epidemiyolojisi	14
Major Depresif Bozukluk için DSM-IV Tanı Kriterleri.....	15
Beck Depresyon Ölçeği	16
Vizüel Analog Skala.....	17
V-GEREÇ VE YÖNTEM	19
Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri.....	19
Çalışmadan Dışlama Kriterleri	19
Tanı Araçları ve Ölçekler.....	19
Veri Kayıt ve Değerlendirme Formu	19
Beck Depresyon Ölçeği.....	19
Vizüel Analog Skala.....	19
Aydınlatılmış Onam Formu.....	19
Verilerin Toplanması	19
İstatistiksel Veri Analizi	20
VI- BULGULAR.....	21
VII- TARTIŞMA	37
VIII- SONUÇ	40
IX- KAYNAKLAR	41
X. EK-1. VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU	44
XI. EK-2. VİZÜEL ANALOG SKALA	46
XIII. EK-3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ	47
XIII. EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	48
XIV. EK-5. ETİK KURUL ONAM FORMU	49

Tablolar Listesi

Tablo 1.Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Oranları	21
Tablo 2.Karın ve Kasık Ağrısının Depresyon İle İlişkisi	22
Tablo 3. Bulantı ve Depresyon İlişkisi	22
Tablo 4. Baş Ağrısı ve Depresyon İlişkisi	22
Tablo 5. Sık İdrara Çıkma ve Depresyon ilişkisi	23
Tablo 6. Eklem Ağrısı ile Depresyon ilişkisi.....	23
Tablo 7. İshal ile Depresyon İlişkisi	23
Tablo 8. Sinirlilik ile Depresyon İlişkisi.....	24
Tablo 9. Yorgunluk ile Depresyon İlişkisi	24
Tablo 10. Meme Hassasiyeti ile Depresyon İlişkisi	24
Tablo 11. Ağrı kesiciye ihtiyacı ile Depresyon İlişkisi	25
Tablo 12. Depresyon tedavisi görme ile Depresyon İlişkisi.....	25
Tablo 13. Ağrı Kesicilerden Fayda Görme ile Depresyon İlişkisi	25
Tablo 14. Ek Hastalık ile Depresyon İlişkisi	26
Tablo 15. Ek Jinekolojik Hastalık ile Depresyon İlişkisi	26
Tablo 16. Ailede benzer şikâyet olması ile Depresyon İlişkisi	26
Tablo 17. Uyku Problemi ile Depresyon İlişkisi	27
Tablo 18. Son Bir Ayda Psikiyatrik İlaç Kullanımı ile Depresyon İlişkisi	27
Tablo 19. Psikiyatrik Hastalık ile Depresyon İlişkisi	27
Tablo 20. Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi	28
Tablo 21. Alkol Kullanımı ile Depresyon İlişkisi	28
Tablo 22. Adet Süresi ile Depresyon İlişkisi	28
Tablo 23. Adet Sancısı Süresi ile Depresyon İlişkisi	29
Tablo 24. Acile Gelme Sıklığı ile Depresyon İlişkisi.....	29
Tablo 25. Menarş Yaşı ile Depresyon İlişkisi	30
Tablo 26. Siklus Süresi ile Depresyon İlişkisi.....	30
Tablo 27. Gebelik Sayısı ile Depresyon İlişkisi	31
Tablo 28. Kafein kullanımı ile Depresyon İlişkisi.....	31
Tablo 29. Şeker Kullanımı ile Depresyon İlişkisi	31
Tablo 30. Tuz Kullanımı ile Depresyon İlişkisi	32
Tablo 31. Egzersiz ile Depresyon İlişkisi.....	32

Tablo 32. Ağrı şiddeti ile Depresyon İlişkisi.....	33
Tablo 33. Dismenore Karakteristikleri ve Depresyon İlişkisi	34
Tablo 34. Jinekolojik Karakteristikler ile Depresyon İlişkisi.....	35
Tablo 35. Ek Hastalıklar ile Depresyon İlişkisi.....	36
Tablo 36. Yaşam Tarzı ile Depresyon İlişkisi	36



L-ÖZET

Acil Servise Dismenore Şikâyeti ile Başvuran Hastalarda Depresyon Görülme Sıklığı ve Depresyon Öngörü Faktörleri

Giriş ve Amaç:

Acil servise dismenore yakınması ile başvuran hastaların depresyon oranının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servise dismenore yakınması ile başvuran hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon prevalansının ve ilişkili faktörlerin saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, 15/09/2020 – 05/01/2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis birimine, dismenore yakınması ile başvuran hastalar ile ileriye dönük, kesitsel olarak yapılacaktır. Hastalar ile ilgili verilerin toplanması için, veri kayıt ve değerlendirme formu, dismenore şiddetinin değerlendirilmesi için Vizüel Analog Skala, depresyon sıklığının araştırılması için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Ölçek, hasta tarafından kendini değerlendirme yöntemi ile yapılmıştır. Dismenore tarifleyen hastalarda demografik özellikler, ağrı karakteristikleri, ek hastalıklar, menstrüel karakteristikler, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 149 kadın hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 149 hastanın yaş ortalamaları $22,0 \pm 3,1$ idi. Dismenore yakınması olan hastalarda Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon oranı %58,4 saptandı. Bunlardan %4,7'si (n=7) şiddetli, %15,4'ü (n=23) orta, %38,3'ü (n=57) hafif derecede depresyondaydı. Bireylerin öğrenim durumları ve medeni halleri ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. İshal semptomu olmayan bireylerin depresyon sıklığı, ishal semptomu olan bireylere göre artmış bulundu. (%49,2'ye karşın %64,2 p:0,046) Karın ve kasık ağrısı, bulantı, baş ağrısı, sık idrara çıkma, eklem ağrısı, sinirlilik, yorgunluk ve meme hassasiyeti ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Ailede benzer şikâyet olanlarda, ailede benzer şikâyet olmayanlara göre depresyon sıklığı yüksek bulundu. (%75'e karşın %53,0 p:0,020) Ağrı kesici ihtiyacı duyma, ağrı

kesicilerden fayda görme, depresyon tedavisi görme, ek hastalık ve ek jinekolojik hastalık sahibi olma ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Uyku problemi olan bireylerde depresyon oranı, olmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. (%73,5'e karşın %53,9 p:0,041) Son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı, mevcut psikiyatrik hastalık olması, sigara kullanımı, alkol kullanımı, tuz kullanım sıklığı, kafein kullanım sıklığı, şeker kullanım sıklığı ve egzersiz yapma sıklığı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Depresyonda olan bireylerin Vizüel Analog Skala 'ya göre ağrı skoru ortalaması depresyonda olmayan bireylere göre yüksek bulundu. ($7\pm1,7$ 'ye karşı $5,0\pm2,1$ p:0,023) Adet süresi, adet sancısı süresi, acile geliş sıklığı, menarş yaşı, menstrasyon sıklığı ve gebelik sayısı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı.

Sonuç

Dismenore nedeni ile acil servise başvuran bireyler arasında, ailede benzer şikâyet öyküsü olan, uyku bozukluğu tarifleyen ve ağrı şiddeti yüksek olan hastalarda depresyon oranını yüksek saptadık.

II-SUMMARY

Introduction

Depression rate of patients who present to the emergency department with dysmenorrhea is thought to be higher than the normal population. The aim of this study was to determine the prevalence of depression and related factors in patients who applied to the adult emergency department with dysmenorrhea.

Materials And Methods

This prospective, cross-sectional study will be conducted with patients who applied to the Adult Emergency Department of Dokuz Eylül University Hospital between 15/09/2020 and 05/01/2021 with dysmenorrhea. Data recording and evaluation form used to collect data about the patients, Visual Analogue Scale will be used to evaluate the severity of dysmenorrhea, and Beck Depression Scale will be used to investigate the frequency of depression. The scale made by the patient using the self-assessment method. The relationship between demographic characteristics, pain characteristics, comorbidities, menstrual characteristics, lifestyle and dietary habits, and depression in patients describing dysmenorrhea was investigated.

Results

149 female patients aged between 18-35 included in the study. Mean age was 22.0 ± 3.1 . Depression rate according to Beck Depression Scale in patients with dysmenorrhea was 58.4%. Of these, 4.7% (n=7) were severe, 15.4% (n=23) moderate, 38.3% (n=57) was in mild depression. The mean age of depressed patients was 22.1 ± 3.1 years. No statistically significant difference was found between the education and marital status of the individuals and the frequency of depression. The frequency of depression in patients without diarrhea symptoms was found to be increased compared to patients with diarrhea symptoms. (49.2% vs. 64.2% p:0.046) There was no statistically significant difference between abdominal and groin pain, nausea, headache, frequent urination, joint pain, irritability, fatigue, breast tenderness and depression frequency. The frequency of depression was found to be higher in those with similar complaints in the family compared to those who did not have similar complaints in the patient's family. (53.0% vs. 75% p:0.020) There was no statistically significant difference between the need for analgesics, response to analgesics, already on treatment for depression, having an

additional disease and additional gynecological disease, and the frequency of depression. The rate of depression in patients with sleep problems was found to be significantly higher than those without sleep problems. (73.5% vs. 53.9% p:0.041) There was no statistically significant difference between psychiatric drug use in the last month, existing psychiatric illness, smoking, alcohol use, salt use, caffeine use, sugar use, exercise pattern, and depression. According to the Visual Analogue Scale, the mean pain score of the depressed patients was higher than the non-depressed patients (7 ± 1.7 vs. 5.0 ± 2.1 p:0.023). No statistically significant difference was found between the age of menarche, the frequency of the menstruation cycle, the number of pregnancies and the frequency of depression.

Conclusion

We found in patients with existing family history of dysmenorrhea, sleep disorders and higher pain severity is higher rate of depression according to Beck Depression Scale.

III- GİRİS

Türkiye’de üniversite öğrencileri arasında yapılan çeşitli çalışmalarda dismenore oranı %20 ile %90 arasında bulunmuştur. Eskişehir’de üniversite öğrencisi genç kadınlar arasında yapılan bir çalışmada ise dismenore prevalansı (%55,5) yüksek bulunmuştur.[1]

Primer dismenore alt batında spazmodik kramp tarzında menstruasyon süresince veya hemen önce olan herhangi bir makroskobik patoloji eşlik etmeyen ağrıdır.[2]

Depresyon, derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem de bunaltılı duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur.

Türkiye’de yapılan bir kesitsel bir çalışmada dismenore deneyimleyen adolesanlarda depresyon prevalansı dismenore deneyimlemeyenlere göre yüksek ve depresyon sıklığı ağrının şiddeti ile korele bulunmuş.[3] Hindistan kaynaklı başka bir çalışmada dismenorenin varlığı ve depresyon prevalansı arasında pozitif bir ilişki olduğunu raporlamış.[4]

Acil servise dismenore yakınması ile başvuran hastaların depresyon oranının normal popülasyona göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servise dismenore yakınması ile başvuran hastalarda depresyon prevalansının ve ilişkili faktörlerin saptanması amaçlandı

Araştırmanın Amacı

Acil servise dismenore şikâyeti ile başvuran hastalarda eşlik eden depresyon varlığını ortaya çıkarmak. Araştırma amaçları doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilecektir;

H0: Acil servise dismenore şikâyeti ile başvuran hastaların önemli bir kısmına depresyon eşlik etmektedir.

H1: Dismenorenin şiddeti, depresyonun şiddeti ile orantılıdır.

Araştırma amaçları doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır.

Dismenore şikâyeti ile acil servise başvuran hastalarda depresyon eşlik etmekte midir? Eşlik eden depresyon hangi bağımsız değişkenler ile öngörülebilir?

Araştırmanın Önemi

Araştırmanın önemi dismenore şikâyeti ile acil servise başvuran hastalarda eşlik eden depresyonu tespit ve tedavi yoluyla, acil servis başvuru sıklığını azaltmak.

Bu çalışmanın sonucuna göre depresyonda olduğunun farkında olmayan bedensel yakınmalar ile başvuran bir grup hastanın asıl tanısı veya eşlik eden tanısı ortaya konmuş olacaktır. Diğer bedensel yakınmalarla ilgili benzer çalışmalara öncülük edebilir.

IV- GENEL BİLGİLER

Dismenorenin Tanımı

Dismenore patofizyolojik kökenine göre primer dismenore ve sekonder dismenore olarak iki ayrı subgrup olarak tanımlanmıştır. Primer dismenore menstruasyon sırasında veya öncesinde karnın alt bölgesinde ortaya çıkan spazmodik ağrı olarak tanımlanmıştır.[2]

Dismenore kadınları en sık etkileyen jinekolojik durumdur. Sıklığı çeşitli kaynaklarda %17 ile %90 arasında bildirilmektedir. Dismenore yaşayan kadınların yaklaşık %15 kadarı iş, okul ve diğer aktivitelerinde kısıtlılık yaşadıklarını belirtmişlerdir.[5]

Primer dismenore adet görmeye başladıktan kısa bir süre sonra başlamasına karşın 6 ay hatta bir yıl sonrasına kadar da kendini gösterebilir. Bu zaman diliminin dışında sekonder dismenore olasılığı açısından değerlendirilmelidir.[6]

Spazm şeklinde karakterize edilen ağrılar bazen doğum sancısına benzetilir. Adetten birkaç saat önce veya adet ile başlayan ağrılar ilk 24-36 saat yani menstrüel sıvıya prostaglandin salınımının en yüksek olduğu saatlerde daha belirgindir. Ağrı suprapubik bölgeden başlar ve uylukların iç yüzüne doğru devam eder. Kramplar sıklıkla sırt ağrısı, bulantı, kusma ve ishal ile birlikte görülür. Hastaların bir kısmı bir iki gün boyunca okuluna veya işine devam edemez hale gelir. Vakaların bir kısmı akut batın tablosuna benzer şekilde prezente olabilir fakat genel ve pelvik muayene esasen normal görünmektedir. Tipik olarak öykü ve fizik muayenede herhangi bir pozitif bulguya rastlanmaması beklenir. Tanısal öykü için adet sırasında veya hemen öncesinde başlayan ve her adet döneminde benzer şekilde tekrarlayan bulgular aranmaktadır. Primer dismenore önemli bir tanıdır fakat bu tanıyı destekleyecek laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır.[7]

Dismenorenin Patofizyolojisi

Son yıllarda bilimin ilerlemesiyle primer dismenore patofizyolojisi konusunda ortak görüş prostaglandinlerin ve muhtemelen eikosanoidlerin artışının anormal uterin kontraksiyonlara neden olduğu yönündedir. Bu anormal kontraksiyonlar uterusu giden kan akımını azaltıp hipoksiye neden olmaktadır. Artmış vazoaaktif prostanooid salınımının primer dismenorenin sebebi olduğuna ilişkin düşünceleri destekleyen iki önemli kanıt gösterilmektedir. Birincisi prostoglandin indükleyici ajanlarla uyarılmış doğum ve abortus eylemlerinde bulgular ile primer dismenore sırasındaki bulgu ve semptomlar arasındaki çarpıcı benzerliktir. İkincisi ise dismenore tarifleyen kadınlarda diğerlerine göre yüksek prostanooid değerleri saptanmasıdır. Ayrıca klinik deneyler siklooksijenaz inhibitörlerinin dismenore ağrısını azaltmadaki etkisinin menstrüel sıvıda prostoglandin seviyesindeki azalma ile korele olduğu gösterilmiştir

Prostanoidler

Primer dismenorede anormal artmış uterin kasılmalar mevcuttur. Bu durum prostaglandinler ile indüklenmiş doğum veya abortus eylemi ile benzerlik göstermektedir. Bulantı, kusma ve diyare gibi bulgular bu grup hastaların %60'ında gözlenmektedir ve prostaglandinlerin yan etkilerine oldukça benzemektedir. Pickles ve arkadaşları primer dismenore yaşayan kadınların menstrüel sıvılarında yaşamayanlara göre prostaglandin değerlerini hassas yöntemlerle ölçerek daha yüksek buldular. Primer Dismenore yakınması olan tüm kadınlarda değil ama çoğunda yüksek Prostaglandin F2-alfa düzeyleri tespit ettiler. [8] Nonsteroid Antiinflatuar ilaç kullanımı altında menstrüel sıvıdaki prostaglandin düzeylerinin belirgin olarak düştüğü ve normal adet gören kadınlarla benzer düzeylere gerilediği izlenmiştir. Bu durumla korele olarak dismenore semptomlarının azaldığı izlenmiştir. Benzer şekilde kombine oral kontraseptif kullanan kadınların da adet sıvısı prostaglandinleri önemli ölçüde bastırılmış ve yakınmalarda belirgin bir azalma ile birlikte adet sıvısı hacminde ve kanamada belirgin bir azalma tespit edilmiş. Prostaglandin patofizyolojisi üzerine yapılan ilerlemelere rağmen normal laparoskopik bulgular izlenen normal prostaglandin düzeyine sahip kadınlarda da şiddetli primer dismenore izlenmektedir. Bu hastaların tam olarak prevalansı bilinmemektedir. Bu konuda tromboksan A2, prostasiklin ve lökotrienlerin rolü henüz net olarak aydınlatılamamıştır. Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ile tedaviye yanıt vermeyen bir kısım primer dismenore hastalarında 5-lipooksijenaz enzmi tarafından üretilen lökotrienler esas yolak olabilir. İnsan endometriyumu ve myometriyumu lökotrienleri sentezleyebilir. Bu durum lökotrienlerin myometriyum kasılmalarıyla ilişkili olduğunu onaylar niteliktedir. Primer dismonore olan kadınlarda menstrüel sıvıda lökotrien C4 ve lökotrien D4 dismenore olmayanlara göre anlamlı miktarda yüksek bulunmuştur. Myometriyum hücrelerinde lökotrien C4 için reseptörler gösterilmiştir. Bu nedenle lökotrienler muhtemelen myometriyumun kasılmasına katkıda bulunmaktadır. Prostaglandinler ve prostanoidler araşidonik asitten siklooksijenaz yolu ile sentez edilir. Araşidonik asit ise fosfolipidlerin fosfolipaz enzimi aracılığı ile hidrolizi sonrasında elde edilir. Gebelik olmaması durumunda progesterone düzeyleri geç luteal fazla düşer. Bu durum lizozomların stabilizasyonuna ve fosfolipaz enzimini serbest bırakmalarına sebep olur. Bu durumda fosfolipaz endimi membran fosfolipidlerini araşidonik asit ve ikosatetraenoik asit sentezlemek üzere parçalar. Bu tepkimelerde oluşan bileşikler siklooksijenaz ve lipooksijenaz yolakları için öncü işlevi görür.

Vazopressin

Vazopressinin primer dismenore konusundaki rolü hala tartışmalıdır. Adet sırasındaki dolaşımdaki vazopressin düzeyindeki artış primer dismenoresi olan kadınlarda bildirilmiştir. Bu durumun disritmik uterin kasılmalara neden olarak uterin kan akımını kısıtlayacağı ve uterin

hiposiye neden olabileceği rapor edilmiştir. Sınırlı sayıda çalışmada Vazopressin antagonistlerinin endojen vazopressini nötralize ederek dismenoreyi hafifletebileceği gösterilmiştir. Fakat diğer çalışmalarda vazopressin antagonisti atosiban menstrüel ağrıda etkisiz bulunmuştur. Hatta bazı çalışmalarda vazopressinin dismenore hastalarında arttığı da gösterilememiştir.[9][2][5][10]

Uterin Kontraksiyonlar

Normal adet gören kadınlarda uterin kontraksiyonlar sex hormonları, prostaglandinler ve diğer uterotonik maddeler etkisiyle dengeli ve düzenli bir şekilde olmaktadır. Bu modelin detayları iyi tanımlanmıştır. Rahim kasılması sırasında bir düzensizlik meydana geldiğinde dismenore söz konusu olmaktadır. Normal mensürasyon sırasında uteus bazal tonusu 10 mm/hg den düşük seyreder, her 10 dakikada 3-4 adet kasılma meydana gelir ki en şiddetli anında 120 mm/Hg şiddetine ulaşır. Bu kasılmalar ritmik ve senkronizedir. Primer dismenore saptanan hastalarda bazal uterin tonus 10 mm/Hg üzerinde olmaktadır. Dakikadaki kasılma sayısı yükselmiştir ve maksimum kasılma şiddeti 150-180 mm/Hg yi bulabilmektedir. Bu durum uterin reperfüzyonun ve oksijenasyonun azalmasına sebep olmaktadır. Eğer birden fazla uterin kontraksiyon bozukluğu varsa bu durumlar birbiri ile sinerjistik etki oluşturmaktadır.

Uterusun Kan Akımı

Kadınlarda uterin kan akışını inceleyecek çalışmalar oldukça invazif olduğu için kolay ve pratik değildir. Teknik olarak zorlayıcı yöntemler kullanılmaktadır. Örneğin hidrojen klirensi, nitroz oksit, elektromanyetik flovmetre ve mikroküre yöntemleri gibi. Ayrıca termodilüsyona bağlı termoelektrik kan akışı kayıtları değişiklikleri değerlendirmek için kullanılmıştır. Dismenore olmayan kadınlarda uterin kasılmalar uterin kan akışını bozmamaktadır. Bunun tam tersi olarak da anormal ve güçlü kasılmalar uterin iskemiye neden olarak ağrı ile sonuçlanmaktadır. Bu değişiklikler farmakolojik olarak uyarılabilir ve uterin kontraksiyonlara neden olabilir. Bunun sonucu olarak kramp tarzında ağrılar oluşturulabilir. Uterolitik ajanların verilmesiyle de kan akımı normale döndürülebilir. Bu eski çalışmalar günümüzde doppler akım çalışmaları ile desteklenmektedir. Her iki uterin arter ve arkuat arterin pulsatilite endeksi primer dismenore olan kadınlarda adetini birinci gününde önemli ölçüde yüksek tespit edilmiştir. Bu durum adetini ilk gününde kan akış empedansının artışı ile uterus vazokontraksiyonu arasında ilişki kurmaktadır.

Dismenore Prevalansı

Çeşitli çalışmalarda Primer Dismenore prevalansı üretken çağıdaki kadınlar arasında %17 ve %90 arasında rapor edilmiştir. Dismenore tanımı içerisinde çalışmalar arasında yer alan farklı kriterler nedeniyle bu oran değişmektedir. Yatak istirahati gerektiren, işten ve diğer aktivitelerde kısıtlamaya neden olan ve Vizüel analog skaladan 8-10 puan arası alan ağrıyı baz

alan benzer çalışmalar dikkate alındığında %2-29 arasında bir prevalansı saptanmaktadır. Ayrıca yine bu çalışmaların sonuçlarına göre dismenore %16-29 arasında kadının aktivitelerini kısıtlamaktadır.[11]

Dismenore Risk Faktörleri

Yaş ve dismenore arasındaki ilişki çeşitli çalışmalarda anlamlı tespit edilmiştir. 25 yaş ve altı kadınlarda 25 yaş ve üstündekilere göre primer dismenore 2 kattan daha sık bulunmuştur. Ayrıca 25 yaş altı kadınlarda orta ve ciddi ağrı şikayeti 25-34 yaş arası kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ailede dismenore öyküsü olan kadınlarda güçlü bir şekilde dismenore ile ilişkili bulunmuştur. Eğitim durumu, medeni durum ve alkol kullanımı ile dismenore arasında ilişki gösterilememiştir. Bazı çalışmalar ile sigara kullanımı ile dismenore arasındaki ilişki olduğunu desteklemektedir. Öte yandan parite sayısı arttıkça dismenore riskinin azaldığı izlenmektedir. Kombine oral kontraseptif kullanımının koruyucu olduğu ve riski azalttığı izlenmektedir. Kadın çalışanlar arasında yapılan araştırmalarda iş kaynaklı stres faktörlerinin dismenore ile ilişkili olduğu gösterilmiş. Ayrıca depresyon ve depresif duygudurum ile dismenore arasında güçlü ilişki olduğu gösterilmiştir. Uzun süreli hastalıklarda da anlamlı oranda dismenore ile ilişkili bulunmuştur.[11][12][13]

Dismenore Tedavisi

Dismenore konusunda üç farklı yaklaşım mevcuttur. Bunlardan en başarılısı farmakolojik yaklaşımdır. Farmakolojik olmayan ve cerrahi yaklaşımların başarısı konusunda ise değişken kanıtlar mevcuttur. Tedavi başarısını değerlendirmek zordur çünkü plasebo etkisi %35-40 oranında başarılı olmaktadır. Primer sonlanım olarak ağrıyı geçirme zamanı, ağrının şiddetini azaltma oranı ve pik ağrının şiddet sıklığını azaltma oranı kullanılmaktadır. Sekonder sonlanım olarak ise kişinin performansındaki ve aktivitelerindeki kısıtlanmanın geri döndürülmesi kabul edilmektedir.

Farmakolojik Tedavi

Nonsteroid Antiinflamatuvar Tedavi

Dismenore yakınması olan kadınlarda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar plaseboya oranla anlamlı ölçüde daha etkilidir. Yan etki görülme sıklığı da anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Farklı nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar arasındaki farklılıkları tespit etmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Mevcut çalışmaların teknik farklılıklarından dolayı metaanaliz yapmak mümkün değildir. En sık kullanılan ajanlar ibuprofen, sodyum naproksen ve ketoprofen olmaktadır. Plaseboya göre üstünlüğü gösterilmiş ajanlar, ibuprofen, sodyum naproksen, ketoprofen, mefenemik asit ve nimesülid olarak saptanmıştır. Naproksen 400 mg dozunda plasebo ve asetaminofene karşı 30 dakikada üstün ağrı palyasyonu sağlamış ve etkilerinin 6 saate kadar

devam ettiği görölmüştür. Ketoprofen 100 mg dozunda 45 dakikada 500mg sodyum naproksen ile karşılaştırıldığında daha etkili bulunmuş ve 2 saat kadar etkinliğin devam ettiği görölmüştür. Ayrıca farklı bir çalışmada 12,5 mg ve 25 mg ketoprofen ve 200 mg ibuprofen plaseboda anlamalı ölçüde daha etkin izlenmiş fakat aralarında anlamalı bir farklılık gösterilememiştir. Bu durum diğer nonsteroid antiinflatuar ilaçların kullanılamayacağı anlamına gelmemektedir. Fakat maliyet etkinlik oranları gözözüne alındığında siklooksijenaz-2 enzimi inhibitörleri primer dismenorede ilk tercih ilaç olmamaktadır. Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar primer dismenoreye bağlı bulgu ve semptomları endometriyal prostaglandin salınımını inhibe ederek gösterir. Ayrıca santral sinir sisteminde de ağrı kesici etkileri vardır. Bu grup ilaçlar endometriyum gelişimini etkilemiyor gibi görünmektedir. Buna karşın siklooksijenaz aktivitesini direk olarak azalttıkları için endometriyal prostaglandin biyosentezini ve salınımını azaltırlar. Böylece menstrual sıvı miktarı etkilenmeden sıvı içerisindeki prostaglandin miktarını anlamalı ölçüde azaltarak ağrısız sikluslar oluşmasına izin verir. Nonsteroid antiinflatuar ilaçların yan etkileri gastrointestinal semptomlar, santral sinir sistemi semptomları, nefrotoksik ve hepatotoksik etkiler, hematolojik etkiler, bronkospazm, sıvı tutulması ve ödem olarak görölmektedir. Fakat genç ve sağlıklı erişkinlerde 3 günlük tedavi rejimlerinde yan etkiler nadiren gözlenmektedir.

Siklooksijenaz II inhibitörleri

Araşidonik asidin siklik endoperoksitlere dönüşmesini siklooksijenaz enzimi katalize eder. Siklooksijenaz enziminin iki formu vardır. Siklooksijenaz I bazal olarak salgılanırken. Siklooksijenaz II çeşitli uyarılara cevap olarak salgılanır. Non Steroid Antiinflatuar ilaçlar Siklooksijenaz I ve II yi inhibe ederler. Siklooksijenaz II inhibitörleri daha spesifik kabul edilir ve bu nedenle gastroduodenal ülserleri indüklemedikleri varsayılır. Artık daha spesifik siklooksijenaz II inhibitörleri mevcuttur. Ancak bunların yan etkileri ile ilgili endişeler devam etmektedir. Rofecoxib, Valdecoxib ve lumiracoxib primer dismenore tedavisinde etkilidir. Fakat Naproksen Sodyumdan daha etkili değildir. Bu çalışmalara göre primer dismenore tedavisinde halen daha önerilmekte olan tedavi düşük maliyetli ve uzun etki ve yan etkileri iyi bilinen Non Steroid Antienflatuar İlaçlardır.

Oral Kontraseptifler

2001 yılında yapılan bir Cochrane analizine göre orta doz östrojen ve birinci/ikinci kuşak progestojen içeren oral kontraseptiflerin primer dismenorenin giderilmesinde plaseboya üstün olduğu gösterilmiştir. Bu tarz oral kontraseptiflerin menstruasyon sıvısının hacmini ve prostaglandin içeriğini düşürdüğünü ve klinik rahatlama sağladığı izlenmiştir. Bu rahatlama yalnızca o döngü ile sınırlı kalmıştır. Oral kontraseptifler ayrıca dismenoresi bulunan

kadınlardaki kanda bulunan yüksek vazopressör seviyesini düşürebilir ve aşırı uterus kasılmalarının önüne geçebilir.

Gliseril Trinitrat

Azalmış nitrik oksit seviyeleri myometriyal kasılmaları indüklerken, nitrik oksit uterus gevşemesine neden olur. Bu nedenle bir nitrik oksit kaynağı olan gliseril trinitratın primer dismenorede abartılı myometrial kasılmaları gevşetmesi beklenir. Yakın zamanlı bir incelemede nitrogliserinin primer dismenorede ağrıyı çok az azalttığı bulunmuştur. Kontrolsüz başka bir çalışmada ise primer dismenoresi olan hastaların %90'ında tatmin edici bir rahatlama elde edildiği öne sürülmüştür. Çok uluslu çift kör plasebo kontrollü randomize çapraz geçişli bir çalışmada transdermal gliseril trinitrat 0.1mg/Saat tedavinin ilk 6 saatinde önemli ölçüde plasebodan daha etkili bulundu. Tüm çalışmalarda hastaların %20-26'sında gelişen baş ağrısı nedeniyle gliseril trinitratın tolere edilebilirliği düşük bulundu.

Magnezyum

2001'deki bir Cochrane analizi Primer Dismenoreyi rahatlatmak için plasebo ve magnezyumu karşılaştıran üç küçük çalışma buldu. Bu çalışmalara göre Magnezyum plasebodan daha etkili bulundu fakat çalışmalarda doz ve rejim değişti. Bu konuda daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kalsiyum Antagonistleri

Bir kalsiyum antagonisti olan nifedipin myometriyal kontraktiletiyi inhibe ederek primer dismenoreyi azaltır. Düz kas hücresine kalsiyum girişini bloke ederek hücre içi serbest kalsiyumu azaltır, böylece kas gevşer ve kasılmalar azalır. Buna bağlı olarak vazodilastasyon artar ve prostanooid salınımının iyonik uyarılması azalır. Çalışmalarda bildirilen yan etkiler arasında geçici yüz kızarması, nabız artışı, çarpıntı ve baş ağrısı olmuştur.

Vitamin B

Büyük bir çalışma günlük 100mg B1 vitamininin plasebodan daha etkili olduğunu göstermiştir. Daha küçük bir deneme ise B6 vitamininin, B6 ve magnezyum kombinasyonundan daha etkili olduğunu göstermiştir fakat B6 ve magnezyum kombinasyonu plasebodan farkı gösterilememiştir.

Vitamin E

E vitamini primer dismenorenin tedavisinde 1995 yılında rapor edilmiştir. Ancak etkinliğine dair kanıtlar sınırlıdır. Son zamanlarda araştırmacılar adet döneminde 5 gün boyunca verilen 100 mg E vitamininin adet ağrısı ve kan kaybının şiddetini plaseboya göre önemli ölçüde azalttığını buldular. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. E vitamini muhtemelen prostaglandin biyosentezini düzenleyerek primer dismenoreyi giderir. Ancak adet sıvısı prostaglandin

düzeyleri ve uterus kontraktilesi ile ilgili veri yoktur. Farelerde yapılan in vitro ve in vivo çalışmalar prostaglandin üretiminin etkilendiğini göstermektedir. E vitamini vazodilatör etkili prostasiklin ve prostaglandin üretimini ve doza bağımlı fosfolipaz A2 ve arasıdonik asit salınımını artırır ancak siklooksijenaz sonrası aktivitesini inhibe eder. Makrofajlarda E vitamini peroksini inhibe eder. Kısacası E vitamini ve analogları fosfolipaz A2'yi baskılar ve prostaglandini inhibe etmek için siklooksijenaz aktiviteleri prostasiklin gibi vazodilatör ve uterus kası gevşetici prostanolidleri teşvik eder.

Doğal Preparatlar

Güncel olarak bitkisel ve diyetel tedavilerin primer dismenorede kullanılabilmesi için yeterli kanıt yoktur. Fakat güç çayı içen adolesanlarda kontrol grubuna göre birinci, üçüncü ve 6. Aylarda daha az adet sancısı görülmüştür. Tatlı rezere tohumlarının özleri birincil dismenorenin giderilmesinde noproksenden daha az etkilidir. Küçük bir denemede balık yağı plasebodan daha etkili bulunmuştur. Krill yağı önemli ölçüde dismenore nedeniyle kullanılan ağrı kesicilerin sayısını azaltır.

Farmakolojik Olmayan Tedavi

Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS)

Yakın tarihli bir Cochrane incelemesi transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu ile plasebo veya tedavi uygulanmamasına kıyasla yedi randomize kontrollü çalışmayı analiz etti. Genel olarak yüksek frekanslı TENS, primer dismenorede ağrının giderilmesinde plasebo TENS'ten daha etkilidir. Düşük frekanslı TENS ise plasebo TENS'ten daha etkili değil. Transkutanöz elektriksel sinir aktivasyonu primer dismenorenin tedavisinde noninvazif ve etkili bir yöntemdir ve uygulanan TENS'in yoğunluğu ve süresini düzenleyebildiği için kadına tedavisini kontrol etme yetkisi verir. TENS iki potansiyel mekanizma ile ağrının giderilmesini sağlar. Birincisi aynı sinir kökünden çıkan A liflerini uyararak ağrı sinyalleri için eşiği yükseltir. İkincisi endorfinlerin salınımını uyararak ağrı algısının zayıflamasını sağlar. Opioid antoagonisti naloksan bu etkiyi nötralize edebilir.[6][2]

Akupunktur

Primer dismenorenin giderilmesi için hep akupunktur hem akupresür denenmiştir. Çalışma sayısının sınırlı olması ve değişken teknikler sistematik analizi zorlaştırmaktadır. Üç adet döngüsü boyunca haftalık olarak verilen akupunktur, primer dismenoreli kadınlarda plasebo akupunktura oranla analjezik ilaçları %41 oranında azalttı. Bununla birlikte iyi tasarlanmış kontrollü daha büyük ve kesin çalışmalara ihtiyaç vardır. İlaç kullanmak isteyen hastalarda ücretsiz kendi kendine yapılabilecek yöntemler olarak geleneksel tıpta yerini korumaktadır.

Diğer İlaçsız Kendi Kendine Tedavi Yöntemleri

Suprapubik bölgeye uygulanan sürekli düşük seviyeli ısıyla sarma tedavisi primer dismenorenin giderilmesi için uygulamanın ilk 8 saati boyunca asetaminofenden önemli ölçüde üstündür. Bu hastalar tarafından diğer kanıta dayalı tedavilere ek olarak kullanılabilir.

Cerrahi veya Manipülatif Yöntemler

Sinir Ablasyonu

Gözlemsel çalışmalar primer dismenore için uterosakral sinir ablasyonu ve presakral nörektomi kullanımını desteklemektedir. Her iki cerrahi prosedür de pelvik bölgedeki servikal duyuşal ağrı liflerini keser. Laparoskopik uterosakral sinir ablasyonu-rezeksiyonunun plaseboya veya tedavi uygulanmamasına göre etkin olduğuna dair çalışmalar yayınlanmıştır. Presakral nörektominin uzun dönemli sonuçları, laparoskopik uterosakral sinir ablasyonundan önemli ölçüde daha etkili bulunmuştur. Fakar primer dismenore tedavisi için cerrahi sinir kesilmesini önermek için henüz yeterli kanıt yoktur.

Spinal Manipülasyon

Spinal manipülasyon tekniğinin primer dismenore tedavisinde etkili olduğuna dair herhangi bir kanıt gözükmemektedir. Dört yüksek hızlı, düşük amplitüdlü manipülasyon denemesi, dismenore tedavisinde sahte manipülasyondan daha etkili olmadığını düşündürmektedir.[7]

Depresyon

Depresyonun Tanımı

Depresyon kelimesi, çeşitli psikolojik rahatsızlıkların presentasyonu olarak kullanılabilirken, klinik olarak depresyon, major depresif bozukluk ve distimiye kapsayan bir hastalık grubundan oluşmaktadır. Ataklarla veya kronik ilerleme gösteren bir psikiyatrik rahatsızlık olan depresyonda; sürekli ve yaygın bir üzüntü veya mutsuzluk hali, günlük aktivitelerden keyif alamama, sıkıntı ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünceler, enerjinin azalması/yokluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku düzeninde meydana gelen değişimler sonucunda işlevsellikte bozulma vardır. Depresyonun klinik görünümü yaşa, cinsiyete ve kültürel altyapıya göre değişebilir.[14]

Depresyonun Epidemiyolojisi

Türkiye’de depresyon konusunda yapılan epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç (1993)’in tespit ettiği sonuçlara göre; toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı yaklaşık olarak % 10’dur. Somatik belirtilerin yaklaşık olarak % 20, ruhsal belirtilerin ise daha düşük (yaklaşık % 10) prevalans hızları mevcuttur. Hastaların hemen hemen üçte birinde kronik depresyon izlenmektedir.[15]

Tüm çalışmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası fark her yaş grubunda mevcuttur. Cinsiyetler arasındaki farklılıkların sebebi kesin olarak bilinmemektedir. Olasılıklar arasında ilk akla gelen endokrin sistemdir. Fakat sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon sıklığının arttığı, menapoz dönemi için böyle bir riskin olmadığı gösterilmiştir. Depresyon başlangıç yaşı ortalaması 40'tır. Vakaların büyük bir kısmında başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındır.. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Depresyon için 65 yaşından büyüklerde% 1.7; 75 yaşından büyüklerde % 3.2; 79 yaşından büyüklerde % 0.5; primer depresyon için % 1.8; sekonder depresyon için % 1.9 gibi oldukça düşük prevalans bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun artış gösterdiği izlenmektedir. Yine güncel olarak, depresyonun 20 yaş altında eskisinden daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır.[15]

Major Depresif Bozukluk için DSM-IV Tanı Kriterleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygu durum ya ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duygu durumuna uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) Hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hissediyor) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin, ayda, vücut kilosunun % 5' inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması)

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının(örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlenir.[16]

Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını değerlendirmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri gözleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. BDÖ'deki maddeler aslen depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sırasında yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgün davranışlar ve semptomlar birer madde ile tanımlanmıştır. Her maddeye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafiften şiddetli forma doğru sıralanmıştır. Hastalardan durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. 1978 yılında ölçek tümünden revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar çıkarılmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir.[16]

Ölçek ilk başta klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmıştır, fakat daha sonra hastanın kendini değerlendirilmesi olarak kullanılmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim seviyesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Ek olarak, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Tegin (1980) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test (split-half) ve test-tekrar test yöntemi ile yapılan çalışmada güvenirlik katsayıları sırasıyla $r=.78$ ve $r=.65$ olarak bulunmuştur. BDÖ ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir.[16]

BDÖ'nin avantajları, hastanın kendisi tarafından yapılması, basit olması ve puanlamanın kolay olmasıdır. Dezavantajları; yaşlılarda, düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında, olması gerekenden yüksek skorların işaretlendiğinin bildirilmiş olmasıdır.[16]

Vizüel Analog Skala

Çoğunlukla 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey, ağrı yok ile başlayıp dayanılmaz ağrı var ile biten bir hattır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada, hat üzerine konulan ağrı tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; VAS'nın orta şiddette ağrıyı tanımlamada daha duyarlı olduğu, ancak seçicilik yönünden iki ölçek arasında fark bulunmadığı, her iki ölçeğin de seçici olduğu belirlenmiştir.[17] Ağrı şiddetinin değerlendirmesinde diğer yöntemlere göre VAS'nın duyarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Eti-Aslan'ın postoperatif ağrı değerlendirmesinde VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; VAS'nın orta şiddette ağrıyı tanımlamada daha duyarlı olduğu, ancak seçicilik yönünden iki ölçek arasında fark bulunmadığı, her iki ölçeğin de seçici olduğu belirlenmiştir.[17] VAS tedavi etkilerine karar vermede başarılı bir yöntem olmuştur.

VAS kullanmanın avantajları;

-Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlerle yapılan karşılıklı değerlendirmeler sonucunda VAS'nın uygun bir yöntem olduğu saptanmıştır.

-Hastalar bu yöntemi kolay anlaşılır ve kolay uygulanır olarak tanımlamışlardır.

-VAS ile değerlendirmelerde düzenli bir dağılım gerçekleştirilir.

-Ölçüm yeniden yapılabilir.[17]

VAS kullanmanın dezavantajları;

-Hastalar işaretlemeyi rastgele yapabilir.

-Hastaların yorgun ya da iş birliği yapamaz durumda olması VAS'nın yeterli değerlendirilmesini engelleyebilir.

-Ağrı değerlendirilmesinin yapıldığı zamanın seçilmesi de yanılgılara neden olabilir. Bu nedenle düzenli aralıklarla değerlendirme yapılmalıdır.

-Değerlendirme ve kayıtların aynı skala üzerinde yapılması sonraki ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde etkileyici olabilmektedir.[17]

V-GEREC VE YÖNTEM

Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri

- Dismenore yakınması ile acil servise başvuran hastalar
- Çalışmaya katılmak için gönüllü onam formunu imzalayan hastalar
- 18 yaş üstü hastalar
- Ayaktan, hastane yatışı ya da sevk olarak tedavi alan hastalar

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

- Gönüllü onam formunu imzalamamış hastalar

Tanı Araçları ve Ölçekler

Veri Kayıt ve Değerlendirme Formu

Hastaların demografik özellikleri, jinekolojik ve ruhsal sağlık durumlarını ve dismenore semptomlarını tanımlamak üzere oluşturulmuş bir formdur.(Ek-1) Çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan hasta bilgileri kendisi veya doktoru tarafından, kendisinden yazılı onam alınarak veri kayıt formuna kaydedildi.

Beck Depresyon Ölçeği

Acil servise dismenore şikâyeti ile başvuran hastalara tedavileri bittikten sonra Beck Depresyon Ölçeği uygulandı.(Ek-3) Ölçek hastanın kendini değerlendirilmesi şeklinde yapıldı.

Vizüel Analog Skala

Acil servise dismenore yakınması ile gelen hastalara başvuru sırasında VAS uygulandı. Ağrı şiddeti değerlendirildi.(Ek-2)

Aydınlatılmış Onam Formu

Acil Servise dismenore şikâyeti ile gelen hastalardan çalışmayı gönüllü olarak kabul ettiklerine dahil yazılı onam alındı.(Ek-4)

Verilerin Toplanması

Çalışmaya 11.01.2020 – 25.06.2021 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis birimine ‘dismenore’ yakınması ile başvuran ve araştırma kriterlerini taşıyan ardışık tüm hastalar dahil edildi. Dismenore yakınması ile başvuran tüm hastalara anamnez alındı ve fizik muayene yapıldı. Hastalarda cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni hal,çocuk sahibi olma, meslek, ağrı tipi, karakteri, ağrı süresi, acil servise başvuru sıklığı, ağrı kesici ilaç kullanım sıklığı, ağrının başlangıç zamanı ile hastanın acil servise

başvuru zamanı, ağrı kesicilere yanıt, ek hastalık varlığı, ek jinekolojik hastalık dismenoreye eşlik eden semptom varlığı, menarş yaşı, menstrüel siklus süresi, ailede dismenore öyküsü, menstruasyon süresi, beden kitle endeksi, uyku probleminin olması, son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, başka bir psikiyatrik hastalık varlığı, egzersiz sıklığı, sigara kullanım sıklığı, alkol kullanım sıklığı, kafein kullanım sıklığı, tuz kullanım sıklığı, şeker kullanım sıklığı öyküsü sorgulanarak veri kayıt ve değerlendirme formuna eklendi. Çalışma hasta tarafından kendi kendine değerlendirme şeklinde yapıldı. Vizüel Analog Skala ile ilk başvuru sırasında ağrı şiddeti ölçüldü. Hastanın depresyonda olup olmadığına Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak karar verildi.

İstatiksel Veri Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler ‘Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0’ adlı standart programa kaydedildi. Araştırmada kategorik verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerler ile belirtilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farkların değerlendirilmesi ki-kare testi ile yapılmıştır. İlişkiler %95 güven aralığında analiz edilip, $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

VI-BULGULAR

Acil servise çalışma tarihleri arasında dismenore yakınması ile 214 sayıda hasta başvurdu. Bu hastalardan 65 kadarı yazılı aydınlatılmış onam formunu imzalamadıkları veya testi yarım bırakıp acil servisi terk ettikleri için çalışmaya dahil edilemedi. Araştırma kriterlerini karşılayan ve yazılı aydınlatılmış onam formunu imzalayan 149 hasta (%69,62) çalışmaya dahil edildi. Hastaların %58,4'ünde Beck Depresyon ölçeğine göre depresyon saptandı. Depresyonda olan bireylerin yaş ortalaması $22,1 \pm 3,1$ iken depresyonda olmayan bireylerin yaş ortalaması $21,9 \pm 3,0$ saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (p:0,852)

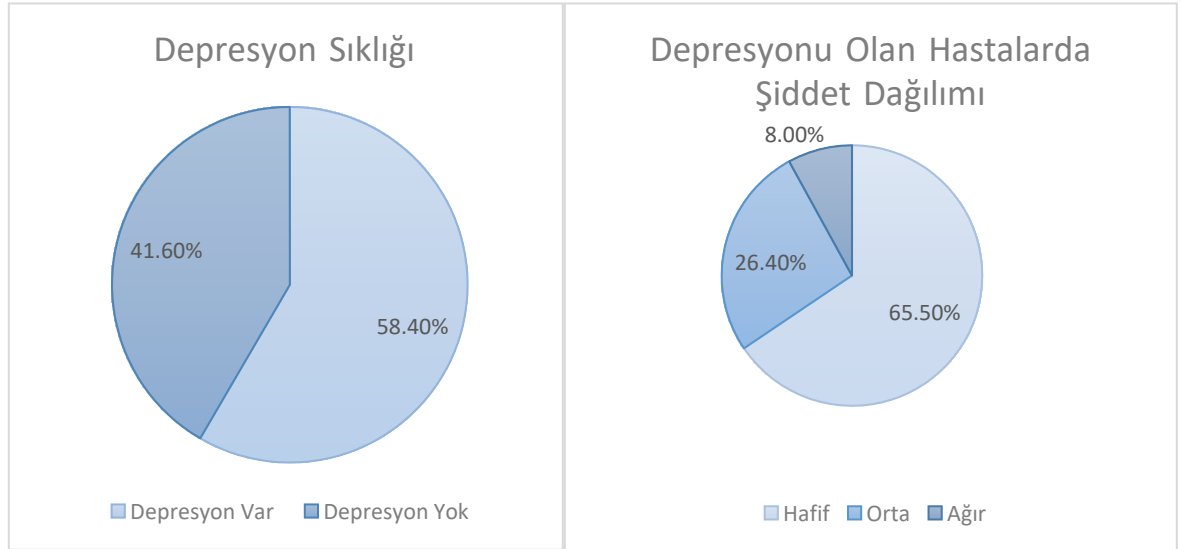
Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada acil servise dismenore yakınması ile başvuran 149 birey incelendi. Bireylerin yaş aralığı 18-35 idi. Ortalama yaş ise $22,07 \pm 3,103$ idi.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeylerinin %24,8 i (n=37) ilkokul, %32,9 u (n=49) lise, %40,9'u lisans (n=61), %1,3 (n=2) lisansüstü düzeyde olduğu görüldü.

Bireyler medeni hallerine göre gruplandırıldığında %25,5'i (n=38) evli %74,5'i (n=111) bekar olduğu görüldü.

Tablo 1.Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Oranları



Çalışmaya katılan toplam 149 bireyin %41,6'ü (n=62) Beck Depresyon Ölçeğine göre normal, %38,3'u (n=57) hafif depresyonda, %15,4'ü (n=23) orta derecede depresyonda, %4,7'si (n=7) şiddetli depresyonda saptandı.

Tablo 2. Karın ve Kasık Ağrısının Depresyon İle İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Karın ve Kasık Ağrısı	Var	38 (%25,5)	29 (%19,5)	67 (%45,0)
	Yok	49 (%32,9)	33 (%22,1)	82 (%55,0)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında karın ve kasık ağrısının depresyon ile ilişkisi incelendi. Karın veya kasık ağrısı olan bireylerin %56,7'sinde (n=38), karın ve kasık ağrısı olmayan bireylerin %59,7'sinde (n=49) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,708)

Tablo 3. Bulantı ve Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Bulantı	Var	14 (%9,4)	13 (%8,7)	27 (%18,1)
	Yok	73 (%49,0)	49 (%32,9)	122 (%81,9)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında bulantı ile depresyon ilişkisi incelendi. Bulantısı olan bireylerin %50'sinde (n=14), bulantısı olmayan bireylerin %59,8'inde (n=73) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,446)

Tablo 4. Baş Ağrısı ve Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Baş Ağrısı	Var	16 (%10,7)	13 (%8,7)	29 (%19,5)
	Yok	71 (%47,7)	49 (%32,9)	120 (%80,5)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında baş ağrısı ile depresyon ilişkisi incelendi. Bulantısı olan bireylerin %55,1'inde (n=16), bulantısı olmayan bireylerin %59,1'inde (n=71) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,695)

Tablo 5. Sık İdrara Çıkma ve Depresyon ilişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Sık İdrara Çıkma	Var	18 (%12,1)	17 (%11,4)	35 (%23,5)
	Yok	69 (%46,3)	45 (%30,2)	114 (%76,5)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında sık idrara çıkma ile depresyon ilişkisi incelendi. Sık idrara çıkma şikâyeti olan bireylerin %51,4'ünde (n=18), sık idrara çıkma şikâyeti olmayan bireylerin %60,5'inde (n=69) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,340)

Tablo 6. Eklem Ağrısı ile Depresyon ilişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Eklem Ağrısı	Var	7 (%4,7)	5 (%3,4)	12 (%23,5)
	Yok	80 (%53,7)	57 (%38,3)	137 (%76,5)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında eklem ağrısı ile depresyon ilişkisi incelendi. Eklem ağrısı olan bireylerin %58,3'ünde (n=7), eklem ağrısı olmayan bireylerin %58,3'ünde (n=80) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,997)

Tablo 7. İshal ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
İshal	Var	32 (%21,5)	33 (%22,1)	65 (%43,6)
	Yok	55 (%36,9)	29 (%19,5)	84 (%56,4)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ishal ile depresyon ilişkisi incelendi. İshal şikâyeti olan bireylerin %49,2'sinde (n=32), ishal şikâyeti olmayan bireylerin %65,4'ünde (n=55) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (p:0,046)

Tablo 8. Sinirlilik ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Sinirlilik	Var	33 (%22,1)	27 (%18,1)	60 (%40,3)
	Yok	54 (%32,6)	35 (%23,5)	89 (%59,7)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında sinirlilik ile depresyon ilişkisi incelendi. Sinirlilik şikâyeti olan bireylerin %55’inde (n=33), sinirlilik şikâyeti olmayan bireylerin % 60,6’sında (n=54) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,491)

Tablo 9. Yorgunluk ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Yorgunluk	Var	24 (%16,1)	18 (%12,1)	42 (%28,2)
	Yok	63 (%42,3)	44 (%29,5)	107 (%71,8)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında yorgunluk ile depresyon ilişkisi incelendi. Yorgunluk şikâyeti olan bireylerin %57,1’inde (n=24), yorgunluk şikâyeti olmayan bireylerin %58,8’inde (n=63) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,847)

Tablo 10. Meme Hassasiyeti ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Meme Hassasiyeti	Var	13 (%8,7)	10 (%6,7)	23 (%15,4)
	Yok	74 (%49,7)	52 (%34,9)	126 (%84,6)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında meme hassasiyeti ile depresyon ilişkisi incelendi. Meme hassasiyeti olan bireylerin %56,5’inde (n=13), meme hassasiyeti olmayan bireylerin %58,7’sinde (n=10) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,843)

Tablo 11. Ağrı kesiciye ihtiyacı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Ağrı Kesici İhtiyacı	Var	81 (%54,4)	57 (%38,3)	138 (%92,6)
	Yok	6 (%4)	5 (%3,4)	11 (%7,4)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ağrı kesici ihtiyacı ile depresyon ilişkisi incelendi. Ağrı kesici ihtiyacı olan bireylerin %58,6'sında (n=81), ağrı kesici ihtiyacı olmayan bireylerin %54,5'inde (n=57) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,788)

Tablo 12. Depresyon tedavisi görme ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Depresyon tedavisi görme	Var	9 (%6,0)	6 (%4,0)	15 (%10,1)
	Yok	78 (%52,3)	56 (%37,6)	134 (%89,9)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında depresyon tedavisi görenler ile depresyon ilişkisi incelendi. Depresyon tedavisi gören bireylerin %60'ında (n=9), depresyon tedavisi görmeyen bireylerin %58,2'sinde (n=78) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,894)

Tablo 13. Ağrı Kesicilerden Fayda Görme ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Ağrı kesicilerden fayda görme	Var	38 (%25,5)	33 (%22,1)	71 (%47,7)
	Yok	49 (%32,9)	29 (%19,5)	78 (%52,3)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ağrı kesicilerden fayda görme ile depresyon ilişkisi incelendi. Ağrı kesicilerden fayda gören bireylerin %53,5'inde (n=38), ağrı kesicilerden fayda görmeyen bireylerin %62,8'inde (n=49) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,250)

Tablo 14. Ek Hastalık ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Ek Hastalık	Var	19 (%12,8)	7 (%4,7)	26 (%17,4)
	Yok	68 (%45,6)	55 (%36,9)	123 (%82,6)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ek hastalık ile depresyon ilişkisi incelendi. Ek hastalığı olan bireylerin %73,0'ında (n=19), ek hastalık olmayan bireylerin %55,2'sinde (n=68) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,094)

Tablo 15. Ek Jinekolojik Hastalık ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Ek Jinekolojik Hastalık	Var	11 (%7,4)	4 (%2,7)	15 (%10,1)
	Yok	76 (%51,0)	58 (%38,9)	134 (%89,9)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ek jinekolojik hastalık ile depresyon ilişkisi incelendi. Ek jinekolojik hastalığı olan bireylerin %73,3'ünde (n=11), ek jinekolojik hastalığı olmayan bireylerin %56,7'sinde (n=76) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,216)

Tablo 16. Ailede benzer şikâyet olması ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Ailede benzer şikâyet	Var	27 (%18,1)	9 (%6,0)	36 (%24,2)
	Yok	60 (%40,3)	53 (%35,6)	113 (%75,8)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında ailede benzer şikâyet olması ile depresyon ilişkisi incelendi. Ailede benzer şikâyet olan bireylerin % 75,0'inde (n=27), ailede benzer şikâyet

öyküsü olmayan bireylerin % 53,0'ünde (n=60) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.(p:0,020)

Tablo 17. Uyku Problemi ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Uyku Problemi	Var	25 (%16,8)	9 (%6,0)	34 (%22,8)
	Yok	62 (%41,6)	53 (%35,6)	115 (%77,2)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında uyku problemi ile depresyon ilişkisi incelendi. Uyku problemi olan bireylerin %73,5'inde (n=25), uyku problemi olmayan bireylerin %53,9'unda (n=62) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.(p:0,041)

Tablo 18. Son Bir Ayda Psikiyatrik İlaç Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı	Var	7 (%4,7)	2 (%1,3)	9 (%6,0)
	Yok	80 (%53,7)	60 (%40,3)	140 (%94,0)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı ile depresyon ilişkisi incelendi. Son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı olan bireylerin %77,7'sinde (n=7), son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan bireylerin %57,1'inde (n=80) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,223)

Tablo 19. Psikiyatrik Hastalık ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Psikiyatrik Hastalık	Var	4 (%2,6)	5 (%3,3)	9 (%6,0)
	Yok	83 (%55,7)	57 (%38,2)	140 (%93,9)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında psikiyatrik hastalık ile depresyon ilişkisi incelendi. Psikiyatrik hastalık olan bireylerin %44,4'ünde (n=4), psikiyatrik hastalık olmayan bireylerin %59,2'sinde (n=83) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,381)

Tablo 20. Sigara Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Sigara Kullanımı	Var	46 (%30,9)	29 (%19,5)	75 (%50,3)
	Yok	41 (%27,5)	33 (%22,1)	74 (%49,7)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında sigara ile depresyon ilişkisi incelendi. Sigara kullanan bireylerin %61,3'ünde (n=46), sigara kullanmayan bireylerin %55,4'ünde (n=41) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,463)

Tablo 21. Alkol Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Alkol Kullanımı	Var	30 (%20,1)	15 (%10,1)	45 (%30,2)
	Yok	57 (%38,3)	47 (%31,5)	104 (%69,8)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında alkol ile depresyon ilişkisi incelendi. Alkol kullanan bireylerin %66,6'sında (n=30), alkol kullanmayan bireylerin %54,8'inde (n=57) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,178)

Tablo 22. Adet Süresi ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Adet Süresi	6 ve daha az	80 (%53,7)	54 (%36,2)	134 (%89,9)
	7 ve daha fazla	7 (%4,7)	8 (%5,4)	15 (%10,1)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında adet süresi ile depresyon ilişkisi incelendi. Adet süresi 6 gün ve daha az olan bireylerin %59,7'sinde (n=80), adet süresi 7 gün ce daha uzun olan

bireylerin %46,6'sında (n=7) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,331)

Tablo 23. Adet Sancısı Süresi ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Adet Sancısı Süresi	2 gün ve daha az	14 (%9,4)	9 (%6,0)	23 (%15,4)
	3 ve 4 gün	54 (%36,2)	42 (%28,2)	96 (%64,4)
	5 gün ve daha fazla	19 (%12,8)	11 (%7,4)	30 (%20,1)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında adet sancısı süresi ile depresyon ilişkisi incelendi. Adet sancısı süresi 2 gün ve daha az olan bireylerin %60,8'inde (n=14), adet sancısı süresi 3 ve 4 gün olan bireylerin %56,2'sinde (n=54), adet sancısı süresi 5 gün ve daha fazla olan bireylerin %63,3'ünde (n=19) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,763)

Tablo 24. Acile Gelme Sıklığı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Acile Gelme Sıklığı	Yılda 3 ve daha az	21 (%14,1)	13 (%8,7)	34 (%22,8)
	Yılda 4 ile 8 arası	25 (%16,8)	23 (%15,4)	48 (%32,2)
	Yılda 9 ve daha fazla	34 (%22,8)	19 (%12,8)	53 (%35,6)
	Her adet döneminde	7 (%4,7)	7 (%4,7)	14 (%9,4)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında acile geliş sıklığı ile depresyon ilişkisi incelendi. Acil servise yılda 3 kez ve daha az gelişi olan bireylerin %61,7'sinde (n=21), acil servise yılda 4 ile 8 arası gelişi olan bireylerin %52,0'sinde (n=25), acil servise yılda 9 ve daha fazla gelişi olan bireylerin %64,1'inde (n=34), acil servise her adet döneminde gelen hastaların %50,0'sinde

(n=7) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,557)

Tablo 25. Menarş Yaşı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Menarş Yaşı	12 yaş ve daha önce	19 (%12,8)	11 (%7,4)	30 (%20,1)
	13 ve 14 yaş	57 (%38,3)	47 (%31,5)	104 (%69,8)
	15 yaş ve daha geç	11 (%7,4)	4 (%2,7)	15 (%10,1)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında menarş yaşı ile depresyon ilişkisi incelendi. Menarş yaşı 12 yaş ve daha öncesinde olan bireylerin %63,3'ünde (n=19), menarş yaşı 13 ve 14 olan bireylerin %54,8'inde (n=57), menarş yaşı 15 ve daha geç olan bireylerin %73,3'ünde (n=11) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,328)

Tablo 26. Siklus Süresi ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Siklus Süresi	21 gün ve daha az	6 (%4,0)	3 (%2,0)	9 (%6,0)
	22 ve 34 gün arası	72 (%48,3)	49 (%32,9)	121 (%81,2)
	35 gün ve daha fazla	9 (%6,0)	10 (%6,7)	19 (%12,8)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında siklus süresi ile depresyon ilişkisi incelendi. Siklus süresi 21 gün ve daha az olan bireylerin %66,6'sında (n=6), siklus süresi 22 ve 34 gün arası olan bireylerin % 59,5'inde (n=72), siklus süresi 35 gün ve daha fazla olan bireylerin %47,3'ünde (n=9) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (p:0,531)

Tablo 27. Gebelik Sayısı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Gebelik Sayısı	0	70 (%47,0)	48 (%32,2)	118 (%79,2)
	1	9 (%6,0)	6 (%4,0)	15 (%10,1)
	2	8 (%5,4)	6 (%4,0)	14 (%9,4)
	3	0 (%0,0)	2 (%1,3)	2 (%1,3)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında çocuk sayısı ile depresyon ilişkisi incelendi. Çocuk sayısı 1 ve daha az olan bireylerin % 59,3'ünde (n=79), çocuk sayısı 2 ve daha fazla olan bireylerin % 50'sinde (n=8) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,412)

Tablo 28. Kafein kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Kafein Kullanımı	Az	9 (%6,0)	3 (%2,0)	12 (%8,1)
	Orta	29 (%19,5)	27 (%18,1)	56 (%37,6)
	Yüksek	49 (%32,9)	21 (%21,5)	81 (%54,4)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında kafein kullanımı ile depresyon ilişkisi incelendi. Kafein kullanımı az olan bireylerin %75,0'inde (n=9), kafein kullanımı orta olan bireylerin %51,7'sinde (n=29), kafein kullanımı yüksek olan bireylerin %60,4'ünde (n=49) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,284)

Tablo 29. Şeker Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
	Az	9 (%6,0)	5 (%3,4)	14 (%9,4)

Şeker Kullanımı	Orta	43 (%28,9)	35(%23,5)	78 (%52,3)
	Yüksek	35 (%23,5)	22 (%14,8)	57 (%38,3)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında şeker kullanımı ile depresyon ilişkisi incelendi. Şeker kullanımı az olan bireylerin %64,2'sinde (n=9), şeker kullanımı orta olan bireylerin %55,1'inde (n=43), şeker kullanımı yüksek olan bireylerin %61,4'ünde (n=35) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,686)

Tablo 30. Tuz Kullanımı ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Tuz Kullanımı	Az	12 (%8,1)	15 (%3,4)	17 (%11,4)
	Orta	53 (%35,6)	34 (%22,8)	87 (%58,4)
	Yüksek	22 (%14,8)	23 (%15,4)	45 (%30,2)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında tuz kullanımı ile depresyon ilişkisi incelendi. Tuz kullanımı az olan bireylerin %70,5'inde (n=12), tuz kullanımı orta olan bireylerin %60,9'unda (n=53), tuz kullanımı yüksek olan bireylerin %48,8'inde (n=22) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,230)

Tablo 31. Egzersiz ile Depresyon İlişkisi

		Depresyon		Toplam
		Var	Yok	
Egzersiz	Az	46 (%30,9)	30 (%20,1)	76 (%51,0)
	Orta	23 (%15,4)	19 (%12,8)	42 (%28,2)
	Yeterli	18 (%12,1)	13 (%8,7)	31 (%20,8)
Toplam		87 (58,4)	62 (%41,6)	149 (%100,0)

Çalışmaya katılan bireyler arasında egzersiz ile depresyon ilişkisi incelendi. Egzersiz yapma miktarı az olan bireylerin %60,5'inde (n=46), egzersiz yapma miktarı orta olan bireylerin %54,8'inde (n=23), egzersiz yapma miktarı yeterli olan bireylerin %58,1'inde (n=18) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı.(p:0,830)

Tablo 32. Ağrı şiddeti ile Depresyon İlişkisi

	Depresyon	N	Ortalama	Std.Sapma
VAS	Var	86	7	1,70811
	Yok	62	5,08	2,13709

Vizüel analog skala puan sonuçlarımıza göre, depresyon olan ve olmayan bireylerin aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark vardır.(t testi değeri 6,066 p: 0,023)

Tablo 33. Dismenore Karakteristikleri ve Depresyon İlişkisi

Dismenore Karakteristikleri		Depresyon			p
		Var	Yok	Toplam	
Karın ve Kasık Ağrısı	Var	38 (%25,5)	29 (%19,5)	67 (%45,0)	0,708
	Yok	49 (%32,9)	33 (%22,1)	82 (%55,0)	
Bulantı	Var	14 (%9,4)	13 (%8,7)	27 (%18,1)	0,446
	Yok	73 (%49,0)	49 (%32,9)	122 (%81,9)	
Baş Ağrısı	Var	16 (%10,7)	13 (%8,7)	29 (%19,5)	0,695
	Yok	71 (%47,7)	49 (%32,9)	120 (%80,5)	
Sık İdrara Çıkma	Var	18 (%12,1)	17 (%11,4)	35 (%23,5)	0,340
	Yok	69 (%46,3)	45 (%30,2)	114 (%76,5)	
Eklem Ağrısı	Var	7 (%4,7)	5 (%3,4)	12 (%23,5)	0,997
	Yok	80 (%53,7)	57 (%38,3)	137 (%76,5)	
İshal	Var	32 (%21,5)	33 (%22,1)	65 (%43,6)	0,046
	Yok	55 (%36,9)	29 (%19,5)	84 (%56,4)	
Sinirlilik	Var	33 (%22,1)	27 (%18,1)	60 (%40,3)	0,491
	Yok	54 (%32,6)	35 (%23,5)	89 (%59,7)	
Yorgunluk	Var	24 (%16,1)	18 (%12,1)	42 (%28,2)	0,847
	Yok	63 (%42,3)	44 (%29,5)	107 (%71,8)	
Meme Hassasiyeti	Var	13 (%8,7)	10 (%6,7)	23 (%15,4)	0,843
	Yok	74 (%49,7)	52 (%34,9)	126 (%84,6)	
Ağrı Kesici İhtiyacı	Var	81 (%54,4)	57 (%38,3)	138 (%92,6)	0,788
	Yok	6 (%4)	5 (%3,4)	11 (%7,4)	
Ağrı Kesiciden Fayda Görme	Var	38 (%25,5)	33 (%22,1)	71 (%47,7)	0,250
	Yok	49 (%32,9)	29 (%19,5)	78 (%52,3)	
Ailede Benzer Şikayet	Var	27 (%18,1)	9 (%6,0)	36 (%24,2)	0,020
	Yok	60 (%40,3)	53 (%35,6)	113 (%75,8)	
Uyku Problemi	Var	25 (%16,8)	9 (%6,0)	34 (%22,8)	0,041
	Yok	62 (%41,6)	53 (%35,6)	115 (%77,2)	

Tablo 34. Jinekolojik Karakteristikler ile Depresyon İlişkisi

Jinekolojik Karakteristikler		Depresyon			p
		Var	Yok	Toplam	
Adet Süresi	6 gün ve daha az	80 (%53,7)	54 (%36,2)	134 (%89,9)	0,331
	7 gün ve daha fazla	7 (%4,7)	8 (%5,4)	15 (%10,1)	
Adet Sancısı Süresi	2 gün ve daha az	14 (%9,4)	9 (%6,0)	23 (%15,4)	0,763
	3 ve 4 gün	54 (%36,2)	42 (%28,2)	96 (%64,4)	
	5 gün ve daha fazla	19 (%12,8)	11 (%7,4)	30 (%20,1)	
Acile Gelme Sıklığı	Yılda 3 ve daha az	21 (%14,1)	13 (%8,7)	34 (%22,8)	0,557
	Yılda 4 ile 8 arası	25 (%16,8)	23 (%15,4)	48 (%32,2)	
	Yılda 9 ve daha fazla	34 (%22,8)	19 (%12,8)	53 (%35,6)	
	Her adet döneminde	7 (%4,7)	7 (%4,7)	14 (%9,4)	
Menarş Yaşı	12 yaş ve daha önce	19 (%12,8)	11 (%7,4)	30 (%20,1)	0,238
	13 ve 14 yaş	57 (%38,3)	47 (%31,5)	104 (%69,8)	
	15 yaş ve daha geç	11 (%7,4)	4 (%2,7)	15 (%10,1)	
Siklus Süresi	21 gün ve daha az	6 (%4,0)	3 (%2,0)	9 (%6,0)	0,531
	22 ve 34 gün arası	72 (%48,3)	49 (%32,9)	121 (%81,2)	
	35 gün ve daha fazla	9 (%6,0)	10 (%6,7)	19 (%12,8)	
Gebelik Sayısı	0	70 (%47,0)	48 (%32,2)	118 (%79,2)	0,412
	1	9 (%6,0)	6 (%4,0)	15 (%10,1)	
	2	8 (%5,4)	6 (%4,0)	14 (%9,4)	
	3	0 (%0,0)	2 (%1,3)	2 (%1,3)	

Tablo 35. Ek Hastalıklar ile Depresyon İlişkisi

Ek Hastalıklar		Depresyon			p
		Var	Yok	Toplam	
Depresyon Tedavisi Görme	Var	9 (%6,0)	6 (%4,0)	15 (%10,1)	0,894
	Yok	78 (%52,3)	56 (%37,6)	134 (%89,9)	
Ek Hastalık	Var	19 (%12,8)	7 (%4,7)	26 (%17,4)	0,094
	Yok	68 (%45,6)	55 (%36,9)	123 (%82,6)	
Ek Jinekolojik Hastalık	Var	11 (%7,4)	4 (%2,7)	15 (%10,1)	0,216
	Yok	76 (%51,0)	58 (%38,9)	134 (%89,9)	
Son bir ayda Psikiyatrik İlaç kullanımı	Var	7 (%4,7)	2 (%1,3)	9 (%6,0)	0,223
	Yok	80 (%53,7)	60 (%40,3)	140 (%94,0)	
Psikiyatrik Hastalık	Var	4 (%2,6)	5 (%3,3)	9 (%6,0)	0,381
	Yok	83 (%55,7)	57 (%38,2)	140 (%93,9)	
	Yok	74 (%49,7)	52 (%34,9)	126 (%84,6)	

Tablo 36. Yaşam Tarzı ile Depresyon İlişkisi

Yaşam Tarzı		Depresyon			P
		Var	Yok	Toplam	
Tuz Kullanımı	Az	12 (%8,1)	15 (%3,4)	17 (%11,4)	0,230
	Orta	53 (%35,6)	34 (%22,8)	87 (%58,4)	
	Yüksek	22 (%14,8)	23 (%15,4)	45 (%30,2)	
Şeker Kullanımı	Az	9 (%6,0)	5 (%3,4)	14 (%9,4)	0,686
	Orta	43 (%28,9)	35 (%23,5)	78 (%52,3)	
	Yüksek	35 (%23,5)	22 (%14,8)	57 (%38,3)	
Kafein Kullanımı	Az	9 (%6,0)	3 (%2,0)	12 (%8,1)	0,284
	Orta	29 (%19,5)	27 (%18,1)	56 (%37,6)	
	Yüksek	49 (%32,9)	21 (%14,8)	81 (%54,4)	
Egzersiz Alışkanlığı	Az	46 (%30,9)	30 (%20,1)	76 (%51,0)	0,830
	Orta	23 (%15,4)	19 (%12,8)	42 (%28,2)	
	Yeterli	18 (%12,1)	13 (%8,7)	31 (%20,8)	
Sigara Kullanımı	Var	46 (%30,9)	29 (%19,5)	75 (%50,3)	0,463
	Yok	41 (%27,5)	33 (%22,1)	74 (%49,7)	
Alkol Kullanımı	Var	30 (%20,1)	15 (%10,1)	45 (%30,2)	0,178
	Yok	57 (%38,3)	47 (%31,5)	104 (%69,8)	

VII- TARTIŞMA

Dismenore üretken çağdaki kadınlarda oldukça sık görülen, bireylerin hayat kalitesini düşüren, işgücü kaybına neden olan ve sağlık sistemine yük olan önemli bir sağlık sorunudur. Fiziksel olduğu kadar psikiyatrik belirtilerin de görülüyor olması, net tanı kriterlerinin bulunmaması ve bulguların çok geniş varyasyonlara sebep olması hastalara yaklaşımı güçleştirmeye devam etmektedir.

Çalışmamıza katılan dismenore şikâyeti olan bireyler, Beck Depresyon Ölçeği ile depresyon açısından değerlendirildiğinde %65,5'i hafif, %26,4 kadarı orta derece, %8 kadarı şiddetli depresyonda bulundu. Çalışmaya katılan bireylerin %58,4'ünde depresyon saptandı. 2012 yılında Eskişehir'de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada dismenore şikayeti olan bireylerde Beck Depresyon Ölçeği ile yapılan değerlendirmede depresyon oranı %51.6 bulunmuştur.[18] Sonuçlar benzer olmakla birlikte üniversite öğrencilerinden oluşan çalışma grubunun yaş ortalaması daha düşük beklenmektedir. Bir kısmında depresyon henüz gelişmemiş olabilir.

Çalışmamızda dismenore yakınmaları arasında diyare şikâyeti eşlik etmediğini belirten bireylerde depresyon sıklığı diğerlerine göre anlamlı şekilde artmış bulundu. Dismenore üzerine bugüne kadar yapılan çalışmalarda böyle bir bulguya rastlanmamış olması nedeni ile bu bilgiyi destekleyebilmek için daha fazla çalışmada benzer sonuçlara ulaşma ihtiyacı mevcuttur.

Çalışmamızda dismenore şikâyeti olan ve ailesinde de benzer şikayetleri olan bireylerde depresyon sıklığının anlamlı derecede arttığı saptandı. Farramarzi ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ailede benzer şikayetleri olan bireylerde dismenore sıklığının artmış olduğu gösterilmiş ve yine dismenore şikayeti olan bireylerde depresyon sıklığının artmış olduğu görülmüştür.[19] Bu bağlamda benzer zorluklara karşı verilen öğrenilmiş tepkilerin aileden kalıtsal olarak geçen özellikler ile birlikte multifaktöryel bir etki gösterdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda dismenore şikâyeti olan bireyler arasında uyku bozukluğu bulunanların depresyon sıklığı uyku bozukluğu bulunmayanlara göre daha yüksek saptandı. Çin'de 1900 kadın üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada uyku bozuklukları ve dismenore arasında tam tersi negatif bir ilişki saptanmıştır.(0.001>p).[20] Bu durumun sebebi uyku

bozukluğunun depresyon ile ilişkili olması olabilir. Bizim çalışmamızın başlıca kısıtlılığı kontrol grubu olmayışıdır. Eğer çok merkezli bir çalışma yaparak kontrol grubu oluştursaydık benzer sonuçlara ulaşmamız mümkün olabilirdi.

Çalışmamızda dismenore yakınması olan bireyler arasında ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala'ya göre yüksek saptanan bireylerde depresyon sıklığının da artmış olduğu saptandı. Bu durum farklı merkezlerde yapılan benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında, ağrının şiddeti arttıkça depresyon sıklığının arttığı saptandı. Her ay tekrarlanan kronik semptomların bıkırtıcı etkisi nedeni ile depresyon gelişmesi sıklığının artışı açıklanabilir.

Çalışmamızda kafein kullanımı ile depresyon ilişkisi anlamlı saptanmamıştır. Fakat başka bir çalışmada kafein kullanımı ile dismenore arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.($p=0.045$) Bu da çalışmayı yaptığımız grubun tümü dismenore yakınması ile acil servise başvuran hastalardan oluştuğu için karşılaştırma yapmak zordur ve kontrol grubunun yokluğu araştırmamızı kısıtlamaktadır.

Bedensel yakınmalar ile depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendiren birçok çalışma mevcuttur. Biz bu çalışmamızda da Burcu Poyraz'ın çalışmasına benzer bir şekilde bedensel yakınmalardaki artışın depresyon ile ilişkili olduğunu gördük.[21] Çeşitli sebeplerle acil servise başvuran bu hastaların bir kısmının psikiyatrik değerlendirmeye ihtiyaç duyabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızın kısıtlılıkları

Çalışmamız Acil Servis ortamında kısa bir süre içinde kendi kendine anket doldurma şeklinde uygulanmıştır. Bu durum o sırada ağrı çeken bir kısım hastanın çalışmaya katılmak istememesine veya sorulara özen göstermeden seçenekleri doldurmasına neden olmuş olabilir. Depresyon tanısı koyabilmek için psikiyatrik görüşme yapılması daha uygun bir yöntem olabilirdi. Çalışmada kontrol grubu olmaması önemli bir kısıtlılıktır.

Gelecek çalışmalar için önerilerimiz:

Daha geniş hasta gruplarında kontrol grubu ile karşılaştırmalı bir çalışma yapsaydık daha doğru sonuçlara ulaşabilirdik. Bu çalışma, çok merkezli yapılsaydı ve daha geniş bir hasta

popölasyonu ierseydi, oldukça kapsamlı bir çalışma olmuş olurdu. Kendini değerlendirme şeklinde yapılan ölçekler ile depresyonun kesin tanısını koyamadığımız için, uygulama sonrası psikiyatri kliniğince bu hastalara kesin tanı konması ve takibe alınması daha doğru olurdu.



VIII- SONUC

Dismenore nedeni ile acil servise başvuran bireyler arasında, ailede benzer şikâyet öyküsü olan uyku bozukluğu tarifleyen ve ağrı şiddeti yüksek olan hastalarda depresyon oranını yüksek saptadık.



IX-KAYNAKLAR

- [1] N. Ozerdogan, D. Sayiner, U. Ayranci, A. Unsal, and S. Giray, "Prevalence and predictors of dysmenorrhea among students at a university in Turkey," *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 107, no. 1, pp. 39–43, 2009, doi: 10.1016/j.ijgo.2009.05.010.
- [2] M. Y. Dawood, "Dysmenorrhea," *Clin. Obstet. Gynecol.*, vol. 33, no. 1, pp. 168–178, 1990.
- [3] N. Sahin, B. Kasap, U. Kirli, N. Yeniceri, and Y. Topal, "Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea," *Reprod. Health*, vol. 15, no. 1, pp. 1–7, 2018, doi: 10.1186/s12978-018-0453-3.
- [4] A. Agarwal and A. Agarwal, "A study of dysmenorrhea during menstruation in adolescent girls," *Indian J. Community Med.*, vol. 35, no. 1, pp. 159–164, 2010, doi: 10.4103/0970-0218.62586.
- [5] E. Ferries-Rowe, E. Corey, and J. S. Archer, "Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy," *Obstet. Gynecol.*, vol. 136, no. 5, pp. 1047–1058, 2020, doi: 10.1097/AOG.0000000000004096.
- [6] M. Y. Dawood, "Primary Dysmenorrhea," *Obstet. Gynecol.*, vol. 108, no. 2, pp. 428–441, 2006.
- [7] O. Ylikorkala and M. Y. Dawood, "New concepts in dysmenorrhea," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 130, no. 7, pp. 833–847, 1978, doi: 10.1016/0002-9378(78)90019-4.
- [8] Pickles, "A Plain-Muscle Stimulant in the Menstruum," *Gr. Nat. Publ.*, vol. 180, no. 4596, pp. 756–757, 1957.
- [9] P. R. Koninckx, A. Ussia, L. Adamyan, J. Keckstein, and A. Wattiez, "Primary Dysmenorrhea," *J. Obstet. Gynaecol. Canada*, vol. 39, no. 7, pp. 578–579, 2017, doi: 10.1016/j.jogc.2017.03.093.
- [10] S. Iacovides, I. Avidon, and F. C. Baker, "What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review," *Hum. Reprod. Update*, vol. 21, no. 6, pp. 762–778, Nov. 2015, doi: 10.1093/humupd/dmv039.

- [11] Z. Hu, L. Tang, L. Chen, A. C. Kaminga, and H. Xu, "Prevalence and Risk Factors Associated with Primary Dysmenorrhea among Chinese Female University Students: A Cross-sectional Study," *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, vol. 33, no. 1, pp. 15–22, Feb. 2020, doi: 10.1016/j.jpog.2019.09.004.
- [12] D. J. Magid *et al.*, "Part 2: Evidence Evaluation and Guidelines Development: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care," *Circulation*, vol. 142, no. 16 2, pp. S358–S365, 2020, doi: 10.1161/CIR.0000000000000898.
- [13] S. Iacovides, I. Avidon, and F. C. Baker, "What we know about primary dysmenorrhea today: A critical review," *Hum. Reprod. Update*, vol. 21, no. 6, pp. 762–778, 2015, doi: 10.1093/humupd/dmv039.
- [14] C. Kuehner, "Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 108, no. 3, pp. 163–174, 2003, doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x.
- [15] R. C. Kessler and E. J. Bromet, "The epidemiology of depression across cultures," *Annu. Rev. Public Health*, vol. 34, pp. 119–138, 2013, doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
- [16] S. Kilinc and F. Torun, "Türkiye’de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri.pdf," *Dirim Tıp Gazetesi*, pp. 39–47, 2011.
- [17] F. Eti-Aslan, "Pain assessment methods," *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, vol. 6, no. 1, pp. 113–123, 2002, doi: 10.22233/9781910443231.9.
- [18] A. Unsal, M. Tozun, U. Ayranci, and O. Orsal, "Connection between dysmenorrhea and depression among a group of Turkish high school female students," *Pakistan J. Med. Sci.*, vol. 28, no. 3, pp. 424–427, 2012, doi: 10.12669/pjms.283.1992.
- [19] M. Faramarzi and H. Salmalian, "Association of psychologic and nonpsychologic factors with primary dysmenorrhea," *Iran. Red Crescent Med. J.*, vol. 16, no. 8, 2014, doi: 10.5812/ircmj.16307.
- [20] A. Özeren, D. Atila, and M. Helvacı, "Premenstrual syndrome and its relationship with depression by the health care employees," *Tepecik Eđit Hast Derg*, vol. 23, no. 1, pp.

25–33, 2013.

- [21] B. Poyraz, “Acil Servise Baş Ağrısı Yakınması ile Başvuran Hastalarda Depresyon Sıklığının ve Depresyon Öngörü Özelliklerinin Saptanması,” Dokuz Eylül Üniversitesi, 2018.



X. EK-1. VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU

VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU

Yaş: _____ Öğrenim Durumu: _____
Cinsiyet: _____ Meslek: _____
Boy: _____ Evli: ☐ Bekar ☐
Kilo: _____ Çocuk Sayısı: _____

Tüm soruları Cevaplandırmak Zorunda Değilsiniz!

1-Adet döneminde yaşadıklarınızı işaretleyiniz.

Kanın veya Kasık Ağrısı ☐ Sık İdrar Çıkma ☐
Bulantı ☐ Sinirlilik ☐
Baş Ağrısı ☐ Yorgunluk ☐
Eklem Ağrısı ☐ Meme Hassasiyeti ☐
İshal ☐

2-Adet sancınız kaç gün sürüyor?

2 günden az ☐ 3-4 gün ☐ 5gün ve daha fazla ☐

3-Acile bu sebeple hangi sıklıkla geliyorsunuz?

Yılda 3'ten az ☐ Yılda 4-8 kez ☐ Yılda 9 ve daha fazla ☐ Her adet döneminde ☐

4- Adet sancınız için ağrı kesici ihtiyacı duyuyor musunuz?

EVET ☐ HAYIR ☐

5-Şu anda depresyon tedavisi görüyor musunuz?

EVET ☐ HAYIR ☐

6-Ağrı kesicilerden fayda görüyor musunuz?

EVET ☐ HAYIR ☐

7-Ek bir hastalığınız var mı?

VAR ☐ YOK ☐

8-Ek bir jinekolojik hastalığınız var mıdır?

VAR ☐ YOK ☐ Varsa nedir.....

9- Ailenizde benzer şikayetleri olan var mı?(Anne, büyükanne, kızkardeş)

VAR ☐ YOK ☐

10-Adet görmeye kaç yaşında başladınız?

12 yaş ve öncesi ☐ 13-14 yaşında ☐ 15 yaş ve üstü ☐

11-Kaç günde bir adet görürsünüz?

21 gün ve daha az ☐ 22-34 gün arası ☐ 35 gün ve fazlası ☐

12-Adetiniz kaç gün sürer?

7 günden az ☐ 7 günden fazla ☐

13-Uyku Probleminiz var mı?

EVET ☐ HAYIR ☐

14-Son bir ayda psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı?

EVET ☐ HAYIR ☐

15-Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

EVET ☐ HAYIR ☐

16-Sigara kullanımınız?

EVET ☐ HAYIR ☐

17- Alkol tüketiminizi var mı?

VAR ☐ YOK ☐

18-Kafein tüketiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

AZ ☐ ORTA ☐ YÜKSEK ☐

19-Tuz tüketiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

AZ ☐ ORTA ☐ YÜKSEK ☐

20-Şeker tüketiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

AZ ☐ ORTA ☐ YÜKSEK ☐

21-Hangi sıklıkla egzersiz yaparsınız?

AZ ☐ ORTA ☐ YETERLİ ☐

22-Kaç gebelik geçirdiniz?

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ve daha fazla ☐

23-Korunma yöntemi olarak ne kullanırsınız?

Kondom ☐ Ria ☐ İlaç ☐ İğne ☐ Geleneksel ☐

XI. EK-2. VİZÜEL ANALOG SKALA

EK-2 Vizüel Analog Skala

☐ İsim-Soy isim :

☐ Yaş :

☐ Cinsiyet :

0. Saat



Şekil 1. VAS değerlendirme şablonu

1. Saat



Şekil 1. VAS değerlendirme şablonu

XIII. EK-3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan işaretlemeyi yapmanız gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanmıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyse kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsamım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyorum. | 13 (0) Her zamankinden farklı gördüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyse oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyorum ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek istedim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sınırlı değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sınırlı hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpını sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabilirceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyorum. |

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

XIII. EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK-4.BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Acil Servise Dismenore Şikayeti ile Başvuran Hastalarda Depresyon Görülme Sıklığı ve Depresyon Öngörü Faktörleri isimli araştırmanızda Dokuz Eylül Hastanesi Erişkin Acil Serviste hastalığınız nedeniyle siz ve sizin gibi dismenore şikâyeti ile başvuran hastalarda yapacağımız klinik değerlendirmenin yeni uygulamalar katıp katmayacağını araştırmaktır. Çalışma boyunca size normalde yapılanlar dışında ek bir test yapılmayacak, fazladan bir kan ya da örnek alınmayacaktır. Bu çalışmada sizden alınan bilgiler ve normal tedavi sürecinizde oraya çıkan sonuçlar kullanılarak kaydedilecektir. Bunun dışında ek bir girişim (kan alma gibi) ya da tetkik yapılmayacaktır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Size verilecek ilaç dozu, yapılacak girişimler, tedavi süresi bu araştırmadan etkilenmeyecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Çalışmada elde edilecek değerler bu çalışma dışında herhangi bir değerlendirme veya amaç için kullanılmayacaktır.

Açıklamayı Yapan Dr. Adı Soyadı:

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

İMZA

Tanıklık Edenin Adı ve Soyadı

İMZA

XIV. EK-5. ETİK KURUL ONAM FORMU

Güvenlik Nedeniyle bu kopyadan kaldırılmıştır.

