

ERGENLERDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU İLE RUH
SAĞLIĞI DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

GÜLGÜN UZUNOĞLU

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

ERGENLERDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU İLE RUH
SAĞLIĞI DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

GÜLGÜN UZUNOĞLU

Koç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İnsani Bilimler ve Edebiyat Fakültesi, 2015
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

İŞIK UNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ERGENLERDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU İLE RUH SAĞLIĞI
DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

GÜLGÜN UZUNOĞLU

ONAYLAYANLAR:

Yrd.Doç.Dr. Rukiye Hayran
(Tez Danışmanı)

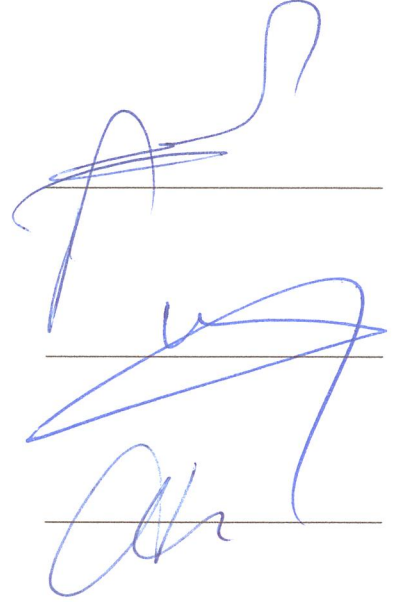
İşık Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Vicdan Yücel

İşık Üniversitesi

Prof.Dr. Oya Özkardeş

İstanbul Ticaret Üni.



ONAY TARİHİ: 05.06.2017

ERGENLERDE ADET ÖNCESİ GERGINLIK SENDROMU İLE RUH SAĞLIĞI DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

Özet

Amaç: Adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) kadınlarda zorluk yaşanan bir durumken, ergenlerde karşılaşıldığında, çocukluktan erişkinliğe geçişin getirmiş olduğu zorlukla birlikte baş etmesi daha güç bir hale gelebilmektedir. Literatür verileri incelendiğinde ise var olan çalışmalar ergenlerde adet öncesi gerginlik sendromunun varlığını sorgularken, bu durumun depresyon, yaşam kalitesi ve öfkeyle ilişkisini birlikte inceleyen sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın amacı, 15-18 yaş arası ergenlerde sıklıkla rastlanan ruh sağlığı problemlerinden olan depresyon, yaşam kalitesi ve öfke düzeyinin, adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkisini analiz etmektir.

Yöntem: 156 katılımcı ile yapılan araştırmada, Sosyodemografik Form, Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ergen Formu) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen veriler Pearson Korelasyon Analizi ve Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiz adımları ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcılardan elde edilen verilere göre, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça, depresyon ($p<.01$) ve öfke düzeyi ($p<.01$) anlamlı olarak artmakta ancak yaşam kalitesi düşmektedir ($p<.01$). Diğer yandan, bu çalışma geçmiş araştırmalarda sadece depresyon, öfke ve benzeri ruh sağlığı değişkenlerinin direkt PMS üzerindeki ilişkilerine odaklandıklarını göz önünde bulundurarak, ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini de incelemiş ve araştırma sürecinde medyatör (aracı) etki analizlerine de yer vermiştir. Araştırma bulgularına göre, yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkide, depresyonun ($p<.01$) ve öfkenin ($p<.01$) kısmi aracı etkisi ayrı ayrı değerlendirildiğinde anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, depresyon ile PMS bağıntısında, öfkenin aracı etkisine bakıldığında öfkenin bağıntı üzerinde anlamlı bir kısmi aracı etkisi olduğu görülmüştür ($p<.01$).

Sonuç: Araştırmanın bizlere en önemli katkısı, adet öncesi gerginlik sendromu olan bireylerin tedavisinde, öncelikle depresyon, öfke ve yaşam kalitesi boyutlarının kontrol edilmesi ve söz konusu değişkenler arası ilişkilerin de göz ardı edilmemesi gerektiği olacaktır.

Anahtar kelimeler: Adet öncesi gerginlik sendromu, depresyon, yaşam kalitesi, öfke, kız ergenler.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME AND MENTAL HEALTH VARIABLES IN ADOLESCENTS

Abstract

Objective: While premenstrual syndrome (PMS) is already a debilitating condition for women, its effects become even more pronounced in adolescents when it comes together with the difficulties faced during the transition period from childhood to adolescence. When the findings of the literature are explored, it is seen that the existence of premenstrual syndrome in adolescents is questioned and there are limited studies that examined its relationship with depression, quality of life and anger. Therefore, the aim of this study is to analyze the relationship of premenstrual syndrome with quality of life, level of anger and depression, which is a frequently encountered psychological disorder in adolescents between 15 and 18 years of age.

Methods: In current study, which was conducted with 156 participants, Sociodemographic Form, Premenstrual Syndrome Scale, Beck Depression Inventory, Quality of Life Scale for Children (Adolescent Form) and Trait Anger and Anger Expression Scales were used. The scales were assessed with Pearson Correlation Analysis and Linear Hierarchical Regression Analysis.

Results: Results indicated that, whilst the severity of premenstrual syndrome increases, depression ($p<.01$) and level of anger ($p<.01$) significantly increase, however, quality of life ($p<.01$) decreases. On the other hand, this study took the fact that previous studies focused only on the direct effect of mental health variables such as depression and anger on PMS into account and examined also the interrelationships among mental health variables and included mediator effect analyses in the research process. According to the findings of the study, the partial mediation effect of depression ($p<.01$) and anger ($p<.01$) on the relationship between quality of life and PMS were found to be significant when examined separately. Moreover, it was seen that anger has a significant partial mediation effect on the relationship between depression and PMS ($p<.01$).

Conclusion: In the light of all these data, the most important contribution of this study is its suggestion to control primarily depression, anger and quality of life in the treatment of patients with premenstrual syndrome and not to disregard the interrelationships among these variables.

Key words: premenstrual syndrome, depression, quality of life, anger, adolescent girls.

Teşekkür

Araştırma süresince ve her bir aşamasında desteği, ilgisi, anlayışı, bitmek tükenmek bilmeyen enerjisi ve motivasyonu ile bana desteğini esirgemeyen tez ve süpervizyon danışmanım Uzman Psikolog Z. Deniz Aktan'a sonsuz teşekkürler.

Araştırmanın sonunda kendisiyle tanışma fırsatını tezim aracılığıyla bulduğum ve şanslı olduğumu düşündüğüm Yar. Doç. Dr. Rukiye Hayran'a teşekkür ederim.

Araştırmamın katılımcısına erişimim için enerjisini ve olmayan zamanını tereddüt etmeden benimle paylaşan lise rehberlik öğretmenim Hasan Avcı'ya emekleri ve kısıtlı zamanlarımızdaki hoş sohbetleri için teşekkürü borç bilirim.

Katılımcıya erişim sürecinde ve uygulama aşamasında güler yüzlülüğüyle ve güzel enerjisiyle beni yalnız bırakmayan kardeşim İlayda Kaya'ya çok teşekkür ederim.

Hem eğitim sürecim boyunca hem de hayatımın her aşamasında bütün emeklerini ve umutlarını fazlasıyla bana veren, her kararında bana yol gösteren ve aynı zamanda bu kararlarıma yanlış da olsa saygı duyan annem Gülten Uzunoğlu ve babam Yakup Uzunoğlu'na kelimeler yetersiz kalarak çok teşekkür eder ve minnetlerimi iletirim.

Son olarak da, tezimi yazım aşamasında motivasyonumun düşmesine izin vermeyerek, kendisinde sınırlı olan gücü de bana vererek sorunlarımı yüklenen arkadaşım Serhat Doğan'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ.....	1
LİTERATÜR.....	3
1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Tanımı.....	3
1.1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Etiyolojisi	5
1.1.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Epidemiyolojisi.....	6
1.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Eşlik Eden Bedensel Problemler	9
1.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Eşlik Eden Davranışsal ve Psikolojik Problemler.....	10
1.3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı.....	12
1.3.1.1 Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	12
1.3.2. Depresyon Tanımı.....	16
1.3.2.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Depresyon İlişkisi	18
1.3.3. Öfke Tanımı.....	21
1.3.3.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Öfke İlişkisi.....	24
1.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu İçin Tedavi Yöntemleri.....	26
1.4.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Biyolojik Yaklaşımlı Tedavi Yöntemleri.....	27

1.4.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Psikolojik ve Davranışsal Yaklaşımli Tedavi Yöntemleri.....	28
1.5. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi.....	29
1.6. Ruh Sağlığı Değişkenleri ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi.....	32
BÖLÜM 2	37
AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	37
2.1. Araştırmanın Amacı.....	37
2.2. Hipotezler.....	38
BÖLÜM 3	41
GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Katılımcılar.....	41
3.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması.....	41
3.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	41
3.2. Veri Toplama Araçları.....	41
3.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu.....	44
3.2.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği.....	45
3.2.3. Beck Depresyon Envanteri.....	46
3.2.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ergen Formu).....	46
3.2.5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	47
3.3. İşlem.....	47
3.4. Veri Analizi.....	48
BÖLÜM 4	50
BULGULAR.....	50
4.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Depresyon, Öfke ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Analizi.....	50
4.1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu, Depresyon, Öfke ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi.....	50
4.1.2. Medyator Etki Analizi.....	51
4.1.2.1. Yaşam Kalitesi ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Depresyonun Aracı Etkisi.....	52
4.1.2.2. Yaşam Kalitesi ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Öfkenin Aracı Etkisi.....	52
4.1.2.3. Depresyon ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Öfkenin Aracı Etkisi.....	55

4.2. Sosyodemografik Değişkenler ile İlgili Betimsel Analizler.....	57
4.2.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular....	57
4.2.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	60
4.2.3. Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	63
4.2.4. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	67
BÖLÜM 5.....	70
TARTIŞMA.....	70
KAYNAKLAR	
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1- Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.1- Pearson Korelasyonuna göre Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Öfke Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi.....	51
Tablo 4.2- Doğrusal Hiyerarşik Medyator Analizine göre Depresyonun Yaşam Kalitesi ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi.....	54
Tablo 4.3- Doğrusal Hiyerarşik Medyator Analizine göre Öfkenin Yaşam Kalitesi ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi.....	55
Tablo 4.4- Doğrusal Hiyerarşik Medyator Analizine göre Öfkenin Depresyon ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi.....	57
Tablo 4.5- Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	58
Tablo 4.6- Tukey HSD ile Adet Görme Sürelerinin AÖGSÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.7- Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	61
Tablo 4.8- Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	63
Tablo 4.9- Tukey ile Sınıf Seviyesinin BDE Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.10- Games-Howell ile Baba Eğitim Düzeyinin BDE Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4.11- Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi.....	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1- Yaşam Kalitesi ve PMS Arasındaki İlişkide Depresyonun Medyatör Etkisi.....	53
Şekil 4.2- Yaşam Kalitesi ve PMS Arasındaki İlişkide Öfke Düzeyinin Medyatör Etkisi.....	54
Şekil 4.3- Depresyon ve PMS Arasındaki İlişkide Öfkenin Medyatör Etkisi.....	56

KISALTMALAR LİSTESİ

PMS: Adet Öncesi Gerginlik Sendromu (Premenstrual Syndrome)

PDD: Adet Öncesi Disforik Bozukluk (Premenstrual Dysphoric Disorder)

AÖGSÖ: Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği

ÇYKÖ: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

SÖÖİTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

NIHM: Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (National Institute of Mental Health)

DSM-5: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5)

APA: Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Geçmişten günümüze, kadınlar ile erkekler arasındaki farklar çeşitli yönlerden bilim dünyasına sıklıkla araştırma konusu edilmiştir (Arenliu ve ark., 2016; Ridgeway ve Smith-Lovin, 1999; Sloan, 2012; Tuğlu, 2013). Bir yandan, bu iki tür hem fizyolojik ve psikolojik yönden hem de davranışsal ve duygusal alanda farklılık gösterirken, en belirgin şekliyle kadınların doğurganlığa sahip olmaları yönüyle birbirinden ayrılmaktadır (West ve Zimmerman, 1987). Adet görme ile başlayan kadının doğurganlık dönemi, hamilelik ve sonrası dönemi takiben, menopoz ile tamamlanır ve bu gibi evreler arasındaki geçişler kadınların hem bedenlerinin hem de duygu durumlarının olumsuz etkilenmelerine sebep olup, duygusal anlamda iniş çıkışlar yaşayabilecekleri dönemlerdir (Kadın Sağlığı ve Dönemleri, 2012). Bunun dışında, büyümek ve kıllanmak anlamındaki Latince kökenli ve bireyin sosyal, biyolojik ve psikolojik birçok alanda hızlı değişimlere uğradığı bir yaşam aşaması (Hamburg ve Takanishi, 1989) olan ergenlikle ve ergenliğin getirdiği hızlı değişimlerle baş edilememesi halinde, genç kızların özellikle ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Hayatın ne getireceğini bilemeyen ve fiziksel ve duygusal değişimlere ayak uydurmaya çalışan ergenin, kimlik arayışında olması ile aradığı sorulara cevaplarını alamaması ve etrafı tarafından anlaşılabilmesi halinde işlevsiz bir öfke düzeyi ve depresif düşünceleri geliştirecek ve işlevsiz bir yaşam kalitesine sahip olacaklardır (Choate, 2014; Vitiello, 2006).

Diğer yandan, ergenlikle birlikte adet görmeye başlayan genç kızlar, adet dönemi ve öncesinde de bedensel veya duygusal zorluklar yaşayabilmektedir. Adet döneminde karşılaşılan güçlükler düzensiz ve sancılı adet görme gibi rahatsızlıklar ile gözlenirken, adet öncesi dönemde karşılaşılan fiziksel, davranışsal veya mental yaşanan güçlükler belirginleştiği ve süreklilik gösterdiği takdirde adet öncesi

gerginlik sendromu ile ortaya çıkmaktadır (Derman ve ark., 2004). Çeşitli belirtiler (duygusal, bedensel) ile her adet görme dönemi öncesinde olmak ve adet kanamasının başlamasını takip eden bir haftalık dönemde belirti göstermemek şartıyla ortaya çıkan adet öncesi gerginlik sendromu (PMS), ergenliğin bozuntuya uğrattığı ruh sağlığı değişkenleri ile bir araya geldiğinde, genç kızlar için baş etmesi güç hale gelebilmektedir (Choate, 2014). Bu sebeple, ileride önlenemez sorunlara yol açmaması ve genç kızların yetişkinliklerindeki ruh sağlıklarında ve bedenlerinde kalıcı izler bırakmaması için adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin ilişkisinin incelenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir. Tüm bunların ışığında, öncelikle adet öncesi gerginlik sendromu ve ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke kavramları açıklanacak ve ergenlerde ruh sağlığı değişkenlerinin, adet öncesi gerginlik sendromu ilişkisi ile nasıl şekillendiği üzerinde durulacaktır. Ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan etkileşimleri de ifade edildikten sonra, sosyodemografik özellikler tanımlanarak, ruh sağlığı değişkenleri üzerindeki etkilerinin literatür çalışmalarındaki izleri özetlenecektir. Hemen sonrasında ise araştırmanın yan amacı olarak adet öncesi gerginlik sendromu ve yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenlerinin sosyodemografik özelliklere göre değişimleri analiz edilecektir.

LİTERATÜR

1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Tanımı

Adet görme, ergenliğe geçiş ile birlikte, sağlıklı gelişim gösteren kadınların hayatında yerini almaya başlayan, menopoz dönemine kadar sürekliliği olan ve kadınlarda doğurganlığı sağlayan aşamalardan biridir. Normal bir adet dönemi döngüsü, her 28 günde bir tamamlanmakta ve ortalama 3 ile 7 gün süreklilik göstermektedir. Foliküler faz (1.ve 13. gün aralığı), ovülatuar faz (yumurtlama evresi-13. ve 16. gün aralığı) ve luteal faz (16. ve 28. gün aralığı) olmak üzere üç temel dönemden oluşmaktadır (Bayraktar, 1990). Her ay yenilenen ve kadınlarda psikolojik ve bedensel olarak değişim yaşanmasına neden olan ve üreme için gerekli olan adet dönemlerinde, sancılı adet görme, adet düzensizliği, kanama bozukluğu gibi rahatsızlıklar karşılaşılan rahatsızlıklardan bazılarıdır. Adet öncesi dönemde ise sıklıkla karşılaşılan problemlerin başında adet öncesi gerginlik sendromu gelmektedir (Evliyaoğlu ve ark., 2010).

Adet öncesi gerginlik sendromu (Premenstrual syndrome-PMS), adet kanamasından önceki 7-14 gün arasındaki dönemde, kişiden kişiye şiddeti ve belirtileri yönüyle farklılaşarak, fiziksel, davranışsal veya duygudurum değişimleri ile kendini gösteren ve adet kanamalarının başlaması ile etkinliğini yitiren psikonöroendokrin bozukluktur (Doğan ve ark., 2012; Logue ve Moos, 1986). İlk kez Frank tarafından “premenstrüel gerginlik” adıyla tanımlanmış ve adetten önceki 7 ile 10 gün arasındaki süreçte şiddetli gerginlik, kilo alımı, baş ağrısı ve ödem olması ile nitelendirilmiştir (Frank, 1931). Adet öncesi gerginlik sendromunun düzeyi ölçeklerle ve klinik incelemeler ile belirlenerek, adet öncesi gerginliğin seviyesinin belirlenmesi hedeflenir. Ancak, çoğu kadın PMS belirtileri gösterdiği halde, belirtileri izlenerek tanısı konulan kadın sayısı oldukça az olmaktadır. Kadınların yaklaşık %40’ı hafif ve orta düzeyde, %2-10 arasında PMS’i şiddetli düzeyde tecrübe ettiği görülmüştür (Logue ve Moos, 1986). Ülkemizde ise kadınlarda şiddetli PMS belirtilerine %6.1 olduğu saptanmıştır (Adıgüzel ve ark., 2007).

Diğer yandan, adet öncesi gerginlik sendromu, şiddetli belirti göstermesi ile sosyal alanda ve işlevsellikte bozulma göstermesi halinde adet öncesi disforik bozukluğu adını almaktadır. DSM-5 için adet öncesi disforik bozukluğuna sahip olan bireyler için beklenen tanı kriterleri şöyledir:

A. Adet döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, adet başlamasından önceki son hafta belirtilerden en az beş belirti bulunmalıdır. Belirtiler, adet başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden bir veya birden fazlası görülmelidir:

- 1- Duygulanımda belirgin değişkenlik (kendini aniden ağlamaklı hissetme gibi),
- 2- Belirgin sinirlilik, asabilik veya kişilerle ilişkide çatışmalarda artma,
- 3- Çökkünlük, umutsuzluk duyguları veya değersizlik düşüncelerine sahip olma,
- 4- Öznel olarak bunalma, gergin olma veya sinirli olma hali.

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle beraber, toplamda beş belirtinin olması ve aşağıdaki belirtilerden bir veya birden fazlası görülmelidir:

- 1- Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma,
- 2- Öznel olarak dikkati yoğunlaştırmakta güçlük,
- 3- Uyuşuk hal, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi,
- 4- İştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme isteği ve belli başlı gıdaları yeme isteği,
- 5- Aşırı uyuma ya da uykusuz kalma,
- 6- Kontrolünü kaybetme ya da bunalmışlık hali,
- 7- Memelerde gerginlik veya şişkinlik, kas-eklem ağrısı, şişkinlik duygusu, kilo alımı (2-3 kiloya kadar) gibi fiziksel belirtiler gösterme.

D. Karşılaşılan belirtiler olağan toplumsal etkinlikleri, okul veya iş ortamında güçlük yaşanmasını sağlar ve bu alanlarda işlevselliği engeller (Toplumsal etkinliklerden kaçınma, okul başarısında düşüş yaşanması gibi).

E. Yaşanılan belirtiler kişilik, depresif ya da panik bozukluklar gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesinden kaynaklı değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

G. Bu belirtiler, madde kullanımının veya herhangi bir sağlık probleminin etkilerine bağlanamaz.

Adet öncesi gerginlik sendromunu inceleyen bir diğer oluşum ise Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (National Institute of Mental Health- NIMH) tanı kriterleri değerlendirmesidir. NIMH'e göre, adet görmeye başlamadan önceki 5 gün içindeki belirtilerin şiddeti ile adet görmeyi takip eden 5 gün süresince olan belirtilerin şiddeti arasında %30 farkın olması, adet öncesi gerginlik sendromunun tanısı için tanınan koşuldur (NIMH, 1995).

Başka bir deyişle, adet öncesi gerginlik sendromunun (PMS), adet öncesi disforik bozukluktan (PDD) ayrıştığı nokta, PDD olması beklenen sosyal ya da rol işlevselliğinde bozulmanın aranması kriterinin olmaması ve adet öncesi belirtilerin minimum sayıda olmasının yeterli olmasıdır (Doğan ve ark., 2012; DSM 5).

1.1.1 Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Etiyolojisi

Adet öncesi gerginlik sendromunun kadınlarda oluşumunun neden kaynaklandığının incelendiği araştırmalarda, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik etkenlerin rol oynadığı bulunmuştur. İlk yapılan araştırmaların PMS etiolojisinin üzerine net cevaplarının olmaması ve bunun üzerine çok farklı görüşlerin belirtilmesinin nedeni, PMS'in çok sık rastlanılan bir rahatsızlık olmasının yanı sıra, raporlanan birçok belirtinin hastalığa eşlik etmesi, hastalık etiyojisinin anlamayı güçleştirmektedir. PMS'de fizyolojik ve biyolojik etkenlerin fazla olmasıyla birlikte psikososyal etkinin daha az olduğu düşünülmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Green ve Dalton'un 1953 yılında yürüttüğü ve adet öncesi gerginlik sendromunun görülmesinin neye bağlı olduğunu inceleyen ilk araştırmada, vücutta su tutulmasının adet öncesi gerginlik sendromuna neden olduğu bildirilmiştir. Fakat sonrasında yapılan araştırmalar ile bu görüş Dalton'un kendi tarafından da eleştirilmiş ve kabul görmemiştir (Green ve Dalton, 1953; Steiner ve Pearlstein, 2000).

PMS'in etiyojisi üzerine birçok farklı görüş olmasından kaynaklı kesin bir kanıya varılmamıştır. Ancak genelinde gerek hormonal bozuklukların (prolaktin ve renin-angiotensin-aldosteron dengesizliği, serotonerjik ve GABAerjik sistemdeki değişikliklerin ve artmış endorfin düzeyi gibi) ve genetik yatkınlıkların, gerekse psikolojik yönden etkileyen stresin varlığının ve sorunlu yaşam olaylarının, adet öncesi gerginlik sendromunu etkileyen başlıca faktörler olduğu düşünülmektedir (Halbreich, 2013; Doğan ve ark., 2012). Yaşam olaylarının PMS belirtileri üzerindeki etkisinin incelendiği araştırma bulguları göstermektedir ki; kadına yüklenen sosyal ve kültürel roller, adet görülme döneminde ve öncesinde etrafından kabul görüp görmüyor olması, yakınlarından destek görmesi, olumsuz duygularının PMS'den kaynaklı olduğuna dair görüş gibi birçok etmen PMS'in belirtileri ve düzeyi üzerinde etki sahibidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Kızılkaya, 1994; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Biyolojik-fizyolojik açıdan PMS nedenleri incelendiğinde, ilk olarak nörotransmitter ve seks steroidleri arasındaki ilişkinin değişkenliği, en çok kabul gören PMS nedenlerinden biridir (Dickerson ve ark., 2003; Kaur ve ark., 2004). İçinde GABA, endorfin ve seratonin bulunan nörotransmitterlerin adet döneminde değişim göstermesi ile PMS belirtilerinin duyarlı hale geldiği bulunmuştur (Braverman, 2007; Kaur ve ark., 2004; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Ek olarak, üzerinde en fazla odaklanılan nörotransmitter türü seratonin olmakla birlikte, adet öncesi dönemde azalma göstermesiyle seratonerjik mekanizmada bozulmaya neden olduğu ve bunun da PMS belirtilerini tetiklediği bildirilmiştir (Braverman, 2007; Kaur ve ark., 2004).

Diğer bir kanı olan vitaminlerin ve minerallerin yetersizliğinin, adet öncesi gerginlik sendromuna neden olup olmadığına odaklanıldığında ise birbiriyle tutarsız bulgular elde edilen çalışmalara rastlanmakta ve neden olup olmadığına dair kesin bir kanıya varılamamıştır (Braverman, 2007; Dadkhah ve ark., 2016). Vitaminlerin, PMS belirtilerinin şiddetini hafiflettiği bulgular bulunmakla birlikte Dadkhah ve arkadaşlarının (2016) araştırmasına göre anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. D ve E vitaminin özellikle depresyonla alakalı belirtiler üzerinde zayıflatıcı etkisi gözlenmiştir. Başka bir görüşte ise nörotransmitterler ile ilişkisi olduğu düşünülen seks steroidlerinin (hormonlar) seratonin düzeyinden etkilendiğinde de PMS belirtileri üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüştür (Breckwoldt ve Keck, 2002; Dickerson ve ark., 2003; Yücel ve ark., 2009).

Aynı zamanda, yaşam tercihleri (alkol tüketimi, tuz kullanımı, sigara kullanımı, yürüyüş), tüketilen gıdalar ve beslenme alışkanlıklarının da PMS belirtileri üzerinde belirleyici olduğu düşünülmüş ve PMS belirtileri üzerinde, beslenme tercihlerinin anlamlı bir etken olduğu bulunmuştur (Arıöz, 2009; Bryant ve ark., 2006; Trout ve ark., 2008). Ancak, Bryant ve arkadaşlarının 18 ile 47 yaşlar arasındaki kadınlarla yapılan araştırmasına göre, kafeinli, şekerli ve sütlü gıdalar ve alkol tüketmemeye özen gösteren kadınlarda, PMS belirtilerinin hafiflediği dikkat çekmektedir (2006).

1.1.2 Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Epidemiyolojisi

Kadınlarda adet öncesi gerginlik sendromunun görülme sıklığı PMS'i değerlendirme materyaline ve PMS düzeyine göre değişim göstermektedir. Kadınların yaşları ve bulunduğu konumlar da adet öncesi gerginlik sendromunun

düzenini ve belirtilerini belirleyen bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Doğan ve ark., 2012). Yaşla göre PMS belirtilerinin ve düzeninin değerlendirilmesi yapıldığında, araştırmalar farklı sonuçlar göstermekte ve bulgular üzerine kesin bir kanaat getirilememektedir. Aynı zamanda, adet öncesi gerginlik sendromunun varlığı ve ortaya çıkış şeklinin, kadınlarda içinde bulunulan yaş grubuna göre değişim gösterdiğinin düşünüldüğü çalışmalar da bulguları açısından birbirinden farklılık göstermektedir. Türkiye’de yapılan adet öncesi gerginliğin yaygınlığını inceleyen çalışmalar baz alındığında, 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda yaklaşık %5.9 ile %76 arasında adet öncesi gerginliğin olduğu, 16 ile 25 yaş arasındaki kadınlarla yapılan araştırmada ise PMS yaygınlığının %17.2 ile %67.2 arasında değişim gösterdiği bulunmuştur (İnce, 2001; Tortumluoğlu ve ark., 2007). Öte yandan, 13-18 yaşları arasındaki genç kızların katılım gösterdiği araştırmada, katılımcıların PMS düzeyleri orta, şiddetli ve aşırı olarak ve 13-15 ve 16-18 olmak üzere iki yaş grubuna ayrılarak incelenmiştir. 13-15 yaş grubu genç kızlar, 16-18 yaş grubundaki kızlardan daha az şiddetli PMS belirtisi göstermişlerdir. Ayrıca, PMS toplam puanları, 13-15 yaş grubunda, 16-18 yaş grubuna göre anlamlı bir şekilde daha az bulunmuştur (Cleckner-Smith ve ark., 1998). Ancak yaşın, PMS görülme durumu üzerinde belirleyici bir faktör olup olmadığının incelendiği bir çalışmada ise 15-49 yaşları arasındaki bayanlar için bulunulan yaşın PMS’in varlığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur (Erbil ve ark., 2010).

PMS’in belirtilerinin hangi yaşta ortaya çıktığı ve daha çok gözleendiğine dair yapılan araştırmalarda ise net bir görüşün olmamasıyla birlikte, belirtilerin 14 yaşta görülmesinin ergenlikle birlikte olası olduğu bulunmuştur (Mishell, 2005; Bakr ve Ez-Elarab, 2010). 15-26 yaş arasındaki 122 üniversite öğrencisi ile yapılan Taşçı’nın araştırmasında, adet öncesi gerginlik sendromu belirtilerinin en çok 19-22 yaş aralığında belirginleştiği görülmüştür (2006). Diğer yandan, Golub’un (1976) 30 ile 45 yaş aralığındaki kadınlar ile yürüttüğü araştırmasında ise adet öncesi gerginlik sendromunun otuzlu yaşlarda meydana geldiği görüşü savunulmuştur.

Adet öncesi gerginlik sendromunun düzeylerine göre PMS prevalansı üzerinde durulduğunda ise adet öncesi gerginlik sendromu yaygınlığının, adet öncesi gerginlik sendromunun şiddetli düzeyi görülen adet öncesi disforik bozukluğuna göre daha fazla oranda olduğu dikkat çekmektedir. Müderrisoğlu’nın 230 kız öğrenci ile ülkemizde 1999 yılında yürüttüğü araştırmada ise 18 ile 25 yaşları arasındaki kızlarda adet öncesi gerginlik sendromu oranı %36, adet öncesi gerginlik disforik

bozukluğu oranı ise %8 olarak bulunmuştur. Hamaideh ve arkadaşlarının, Ürdün'de 254 kadınla yürüttüğü çalışmada, PMS düzeyinin %80.2 iken PDD'nin sadece %10.2 oranında görüldüğü bildirilmiştir (2013). Derman ve arkadaşlarının (2004) 171 ergenle yapılan araştırma bulgularına göre genç kızların %49.5'i az seviyede, %37.1'i orta seviyede ve PDD düzeyi olan %13.4'ünün de şiddetli seviyede PMS yaşadığı bulunmuştur.

Adet öncesi gerginlik sendromu diğer ülkelerin literatüründe de oldukça odaklanılan bir konu olmuş olmasına rağmen PMS'e ait bulgular değerlendirildiğinde, ülkeler arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Rizk ve arkadaşlarının Arabistan'da yapmış olduğu çalışmada, Arap genç kızlarındaki PMS yaygınlığı %16.4 oranında görülmüştür (2006). Malezya'da 2411 ortaokul öğrencisi ile yapılan bir çalışmada ise genç kızlarda %74.6'sında PMS belirtilerinin görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca, Etiyopya'da 17 ile 38 yaş aralığındaki üniversite öğrencileri ile yürütülen bir çalışmaya göre ise katılımcıların %99.6'sında en az bir adet öncesi gerginlik belirtisi bulunmuş ve %27'sinin DSM-4'e göre adet öncesi gerginlik sendromu tanısı konmuştur (Tenkir ve ark., 2003). Diğer yandan, Antai ve arkadaşlarının 16 ile 31 yaşlarındaki 200 lisans öğrencisi ile Nijerya'daki çalışmada, %85.5'inin adet öncesi gerginlik sendromu belirtileri gösterdiği görülmüştür (2004).

Ülkemizde yapılan araştırmaların PMS belirtileri ve yaygınlığı açısından çeşitlilik göstermesinden yola çıkarak, bulunulan yaşın yanı sıra yaşanan bölgenin de adet öncesi gerginlik sendromu için bir belirleyici olabileceği düşünülmüştür. Adıgüzel ve arkadaşlarının (2007) Manisa ilinde 15-49 yaş arasındaki 541 kadınla yaptığı çalışmada, %72 oranında adet öncesi disforik bozukluk tanısının karşılandığını ve %6.1'sinin şiddetli PMS belirtileri göstererek sağlıkları açısından risk oluşturduğu bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşları tarafından, Erzurum ilinde yürütülen bir diğer PMS düzeyi ve belirtilerinin ölçümlendiği çalışmada ise 379 kadının %79'unda orta ve şiddetli düzeyde PMS belirtilerine rastlanmıştır (2011). Diğer yandan, İzmir'de 331 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, %62.5 oranında adet öncesi gerginlik sendromu yaygınlığı bildirilmiştir (Yücel ve ark., 2009).

1.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Eşlik Eden Bedensel Problemler

Adet görmenin başlamasını takiben, kadın bedeni doğurganlığı düzenlemek adına değişime girmekte ve bedenin duyarlılığına göre yaşanan değişimi deneyimlemektedir. Tüm bunlarla beraber, adet öncesinde ve süresince bazı fiziksel zorlukla karşılaşp problem yaşayabilmektedir. Dünya genelinde yapılan araştırmalara göre, adet öncesi gerginlik yaşayan bayanlarda, yaşanan bedensel problemler ile baş ağrısı, meme duyarlılığı, akne ve ödem oluşumu, kol ve bacaklarda şişlik, kas ve eklem ağrıları, mide bulantısı, karın ağrısı ve şişkinliği, baş dönmesi, kilo alma ve sırt ağrısı yaşandığı bulunmuştur (Bosarge, 2003; Franckiewicz ve ark., 2001; Kısa ve ark., 2012; İsmail, 2005; Ugarrizza ve ark., 1998). Adet öncesi gerginlik yaşayan kadınlarda, karşılaşılan fiziksel belirtiler birçok araştırmaya, farklı ülkelerdeki örneklemeler ile de konu edilmiştir. Adet öncesi gerginlik sendromu ile resmedilen fiziksel belirtiler, Nijerya'daki bayanlarda sırasıyla kasıklarda ağrı(%86), sivilce oluşumu (%66.5) ve memelerde ağrı (%63) olarak bilinirken (Antai ve ark., 2004), Tayland'daki bir araştırmada, PMS'in fiziksel semptomları öncelikle meme ağrısı (%60) olarak karşımıza çıkmaktadır (Thu ve ark., 2006).

Aynı zamanda, ülkemizde yapılan araştırmalar ile adet öncesi gerginlik sendromu yaşayanlarda ortaya çıkan bedensel problemlere bakıldığında, başlıca fiziksel şikayetlerin genel fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra bunaltı ve yorgunluk hissi olduğu görülmektedir (Dereboy ve ark., 1994). İnce'nin (2001) 357 lise öğrencisi ile yapılan araştırmada ise karında ve kasıklarda şiddetli kramp ve ağrı yaşama (%45.9) ve karında şişme/gerginlik (%45.6) genç kızlarda en sık rastlanılan bedensel belirtiler olduğu saptanmıştır. Diğer bir araştırmada ise 15-49 yaş arasındaki bayanlarda karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66.6), enerji azlığı veya çabuk yorulma (%66.6) ve bacaklarda yorgunluk hissi (%65.5) gibi bedensel problemler raporlanmıştır (Adıgüzel, 2007). Erbil ve arkadaşlarının (2010) 310 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü araştırmada ise en sık rastlanan fiziksel PMS semptomlarının %65.3 ile şişkinlik, %61.7 ile ağrı ve %47.7 ile yorgunluk olduğu bulunmuştur. Eğicioğlu'nun 2008 yılında, yaşları 15 ile 49 arasında değişen 240 kadınla yapmış olduğu araştırmada, en çok rastlanılan PMS belirtileri incelenmiş ve fiziksel boyutlarda karında şişkinlik (%57.9), yorgunluk (%51.7), memelerde gerginlik (%49.2) ve baş ağrısı (%40) olduğu görülmüştür. Tanrıverdi ve arkadaşlarının 345 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise %82'sinin iştah değişimi, %78'inin

sinirlilik, %72.8'nin ağrı, %69'unun şişkinlik ve %66'sının da yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (2010).

1.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Eşlik Eden Davranışsal ve Psikolojik Problemler

Adet öncesi gerginlik sendromu ile seyreden ve değişik boyutlarda kendini gösteren birçok davranışsal ve psikolojik değişimler tanımlanmaktadır ve bu değişimler, düzeylerine ve bireyin toleransına göre insanın mental sağlığı üzerinde problem oluşturabilmektedir. Tanımlanan bazı davranışsal ve psikolojik problemler şunlardır; yalnızlık hissi, unutkanlık, konsantrasyonda azalma, kafa karışıklığı, huzursuzluk ve endişe hali, beklenmeyen ağlamalar, özellikle belirli yiyeceklere karşı aşırı yeme isteği ve iştahın artması, cinsel istekte değişim, öz saygının azalması ve değersizlik hissinin takip etmesi, yorgunluk hali ve aşırı uyuma isteği ya da uykusuzluktur. En önemli ve sıklıkla raporlanan problemlerin başında ise depresif düşünceler ve ruh hali sergileme, kızgınlık/öfke halinde olma ve asabılık olduğu görülmektedir (APA, 2013; Bosarge, 2003; Franckiewicz ve ark., 2001; Kırcan ve ark., 2012; Öncel ve Pınar, 2006; Schmelzer ve ark., 2015; Tanrıverdi ve ark., 2010; Ugarrizza ve ark., 1998).

Adet öncesi gerginlik sendromunun davranışsal ve mental belirtileri çok farklı şekilde ortaya çıkmakla birlikte, yurtdışında yapılan çalışmalar baz alındığında PMS belirtilerinin örnekleme göre farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışma bulgularına göre, sıklıkla karşılaşılan duygudurum problemleri sinirlilik, kararsızlık, uyku düzeninin bozulması, dikkatte azalma, alınganlık, çökkünlük ve gerginlik olarak bildirilmiştir (Kessel ve Coppen, 1963; Sutherland ve Steward, 1965; Vichnin, 2006) Vichnin ve arkadaşlarının 13-18 yaş gençleriyle yaptığı çalışma bulguları göstermektedir ki; sırasıyla ruh halinin inişli çıkışlı olması, sinirlilik ve anksiyete, artan iştah ve gerginlik en şiddetli deneyimlenen duygusal türde PMS belirtileridir (2006). Diğer bir çalışmada, psikolojik belirtiler açısından irdelendiğinde, orta düzeyde PMS yaşayanların %20.9, şiddetli düzeyde PMS yaşayanların ise %11.4 oranında en çok depresyon ve benzeri PMS belirtileri gösterdiği bildirilmiştir (Kessel ve Coppen, 1963).

Semptomlar çalışmanın yapıldığı yaş grubuna göre çeşitlilik göstermektedir fakat aynı yaş sınıflarında farklı belirtilerin de gözlemlendiği ve yaşa özgü spesifik bir belirti grubu olmadığı dikkat çekmektedir (Adıgüzel, 2007; Dereboy ve ark., 1994;

İnce, 2001; Kırca ve ark., 2012). Genç kızlarla Türkiye’de yapılan bir çalışmada, tipik olmayan depresif davranışlar göstermenin ve sosyal geri çekilmenin en sık rastlanılan ruhsal belirtiler olduğu bulunmuştur (Dereboy ve ark., 1994). Kırca ve arkadaşlarının 2012 yılındaki araştırmasında ise adet öncesinde yaşanan problemler incelendiğinde, sinirlilik (%63.7), hassaslaşma (%57.7) ve huysuzluk halinin (%43.5) yaşanan ruhsal problemler olduğu görülmektedir. Ayrıca, Yücel ve arkadaşlarının araştırmasında (2009) yaş gruplarına göre kadınların hangi adet öncesi gerginlik belirtilerini gösterdiği incelenmiş ve 18-25 yaş grubunda içe kapanma psikolojik belirti olarak öne çıkarken, 28-43 yaş grubunda çoğunlukta konsantrasyonda azalma yaşandığı bildirilmiştir.

Adıgüzel ve arkadaşlarının çalışma bulgularına göre, 15 ile 49 yaşındaki bayanların psikolojik boyutlu PMS belirtileri değerlendirildiğinde, sinirli veya huzursuz hissetme (%72) ve sıkıntılı hissetme (%67.3) belirtileri ile PMS’i deneyimledikleri bulunmuştur (2007). Ek olarak, 300 üniversite öğrencisinin katılım gösterdiği ve PMS’in görülme durumu ve belirtilerinin derlendiği araştırma sonuçlarında ise mental alanda en çok iştahta değişiklik (%68.3), sinirlilik (%65.7) ve depresif duygulanım (%51.3) belirtilerinin olduğu görülmektedir (Erbil ve ark. 2010). Uran ve arkadaşlarının çalışmasında ise PMS’e eşlik eden belirtilerden öfke-sinirlilik düzeyi, ortalama yaşları 15 olan 55 kız ile yapılan bu çalışmada en yaygın psikolojik belirti olarak raporlanmıştır (2017). Uran ve arkadaşlarının çalışmasına paralel olarak, 15-49 yaş arasındaki 240 kadınla yürütülen Eğicioğlu’nun araştırmasında da öfke en çok raporlanan psikolojik PMS belirtisi olarak bulunmuştur (2008). Ek olarak, 357 lise öğrencisi ile yapılan çalışmada ise kendini yorgun hissetme ve kolay yorulma (%43.9) genç kızlarda en sık rastlanılan davranışsal/psikolojik belirtiler olduğu saptanmıştır (İnce, 2001). Ayrıca, Derman ve arkadaşlarının 171 genç kızla tamamlanmış olduğu ve PMS belirtilerinin değerlendirildiği araştırmasında en çok karşılaşılan PMS belirtisinin %87.6 oranıyla stres yaşama ve gerginlik olduğu görülmektedir (2004).

Adet öncesi gerginlik sendromunun varlığı ile karşılaşılan tüm bu fiziksel, davranışsal ve psikolojik problemler, kişinin işlevselliğini bozarak yaşam döngüsüne müdahale ettiği takdirde, yaşam kalitesinin bozulması ve önlem alınmadığı takdirde ileride daha büyük sorunlara neden olması muhtemeldir. Ayrıca, bayanlar için güç olan bu durum, ergenler için baş etmesi daha güç bir problem olabilmektedir. Ergenlik fiziksel alanda bile başlı başına zor bir dönemken, farklı alanlarda yaşanan

değişikliklerle birlikte, ergenin ruhsal dengesi değişime uğrayabilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Koyun ve ark., 2011; Uran ve ark., 2017).

1.3.1 Yaşam Kalitesi Tanımı

İlk kez Long tarafından, 1960 yılında “On the Quantity and Quality of Life” makalesinde dile getirilen yaşam kalitesi, birçok hayat ile alakalı konsepti kapsamakta ve bundan ötürü tek bir tanımının yapılması güç olabilmektedir. Lakin, en geniş anlamıyla ifade edilmesi gerekirse yaşam kalitesi, bireyin yaşamındaki oluşumları, kültür, sağlık, imkanlar ve değerler sistemi dahilinde ve amaçlar, sosyal ilişkiler, arzular ve ilgi alanları ile de bağlantılı olarak anlamlandırma ve yönetme biçimidir (Müezzinoğlu, 2005; Taşkapılıoğlu ve Karlı, 2013). Günlük hayat, sevilme, sağlık, sosyal ihtiyaçlar, saygınlık ve ifade özgürlüğü gibi birçok yaşam ihtiyacı ve durum, öznel bakış açısıyla yaşam kalitesinin konusunu oluşturmakta ve bu gibi durumlar karşılanmadığı takdirde yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Müezzinoğlu, 2005). Aslında, birçok alanda hayatımızda yer alan yaşam kalitesi kavramı, Maslow’un 1970 yılında açıkladığı ihtiyaçlar hiyerarşisi modelinin ışığında da incelenebilmektedir. Çünkü Maslow’a göre, sırasıyla fiziksel gereksinimler, güvenlik gereksinimi, sosyal gereksinimler, saygı görme gereksinimi ve kişisel gereksinimler karşılandığı takdirde, bir bireyin öznel istekleri doyurulmuş olacak ve kişinin hoşnutluğunu sağlayacak düzeyde yaşam kalitesine sahip olunacaktır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Maslow, 1970). Diğer yandan, genç bir yetişkin olma yolunda, bir geçiş evresi olan ergenlikte gençler, kendi varlıklarını anlamlandırma çabasında iken, yaşam kalitesinin bir düzeyi olan sosyal ilişkiler bozulabilmekte, ihtiyaçlar kaliteli bir şekilde karşılanamamakta ve hayat şartlarına uyum zorluğu yaşayabilmektedir. Dolayısıyla, ihtiyaçları karşılanırsa dahi öznel doyumunu tatmin olmamış gençlerin yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir (Freeman ve ark., 1996; Muñoz-Reyes ve ark., 2016; Şahin ve ark., 2014; Uran ve ark., 2017).

1.3.1.1 Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Bir genç kızın yaşam kalitesi, PMS’in varlığı ile olumsuz bir şekilde etkilenen diğer bir ruh sağlığı değişkenidir. Önceden de bahsedildiği gibi, kadının yaşantısındaki işlevselliğinin, bir hastalığa bağlı olmadan yalnızca PMS’in

varlığından ötürü sekteye uğraması adet öncesi gerginlik sendromunun tanı kriterlerinden biridir (APA, 2013). Dolayısıyla, her yıl ortalama 12 kez adet gören bir kişinin, yaklaşık yılda 3 aylık bir süreyi kapsayan adet öncesi 7-10 günlük sürede olumsuz ruhsal ve fiziksel belirtiler yaşaması, uzun bir süreçte görülmesi ve belirtilerin süreklilik göstermesi nedeniyle kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek hale gelebilmektedir (Oskay ve ark., 2008; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

Geçmiş çalışmalar incelendiğinde, yaşam kalitesi düzeyi düşüşe geçtikçe, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyinin artış gösterdiği bildirilmiştir (Delara ve ark., 2012; Kırcan ve ark., 2012; Uran ve ark., 2017). Delara ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada (2012), adet öncesi gerginlik sendromu düzeyinin, sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. 14-19 yaşlarındaki adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi DSM'e göre olan ergenler araştırmaya dahil edilmiş ve 602 kişi ile araştırma tamamlanmıştır. Sağlıkla alakalı yaşam kalitesi, Sağlık Anketi Kısa Form (SF-36) ile, PMS düzeyi ve belirtileri ise DSM-4 ve Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10) kullanılarak ölçülmüştür. PMS olan ve olmayan genç kızların yaş ile yaşam kalitesinin analizleri tek yönlü varyans analizi kullanılarak test edilmiştir. Araştırma bulguları göstermektedir ki; adet öncesi disforik bozukluğuna sahip ergenlerin sağlıkla ilgili olan yaşam kalitesi düzeyleri (fiziksel işlevsellik alt boyutu hariç), adet öncesi disforik bozukluğuna sahip olmayan ergenlerinkine göre anlamlı olarak yüksektir ($p<.01$). Dolayısıyla, denebilir ki; PMS'in düzeyi ne kadar yüksekse, kişinin yaşam kalitesi de bununla beraber düşüş gösterecektir.

Diğer bir araştırmada, adet öncesi gerginlik yaşamlarının kız öğrencilerin yaşamlarındaki olumsuz etkilerine baktığımızda, ruhsal sağlıklarının (%73.2), sonrasında fiziksel sağlıklarının (%66.7) ve sosyal yaşamlarının (%56.5) olumsuz etkilendiğini düşündüğü görülmektedir (Kırcan ve ark., 2012). Yine aynı araştırmada, Kırcan ve arkadaşları (2012), 168 üniversite öğrencisi ile PMS'in görülme sıklığını, PMS ile baş etme yöntemlerini ve PMS'in yaşam kalitesi ile olası ilişkisini değerlendirmiştir. PMS'i belirlerken Premenstruel Sendrom Ölçeği, yaşam kalitesi incelemesi içinse SF-36 kısa formu kullanılmıştır. PMS'i olan ve olmayan kişiler arasındaki farkı analiz etmek için Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre SF-36 formundaki tüm yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. PMS'i olan öğrenciler fiziksel rol kısıtlılık, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılık, vitalite (yaşam gücü) ve sağlığın genel algılaması yaşam kalitesi boyutlarında, PMS'i olmayan öğrencilere göre anlamlı bir fark

göstermiştir ($p<.01$). Yani, bu yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı olarak PMS'i olan öğrencilerde olmayanlara göre fazla bulunmuştur.

Arıöz ve Ege'nin 2013 yılındaki araştırmasında 100 üniversite öğrencisinin PMS belirtileri ve PMS'in yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilmiş, sonrasında ise PMS belirtilerini düzenlemek adına eğitim verildiğinde PMS belirtileri ve PMS'in yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin değişimi incelenmiştir. Adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ve belirtilerini ölçmek için Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile yaşam kalitesinin düzeyi ve belirtileri için de WHOQOL-BRIEF (Kısa Form) kullanılmıştır. Değişkenlerin ilişkilerini ve düzeylerini incelemek için Student t testi, Ki kare testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. PMS'i olan ve olmayanlar olmak üzere katılımcılardan deney ve kontrol grubu oluşturulmuş ve bu gruplara eğitim verildikten sonraki PMS düzeylerinin farklılık gösterip göstermeyeceği incelenmiştir. Bulgulara göre, deney grubunun PMS düzeylerinin eğitimden sonra anlamlı bir düşüş yaşadığı bulunmuştur. Ayrıca, eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi boyutları değerlendirildiğinde ise psikolojik sağlık yaşam kalitesi boyutu her iki grup içinde anlamlı bir şekilde artış gösterirken ($p<.01$), sosyal ilişkiler yaşam kalitesi boyutu PMS'i olan deney grubu için anlamlı bir yükseliş göstermiştir ($p<.01$).

Şahin ve arkadaşlarının (2014) 17-25 yaşlarındaki 1008 üniversite öğrencisi ile yaptığı ve PMS'in yaygınlığı, PMS ile bağlantılı olan faktörler ve yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin değerlendirildiği araştırma Sakarya ilinde tamamlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler PMS düzeyini ve belirtileri için Premenstrüel Sendrom Ölçeği iken, yaşam kalitesi düzeyi ve boyutları için Sağlık Anketi Kısa Formu'dur (SF-36). Elde edilen veriler, Ki Kare Testi, Mann Whitney U Testi ve lojistik regresyon testi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde, sosyodemografik bazı özelliklere göre PMS'in olup olup olmasının anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. En önemlisi ise yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında ve toplam düzeyi ile PMS'in varlığı arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. PMS'i olan kadınların tüm yaşam kalitesi boyutları, PMS'i olmayan kadınların tüm yaşam kalitesi boyutlarından anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<.01$).

Diğer bir çalışmada ise 18 ile 33 yaşlarındaki kadınlarla, PMS düzeyleri ve belirtileri ile stres ve yaşam kalitesinin ilişkisi araştırılmıştır. PMS düzeyleri ve belirtileri Kısaltılmış Premenstrüel Değerlendirilme Formu ile, stres düzeyleri Öğrenci Stres Anketi ile, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ise Yaşam Kalitesi Envanteri ile yapılmıştır. Analizler ise PMS ölçeği değerlendirildikten sonra

katılımcıları PMS'i düşük ve PMS'i yüksek olarak gruplandırıp, Student t test ile yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, PMS'i düşük olan kişinin yaşam kalitesi genel düzeyi, PMS'i yüksek olan kişilerin yaşam kalitesi genel düzeylerine kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Ayrıca, PMS'i yüksek olanların PMS'i düşük olanlara göre kendine güven ($p<.05$) yaşam kalitesi alt alanında anlamlı ve yüksek bir farklılaşma göstermiştir (Lutsky ve ark., 2004).

Uran ve arkadaşlarının (2016) 13-18 yaşlarındaki Ankara ilindeki genç kızlarla yapılan araştırmasında, PMS belirtilerinin düzeyleri ile eşlik eden psikiyatrik sorunların ve sağlıkla alakalı yaşam kalitesinin olası bağlantısı değerlendirilmiştir. PMS düzeyi ve belirtileri için Premenstrüel Değerlendirme Formu, eşlik eden psikiyatrik sorunlar için The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version'ı ve yaşam kalitesi belirtileri ve düzeyi içinse Pedyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi aşamasında Ki Kare Testi, bağımsız örneklemeler için ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlara göre, en sık raporlanan PMS belirtisi öfke ve sinirliliktir. Katılımcıların PMS düzeylerine bakıldığında, genç kızlar %46.5'i hafif, %34.8'i orta, %18.6'sı şiddetli ve %0.01'i hiç olmayan PMS düzeylerine sahiptir. PMS düzeylerine göre yaşam kalitesi düzeylerinin incelendiği bulgularda ise PMS'i olmayan ($p<.05$) ve PMS düzeyi hafif olan ($p<.05$) genç kızların genel yaşam kalitesi düzeyleri, PMS'i şiddetli olan genç kızların yaşam kalitesi düzeylerinden anlamlı olarak yüksektir. Diğer yandan, genç kızların PMS toplam düzeyleri artış gösterdikçe yaşam kalitesi toplam düzeyleri anlamlı olarak düşüş göstermektedir ($r=-.395, p<.01$).

PMS'in düzeyinin ve belirtilerinin yaşam kalitesi ile olan ilişkisinin incelendiği Göker ve arkadaşlarının Manisa ilindeki araştırması (2015), yaşları 18 ile 27 arasında değişen 172 tıp öğrencisi ile tamamlanmıştır. Yaşam kalitesi boyutları ve düzeyleri SF-36 ile, PMS belirtileri ve düzeyi ise ACOG PMS'in belirtileri ve hafif, orta ve şiddetli PMS düzeyi ayırımına göre değerlendirilerek belirlenmiştir. Analizler ise Ki kare testi ve Student t test kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından genel sağlık ($p<.01$), fiziksel ($p<.01$), duygusal ($p<.05$) ve sosyal ($p<.01$) işlevsellik açısından hafif, orta ve şiddetli PMS düzeyleri anlamlı bir farklılaşma göstermiştir. Başka bir deyişle, PMS düzeyi hafif olanların bahsedilen yaşam kalitesi alt boyut düzeyleri, PMS düzeyi orta ve şiddetli olan öğrencilerden fazladır. Göker ve arkadaşlarının araştırmasıyla konu, katılımcı,

kullanılan formlar ve analizler yönüyle benzerlik gösteren diğer bir çalışmada ise 17 ile 36 yaşları arasında değişen, sağlıkla alakalı bölümlerde okuyan 608 üniversite öğrencisi kullanılmıştır. Zonguldak ilinde yapılan araştırma bulguları göstermektedir ki; PMS düzeyleri PMS'i olmayan, hafif, orta ve şiddetli olarak gruplanan öğrencilerin, SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarının düzeyleri (duygusal işlevsellik hariç, $p>.05$) anlamlı olarak gruplar arasında farklılaşmaktadır ($p<.01$). Yani, PMS düzeyleri arttıkça, duygusal işlevsellik dışındaki yaşam kalitesi alt boyutlarının düzeyleri anlamlı bir şekilde düşüş göstermektedir (Işık ve ark., 2016).

Son olarak, 316 üniversite öğrencisi ile adet öncesi gerginlik sendromu düzeyinin, PMS'i etkileyen faktörlerin ve PMS'in yaşam kalitesi üzerindeki olası etkisinin incelendiği çalışmada, etkileyen faktörler sosyodemografik form ile, PMS belirtileri ve düzeyi Premenstruel Sendrom Ölçeği ile, yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam düzeyi ise Dünya Sağlık Örgütü'nün oluşturduğu WHOQOL-BRIEF kısa formu ile ölçülmüştür. Verilerin analizleri Student t test, Ki kare testi, tek yönlü varyans analizi ve risk faktörleri içinde lojistik regresyon analizi kullanılarak tamamlanmıştır. Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, sırt ağrısı, stres yaşama, gerginlik-öfke, şişkinlik ve göğüste hassaslığın en sık rastlanılan PMS belirtileri olduğu görülmüştür. Adet düzensizliği olan, ağrılı adet gören, 2 veya daha fazla bardak kahve içen, sigara ve alkol kullanan kişilerde PMS düzeyi anlamlı olarak daha yüksek olarak farklılaşmıştır. Yaşam kalitesinin genel düzeyi ve alt boyutlarının PMS'in olup olmasına göre fark gösterip göstermediğinin incelendiği araştırma bulgularına göre ise genel yaşam kalitesi düzeyi ($p<.01$), fiziksel sağlık ($p<.01$) ve çevre yaşam kalitesi alt boyutu düzeyleri ($p<.01$) PMS'i olan öğrencilerde, PMS'i olmayan öğrencilere göre anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (Pınar ve ark., 2011).

1.3.2. Depresyon Tanımı

Genel anlamıyla depresyon, fizyolojik işlevlerde bozulmaya eşlik eden çökkün ve karamsar bir ruh hali ile düşünme ve davranışlarda yavaşlamanın görülmesi ile kişinin kendini değersiz hissedip, yaşam kalitesinin düşüş göstermesiyle beliren duygudurum bozukluğudur (Çam ve ark., 2004). Depresyon kelimesi sadece tek bir rahatsızlığı değil, çok boyutlu psikolojik rahatsızlıkları kapsayan bir işlev görmektedir ve depresif bozukluklar adıyla majör depresif bozukluk, distimik bozukluk ve hatta aybaşı öncesi disfori bozukluğunu da

kapsayarak DSM-5'te yerini almaktadır (APA, 2013). Depresyonun belirtileri çok çeşitli olmakta ve kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir. Somatik yakınmalar, kişinin kendine dönük olumsuz düşünceleri ve duyguları, hayattan keyif alamama hali ve tatmin olamama, ağlama krizleri, konsantrasyonda ve motivasyonda azalma, intihar düşüncesi, kararsızlık hali, uykuda ve iştahta değişimler şeklinde depresyon gözlenebilmektedir (APA, 2013; Hisli, 1988). Dünya sağlık örgütünün, Nisan 2017'de yapmış olduğu açıklamada depresyon dünyanın genelinde günlük hayatı olumsuz yönde etkileyen rahatsızlıkların başında gelmekte ve son 10 yıllık süreçte, dünyada raporlanan depresyon düzeyinde %18 artış olduğu gözlenmektedir (World Health Organization, 2017). Depresyonun kaynağı incelendiğinde ise depresyona neden olabilecek psikolojik, sosyal, çevresel, biyolojik, genetik veya fiziksel faktörden söz edilebilir (Tamar ve Özbaran, 2004).

Toplumda kendine yer edinebilmek için çevresine uyum sağlamaya çalışan ve aynı zamanda kimlik oluşumunun tamamlamaya çalışıldığı dönem olan ergenlikte ise depresyonun görülmesi daha olası hale gelmektedir (Ören ve Gençdoğan, 2007; Tamar ve Özbaran, 2004). Fidaner'in 1998 yılındaki çalışmasına göre, ergenlik öncesinde depresyon %2 oranında seyrederken, ergenliğe geçiş ile birlikte %5 oranında görülmektedir. Lewinsohn ve arkadaşlarının yine 1998 yılında yürüttüğü araştırmada ise depresyonun ergenlik dönemi öncesi görülme ihtimali %3 olarak raporlanırken, ergenliğe girilmesi ile %14 ihtimalle yaşam boyu depresyon görüleceği düşünülmektedir. Tüm bunlardan sonra, depresyon riskinin yüksek oranda gözlemlendiği ergenlikte, ergenliğe geçişle yaşanan fiziksel ve psikolojik değişimin izlerinin takip edilmesine ek, depresyon belirtilerinin varlığının da değerlendirilip göz önünde bulundurulması ve gerekirse tedavisinin yapılması, gençlerin çalkantılı yaşantılarında yaşam kalitelerinin ve beden-ruh sağlıklarının olumlu yönde gelişimi için önem taşımaktadır (Jho, 2001; Tamar ve Özbaran, 2004).

Jho'nun, yaşları 20 ile 60 yaşlarında değişen 474 Koreli kadınla yürütülen araştırmasında (2001), sıklıkla karşılaşılan sağlık problemi olan depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve bazı sosyodemografik değişkenlere göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin olası değişimleri incelenmek istenmiştir. Katılımcıların Epidemiyolojik Araştırmalar için Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ile depresyon düzeyleri, Smith Kline Beecham Yaşam Kalitesi ile yaşam kalitesi düzeyleri ölçülmüştür. Sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi düzeyi ile olan olası ilişkileri t test, tek yönlü varyans analizi ve

Pearson korelasyon analizi ile, depresyon ve yaşam kalitesinin ilişkisi ise yine Pearson korelasyon katsayısı ile analiz edilmiştir. Bulgular göstermektedir ki; yaşam kalitesi toplam ve tüm alt boyutlarının düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ve negatif bir ilişki vardır. Diğer bir deyişle, yaşam kalitesi toplam düzeyi ($r=-0.5984, p<.01$) ve özellikle belirtmek gerekirse en çok da psikolojik refah yaşam kalitesi alt boyutu düzeyi ($r=-0.5708, p<.01$) arttıkça, depresyon düzeyi azalış göstermektedir. Dolayısıyla, araştırma bulgularına göre yaşam kalitesini değerlendirirken, depresyonun varlığının da incelenmesinin veya depresyon ile ilgili tedavi arayışında olduğunda yaşam kalitesi düzeylerinin de göz önünde bulundurulmasının önem taşıdığı düşünülebilir.

1.3.2.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Depresyon İlişkisi

Adet öncesi gerginlik yaşayan kadınların, ruh sağlığının da yaşanan gerginlikten etkileneceği ve bununla paralel olarak ruhsal problemlerle karşılaşabileceği bilinmektedir. Depresif duygulanım ve düşüncelerin ortaya çıkması ise adet öncesi dönemde sıkça karşılaşılan ruhsal PMS belirtileri arasındadır (Angst ve ark., 2001; Bosarge, 2003; Schmelzer ve ark., 2015). Aynı zamanda, adet öncesi gerginlik sendromunun ileri düzeyi olan adet öncesi disforik bozukluk, mental bozukluklar içerisinde değerlendirildiğinde depresyon temelli duygu durum bozukluklarının altında değerlendirilmektedir (APA, 2013). Dolayısıyla, adet öncesi gerginlik düzeyinin depresyon üzerinde etkisinin başlatan ya da sürdürücü olmasının yanı sıra, aynı zamanda depresyonun varlığının da adet öncesi gerginliği tetikleyeceği düşünülmektedir. Yonkers'in araştırmasına göre, depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, PMS düzeyi yüksek olan kadınlarda %70 olarak bulunmuştur. Ayrıca, PMS'i olan bayanların depresyon geliştirme riski 14 kat PMS'i olmayan bayanlara göre daha fazladır (1997).

Diğer yandan, adet öncesi gerginlik sendromunun depresyon ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma yapılmış ve sonuçlarına göre depresyon düzeyi ile PMS düzeyi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Akdeniz ve ark., 2002; Danacı ve ark., 2001; Erci ve ark., 1999; Gözüm ve ark., 1996; Korkmaz ve ark., 2005; Yücel ve ark., 2009). Başka bir deyişle, depresyon düzeyi arttıkça ya da azaldıkça, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi de depresyon düzeyi ile birlikte artış ya da azalma göstermektedir. Akdeniz ve arkadaşlarının 2002 yılında, 15 ile 18 yaşları arasındaki 20 depresyon tanısı almış ve 17 herhangi bir tanısı olmayan genç

kızlar ile yapılan araştırmasında, depresyonu olan ve olmayan genç kızlar arasındaki PMS düzeyi ve belirtileri incelerken, aynı zamanda, bu genç kızların anneleri ve kendilerindeki PMS belirtilerinin ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Depresyon düzeyinin belirlenmesi için Beck Depresyon Envanteri, adet öncesi gerginlik sendromunun belirtilerinin ve düzeyini belirlemek içinse Premenstrüel Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Analizler ise Mann-Whitney U Testi, doğrusal regresyon ve lojistik regresyon analizleri ile tamamlanmıştır. Sonuçlara bakıldığında, depresyonu olan ve olmayan genç kızlar arasında PMS toplam, PMS oranı, endojen depresif özellikler, bunaltı, dikkat ve konsantrasyon, sosyal işlevsellik ve duygulanım değişikliği düzeylerinin anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur ($p<.01$). Ayrıca, depresif belirtilerin şiddetinin PMS düzeyi için belirleyici olup olmadığının incelendiği araştırma adımında ise depresyon düzeyinin PMS düzeyi için anlamlı bir belirleyici olduğu, depresyon düzeyinin artışıyla PMS düzeyinin de artış gösterdiği ($p<.01$) ve depresyonun yaklaşık %20 oranında PMS'in varyansını açıkladığı görülmüştür. Son olarak da PMS şiddet seviyesinin üzerinde depresyon düzeylerinin etkisine bakılmış ve PMS olmayan ve hafif düzeyde olanlara göre orta ve şiddetli PMS düzeyi olanların depresyon düzeyinin anlamlı farklılaştığı bulunmuştur ($p<.01$).

Danacı ve arkadaşlarının (2001) çalışması adet öncesi disforik bozukluk (PDD) tanısı konulan kadınlarda belirtileri anlayıp, belirtilerin adet öncesi ve sonrasındaki şiddetini belirlemeyi hedeflemiştir. Depresyon düzeyini belirlemek adına Beck Depresyon Ölçeği ve adet öncesi gerginlik sendromu tanısı için DSM-4 kriterleri ve PMS belirtilerini için de belirti tarama listesi kullanılmıştır. 28 PDD tanısı konmuş kadınla yapılan ve PMS ile depresyon ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmanın bulgularına göre, PMS ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki ($p<.01$) ve ek olarak, adet öncesi dönemde ölçümlenen ruhsal belirti ($p<.01$) ve depresyon puanlarının ($p<.05$), adet sonrası döneme göre istatistiksel olarak anlamlı arttığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, depresyon düzeyi, bireyin adet görmesinden bir hafta öncesinde bulunması durumunda anlamlı bir artış göstermektedir.

Gözüm ve arkadaşlarının 1996 yılında yaptığı çalışmada, 18-32 yaşlarındaki son sınıf üniversite öğrencisi olan genç erişkinlerde, adet öncesi gerginlik belirtileri ve sıklığı ile depresyon ve anksiyete ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Adet öncesi gerginlik sendromu belirtileri ve düzeyleri Geriye Dönük Premenstrüel Değerlendirme Formu ile, anksiyete düzeyi Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ile ve depresyon düzeyi ise Epidemiyolojik

Araştırmalar Depresyon Skalası ile ölçümlenmiştir. Analiz adımları tek yönlü varyans analizi, Student t test ve korelasyon analizi kullanılarak tamamlanmıştır. Bulgular göstermektedir ki; örneklemdaki sağlıklı genç erişkinlerde %7.7'si şiddetli adet öncesi gerginlik yaşarken, %45.1'i orta düzeyde adet öncesi gerginlik sahibi ve %47.2'si adet öncesi gerginlik yaşamıyor olarak bulunmuştur. Diğer yandan, anksiyete ile adet öncesi gerginlik düzeyleri anlamlı ancak zayıf bir ilişkiye sahipken ($r=.20$, $p<.05$), depresyon ile adet öncesi gerginlik düzeyi arasında oldukça anlamlı ve güçlü bir bağıntı olduğu gözlenmiştir ($r=.55$, $p<.01$).

13-18 yaşlarındaki 40 depresyon tanısı konan ve 37 herhangi bir psikolojik tanı almamış ergen ile yapılan çalışmada, PMS'in belirtileri ve şiddeti anlaşılıp, depresyon tanısı konmuş genç kızlar ile herhangi bir tanı almamış genç kızlar arasındaki PMS düzeyi farkı incelenmiş ve PMS düzeyi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır. PMS belirtileri ve düzeyi Adet Öncesi Değerlendirme Formu- Geçmiş Dönem ile belirlenirken, depresyon düzeyi Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, PMS düzeyleri yok, hafif, orta ve ağır olarak sınıflandırılmıştır. Sonuçlar Ki-kare analizi ile incelendiğinde, depresyon tanısı konmuş kızların PMS düzeyleri, sağlıklı kızlarla kıyaslandığında, ağır ve orta seviyede PMS düzeyi, hafif PMS düzeyine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.01$). Ayrıca, gruplar arası PMS düzeyi incelendiğinde, depresif bozukluk tanılı genç kızların PMS belirti şiddeti, sağlıklı kızlara oranla anlamlı bir yükseklik göstermiştir ($p<.05$). Bu doğrultuda, Spearman korelasyon analizi ile depresyon ve PMS düzeylerinin ilişkisi incelendiğinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkileşim olduğu görülmüştür ($r=0.44$, $p<.01$) (Korkmaz Çetin ve ark., 2005).

Erci ve arkadaşlarının 170 kadınla yaptığı araştırmanın konusunu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile depresyon düzeylerinin PMS ile olan ilişkisi oluşturmaktadır. Sağlıklı Premenstruel Değerlendirme Ölçeği, Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri ile ölçülmesi amaçlanan değişkenler ölçülmüş ve değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, PMS düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından yalnızca kişiler arası destek alt skoru ile zayıf ama pozitif yönlü anlamlı bir ilişkisi varken ($r=.161$, $p<.05$), PMS tüm alt düzeyleri (otonomik fiziksel değişim hariç, $p>.05$) ve PMS toplam düzeyi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=.303$, $p<.05$).

Adet öncesi gerginlik sendromunun yaygınlığı ve depresyon ile ilişkisinin incelendiği ve Yücel ile arkadaşlarının yürüttüğü çalışma (2009), İzmir ilindeki 331 Ege Üniversitesi öğrencisi ile tamamlanmıştır. Araştırma verileri katılımcılar hakkında bazı bilgiler almak için sosyodemografik özelliklere ilişkin tanıtım formu, PMS belirti ve düzeyleri için Premenstrüel Sendrom Ölçeği ve depresyonun varlığının izlenmesi içinse Genel Sağlık Anketi-12 kullanılmıştır. T-test, tek yönlü varyans analizi ve Ki kare analizi ile elde edilen veriler ölçümlenmiştir. Bulgulara göre, PMS toplam düzeyi ile genel sağlık toplam düzeyi arasında anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ($r=.573, p<.01$). Ayrıca, PMS ile depresyonun görülme olasılığının bağıntısı değerlendirildiğinde, depresyon görülme olasılığı arttıkça, PMS'in de anlamlı bir şekilde artış göstereceği görülmüştür ($\chi^2=58.200, p<.01$). Son olarak, adet öncesi dönemde rahatsızlık yaşayan ve yaşamayan öğrenciler arasında PMS belirtilerinin, toplam düzeyinin ve genel sağlık toplam puanının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde ise adet öncesi rahatsızlık yaşayan öğrencilerin PMS belirtileri, toplam düzeyi ve genel sağlık toplam puanları, adet öncesi rahatsızlık yaşamayan öğrencilere göre anlamlı bir şekilde fazlaştığı dikkat çekmektedir.

1.3.3. Öfke Tanımı

Adet öncesi gerginlik sendromunun varlığında, kişilerde gözlenen belirtilerden en sık raporlananlardan biri de öfkedir (Adıgüzel ve ark., 2007; Tanrıverdi ve ark., 2010). Genel olarak anlamına bakıldığında öfke, karşılanmamış beklentiler ve isteklerle ve beklenmeyen ve arzulanmayan sonuçlarla karşılaşıldığında ortaya çıkan, insana özgü ve evrensel bir tepki olarak tanımlanabilir (Soykan, 2003). Spielberger ve arkadaşlarına göre öfkenin boyutları işlevsel olan orta şiddetteki bir uyarılma durumundan, şiddetli ve rahatsızlık veren saldırganlık boyutuna kadar değişkenlik gösterebilmektedir (1988). Dolayısıyla, uygun ve tam açıklığıyla dile getirilen öfke, yıkıcı olmamakla birlikte, kontrol edilebildiği ve kendini ifade etmek üzere kullanıldığı takdirde kişinin kendisi ve etrafındaki insanlarla kurduğu sosyal işlevsellikte sağlıklı bir aracı duygu olarak görülebilir. Ancak en önemlisi, uygun bir şekilde ifade edilemeyen öfke ile birlikte yaşamış olduğu baskılanmadan ötürü kişi sağlık problemleri yaşayabilmekte, sosyal ilişkileri iletişim bozukluğundan zayıflayabilmekte ve psikolojik olarak düşüş yaşayabilmektedir (Williams ve ark., 2000; Soykan, 2003).

Tüm bunların ışığında düşünülebilir ki; kişinin hayatını birçok yönden olumlu veya olumsuz etkileyebilen öfke düzeyinin sağlıklı bir şekilde yönetilip yönetilememesine ve uygun öfke ifade tarzının kullanımına bağlı olarak, bireyin çok boyutlu olan ve farklı alanları bünyesinde barındıran yaşam kalitesi sekteye uğrayıp, olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir (Muñoz-Reyes ve ark., 2016; Valois ve ark., 2001). Özellikle çevresi tarafından anlaşılmadığının düşünüldüğü, fiziksel ve aynı zamanda duygusal tepkimelerin yoğunluğuyla karşılaşıldığı ergenlik döneminde, genç kendi yaşadığı çoklu alandaki değişimlere ayak uydurmaya çalışırken, diğer yandan çevresi ile iletişimini sürdürmeye çalışmaktadır. Fakat, birçok faktörün yanı sıra, genç kişi iletişimini sürdürmek adına kendini ifade etmeye çalışıyor ve anlaşılmadığını hissediyor ise kendisine ve çevresine olan öfke düzeyi artacak ve ergenliğin getirmiş olduğu zorlukla birlikte yaşam kalitesini olumsuz etkileyecektir (Gilman ve Huebner, 1997; Huebner, 1991; Muñoz-Reyes ve ark., 2016). Muñoz-Reyes ve arkadaşlarının çalışmasında, 334 kız ve erkek öğrenciler ile cinsiyetlere göre öfke, agresiflik boyutlarının düzeyleri ve yaşam kalitesi düzeylerinin değişimine ek olarak agresiflik ile öfkenin yaşam kalitesi ile olan ilişkisi incelenmiştir. Spearman korelasyon analizine göre, cinsiyet farkı olmaksızın, yaşam kalitesi alt boyutları, fiziksel agresiflik alt boyutu (yaşıtlarla olan yaşam kalitesi boyutu hariç), öfke ve düşmanlık öfke boyutları ile anlamlı ve negatif yönlü bir ilişkiye sahiptir ($p < .05$) ancak sözlü agresiflik alt boyutu yaşam kalitesi boyutları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p > .05$). Başka bir şekilde ifade edilirse, fiziksel agresiflik düzeyi, yalnız öfke ve düşmanlık öfke boyutları artış gösterdikçe yaşam kalitesi olumsuz etkilenecek düşüşe geçmiş iken, sözlü agresiflik yaşam kalitesi düzeyinden etkilenmemiştir. Dolayısıyla, bireyin yaşam kalitesi değerlendirilirken, o bireyin öfkesinin de yaşam kalitesi üzerinde aracı bir rolünün olabileceği akılda tutulmalıdır.

Diğer yandan, hayatı anlamlandırma çabalarının ve kimseler tarafından anlaşılmadıklarını düşüncelerinin baskın olduğu ergenlik döneminde, öfke duygusu gençlerin hayatında oldukça ön planda olabilmekte ve bu duygularını uygun bir şekilde ifade edemedikleri, öfkeyi yönetemedikleri ve öfke düzeylerinin fazlalığından kaynaklı yetişkinlere göre daha büyük sorunlarla karşılaşabilmektedirler (Abikoff ve Klein, 1992; Lowth, 2015). Ergenlikte bozulmuş duygu regülasyonu ile bağlantılı olan depresyon ve anksiyete gibi bazı psikolojik bozuklukların görülme riski yüksek iken (Lewinsohn ve ark., 1998), yüksek düzeyde olan ve baş edilemeyen öfke ile depresyon gibi rahatsızlıkların görülmesi daha olası

hale gelmektedir (Choate, 2014; Costello ve ark., 2011). Bundan yola çıkarak, öfke ile depresyon arasındaki ilişkinin bireylerin ruh sağlığı üzerinde önemli bir belirleyici olacağı düşünülerek, öfke ile depresyon arasındaki ilişkinin düzeyine, doğrultusuna ve anlamlılığına odaklanılmıştır. Depresyon ve öfkenin karşılıklı ilişkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, depresyon düzeyi ile öfkenin boyutları arasında anlamlı bir korelatif ilişki bulunmuştur. Şahin ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında, depresyon semptomları ile öfke, kişilerarası ilişkiler ve öz algı arasındaki ilişki incelenmiştir. 64 depresyon tanısı konmuş ve 71 normal popülasyondan seçilmiş örnekleme yapılan çalışmanın T-test analiz sonuçlarına göre, depresyon tanılı katılımcılarda, normal popülasyondan seçilmiş katılımcılara göre anlamlı yüksek bir öfke düzeyi bulunmuştur ($p<.05$).

Besharat ve arkadaşlarının 88 depresyon hastası ile yürüttüğü, depresyon düzeyi ile öfke çeşitlerinin düzeyleri, duygu düzenlemesi ve öfke ruminasyonu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada (2013), öfke genel, öfke uyandırma, öfke oluşturan durumlar, dışa yönelik öfke türleri ile depresyon arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Ayrıca, Cheng ve arkadaşlarının (2005) 559 Tayvanlı lisans öğrencisi ile yapılan çalışmasında, sözlü, eylem barındıran, direk olmayan, öfke içte ve öfke kontrol türlerinde incelenen öfke boyutlarının depresyon düzeyi ile ilişkisine bakılmıştır. Çalışma bulgularına göre depresyon düzeyi, öfke kontrol alt boyutu hariç ($p>.05$) tüm öfke alt boyutları ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişkiye sahiptir ($p<.05$). Diğer bir deyişle, öfke alt boyutlarının düzeyleri artış gösterdikçe, depresyon düzeyi de anlamlı bir şekilde artış gösterecektir.

Bridewell ve Chang'ın araştırması (1997) ise 84 erkek, 131 kadın olmak üzere 215 üniversite öğrencisinin, öfke düzeyi ve türleri ile depresif, endişeli ve düşmanca tavırlar olan psikolojik sorunların arasındaki ilişkisini incelenmiştir. Öfke İfade Tarzı Envanteri kullanılarak öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol türlerinin, bazı psikolojik belirtilerle olan ilişkisine odaklanıldığı araştırmanın bulguları göstermektedir ki; öfkenin her türlü boyutu, depresyon, anksiyete ve düşmanlık gibi psikolojik sorunlarla anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<.01$). Öfke boyutlarından öfke içte ($r=.55$) ve öfke dışta ($r=.38$) düzeyleri, psikolojik sorunlarla birlikte anlamlı bir şekilde yükselirken, diğer bir öfke boyutu olan öfke kontrol düzeyinin psikolojik sorunlarla birlikte azaldığı görülmüştür ($r=-.39$).

Başka bir çalışmaya odaklanıldığında, 12 ile 17 yaş arasındaki 237 ergen katılımcı ile öfkenin, psikolojik rahatsızlıklarla (depresyon, sosyal fobi, yaygın

anksiyete ve panik bozuklu) ve hem doğrudan hem de doğrudan olmayan agresiflik ile olan ilişkileri değerlendirilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre, öfkenin tüm psikolojik rahatsızlıklar (sosyal fobi hariç) ile agresiflik türleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<.01$). Yani, öfke düzeyi artış gösterdikçe psikolojik rahatsızlıkların ve agresiflik türlerinin boyutları da artış göstermiştir. Aynı zamanda, regresyon analizi ile psikolojik rahatsızlıkların, öfke, ve agresiflik türleri ne kadar tahmin ederek açıkladığı üzerinde durulduğunda, sadece depresyonun öfke ($p<.01$), agresif türleri olan direk agresiflik ($p<.01$) ve direk olmayan agresifliği ($p<.01$) anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur (Gresham ve ark., 2016). Sonuç olarak araştırmaların bulgularından anlaşılacağı gibi, depresyon veya öfkenin varlığında bir diğ erinin varlığı da dikkate alınmalı ve görmezden gelinmemelidir.

1.3.3.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ve Öfke İlişkisi

Depresyon ve yaşam kalitesi ile ilişkisi bulunan öfke ruh sağlığı değişkeninin, aynı zamanda adet öncesi gerginlik sendromunun psikolojik boyutlu belirtisi olarak değerlendirildiğinde, PMS ile ilişkisinin ne doğrultuda ve düzeyde olacağına birçok araştırmada odaklanılmıştır. Araştırma sonuçları göstermektedir ki; adet öncesi gerginlik sendromu olan bireylerde psikolojik boyutlu belirti alanında öfkelenme ve sinirlilik PMS ile birlikte sık görülmekle birlikte, kişilerde belirti olarak görülme düzeyi farklılık gösterebilmektedir (Bosarge, 2003; Franckiewicz ve ark., 2001; Kısa ve ark., 2012; Öncel ve Pınar, 2006; Schmelzer ve ark., 2015; Tanrıverdi ve ark., 2010; Ugarrizza ve ark., 1998). Örneğin, Tanrıverdi ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmasında, en çok raporlanan psikolojik boyutlu belirtiler arasında birinci %78 ile sinirlilik iken (2010), Kısa ve arkadaşlarının yine üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada, en çok görülen psikolojik boyutlu PMS belirtileri iştah değişimleri (%70.2), depresif duygulanımı (%68.1) takiben sinirlilik (%64.5) olarak bildirilmiştir (2012).

Diğ er yandan, adet öncesi gerginlik sendromunda psikolojik boyutlu belirti olarak sıklıkla raporlanan öfkenin düzeyinin, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile ilişkisinin ve gücünün araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, çoğunlukla öfke ve PMS düzeyi arasında aynı doğrultuda gelişen anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Akyol ve ark., 2013; Öztürk Can ve ark., 2015; Ploeg, 1987; Smith ve Thomas, 1996). Öztürk Can ve arkadaşlarının 2015 yılında 113 sınıf öğretmeni ile yaptığı

araştırmada, öfke boyutları ve düzeyleri ile adet öncesi gerginlik sendromu düzeyleri incelenmiş ve öfke düzeylerinin PMS düzeyi ile olan ilişki analiz edilmiştir. Adet öncesi gerginlik sendromunu belirlemek adına Geriye Dönük Premenstrual Değerlendirme Formu kullanılırken, öfke ve öfke ifade tarzlarını belirlemek adına Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılmıştır. Bağımsız örneklem için t test ve korelasyon analizi kullanılarak ölçek puanları test edilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, katılımcıların %46.2'sinde PMS belirtileri gözlenirken, %53.8'inde PMS belirtilerine rastlanmamıştır. Öfke türleri ile PMS'in varlığının ilişkisine bakıldığında ise öfke türlerinden olan sürekli öfke ($p<.01$), içte yaşanan öfke ($p<.05$) ve dışarıya yönelmiş öfke türlerinin ($p<.01$) düzeylerinin (öfke kontrol alt boyutu hariç) PMS'i olan kişilerde, PMS'i olmayan kişilere göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür. Ayrıca, PMS belirtileri ile öfke alt boyutlarının ilişkine bakıldığında, sürekli öfke alt boyutu, tüm PMS belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki gösterirken ($p<.05$), öfke içte (PMS belirtilerinden kendini iyi hissetmede artış ve genel fiziksel rahatsızlıklar hariç) ve öfke dışta (genel fiziksel rahatsızlıklar hariç) alt boyutları, tüm PMS belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki göstermişlerdir ($p<.05$). Fakat öfke kontrol alt boyutu ile PMS düzeyleri (atipik depresif özellikler hariç) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>.05$).

Akyol ve arkadaşlarının araştırmasında (2013) yaşları 18 ile 40 arasındaki değişen 50 adet öncesi disforik bozukluk tanısı konmuş ve 50 sağlıklı kadın ile çalışılmıştır. Araştırmada amaçlanan PMS'in olup olmamasına göre kadınlardaki öfke boyutlarının ve düzeylerinin değişimlerinin yanı sıra, bazı sosyodemografik değişkenlerin ve aile yapısının PMS'in varlığına olan etkisi incelenecektir. Genel rahatsızlıkları değerlendirmek için DSM-4 Eksen 1'deki bozukluklar için Yapılandırılmış Klinik Görüşme formu, öfke boyutlarını ve düzeylerini belirlemek adına Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği, adet öncesi gerginliğin belirtilerini ve düzeyini belirlemek içinse Premenstruel Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin ve öfke türlerinin, PMS'e sahip olup olmamaya göre değişimleri bağımsız örneklem için t test ve Ki kare testi ile, PMS semptomlarının düzeyleri ile öfke ifade tarzlarının düzeyleri arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon katsayısı ile analiz edilmiştir. Araştırma bulgularına göre, PMS tanısı konmuş ve sağlıklı olan kadınlar arasında, değişken olarak belirlenenden sadece eğitim seviyesi ($p<.05$), ailede psikiyatrik ($p<.05$) ve PMS öyküsü ($p<.05$) olup olmaması anlamlı bir değişim göstermiştir. Diğer yandan, düzeylerinin PMS tanısı konmuş ve sağlıklı grup

arasında, PMS düzeyinin ve öfke alt boyutlarının farklılaşıp farklılaşmayacağı incelenmiş ve PMS düzeyi ile öfke alt boyutları olan öfke boyutu, öfke kontrol, öfke dışta ve öfke içte düzeylerinin PMS'i olan ve PMS'i olmayan kadınlar arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur ($p<.05$). Detaylı olarak incelendiğinde, PMS düzeyinin ve öfke alt türleri olan öfke boyutu, öfke içte ve öfke dışta düzeylerinin, PMS tanısı konmuş kadınlarda PMS tanısı olmayanlara göre anlamlı olarak fazla olduğu ancak öfkenin bir diğer alt boyutu olan öfke kontrolünün, PMS tanısı olmayanlarda PMS tanısı konmuşlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Son olarak da, PMS puanlarının, öfke boyutları ile olan korelasyonuna odaklanıldığında, öfke boyutu ($r=.430$), öfke kontrol ($r=.349$) ve öfke içte ($r=.538$) türleri ile PMS düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<.05$). Başka bir deyişle, PMS düzeyi arttıkça, söz konusu öfke değişkenleri de artış göstermiştir.

Smith ve Thomas'ın 1996 yılında, DSM-4 göre PMS tanısı alabilen ve PMS'i olmayan 72 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada, PMS'in olup olmaması durumuna göre öfke ve kontrol odağı boyutlarında oluşabilecek olası farklılık araştırılmıştır. Öfke düzeyi ve boyutları Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği ile, kontrol odağı boyutları ise Rotter İçsel ve Dışsal Kontrol Odağı Ölçeği ile ölçülmüştür. Student t test ile analiz edilen bulgulara göre, PMS'i olan öğrencilerin kontrol odağı ve öfke boyutlarının düzeyleri PMS'i olmayan öğrencilerinkine göre anlamlı bir farklılaşma göstermemiştir ($p>.05$).

1.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu İçin Tedavi Yöntemleri

Adet öncesi gerginlik sendromu belirtilerinin şiddeti arttıkça, bireyin işlevselliği ve duygu durumu da birçok yönden sekteye uğramaktadır (Delara, 2012; Danacı ve ark., 2001). Adet öncesi gerginlik sendromunun neden kaynaklandığına dair net bir görüşün olmaması ve kabul edilebilecek bir görüşün bütün PMS belirtilerini ve düzeylerini açıklayamaması nedeni ile çok kapsamlı bir şekilde tedavi yöntemleri değerlendirilmeli ve temel amaç yaşam kalitesinin en doğru şekilde artırılması ile gerekirse tedavi yöntemleri arasında eş zamanlı hareket edilmelidir (Girman ve ark., 2003; Dickerson ve ark., 2003; Ismail ve O'Brien, 2001). En önemlisi, kadınlarda PMS eşlik eden belirtileri ve PMS şiddeti kişiden kişiye fark gösterdiği için, tedavi planı oluşturulurken belirtiler izlenmeli ve belirtilerin şiddetine göre tedavi düzenlenmelidir. Ayrıca, PMS ile görülen semptomların şiddetine bağlı

olarak, öncelikle psikolojik yaklaşımlı tedavi yöntemleri ile başlanıp, etki durumuna göre biyolojik yaklaşımlı (farmakolojik) tedavi yöntemlerinin denenmesi önerilmektedir (Dickerson ve ark., 2003; Ismail ve O'Brien, 2001; Kızılkaya, 1994).

1.4.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Biyolojik Yaklaşımlı Tedavi Yöntemleri

PMS'in belirtilerinin incelendiği araştırmalara göre, en çok görülen PMS semptomlarından biri depresyon yani depresif ruh halidir. Depresyon ile PMS'in semptomları da umutsuzluk, ilgide azalma, yorgunluk gibi belirtiler göstermesi yönüyle oldukça benzerlik göstermektedir. Depresyonun tedavi yöntemleri değerlendirildiğinde başlıca farmakolojik tedavi yönteminin seçici serotonin geri alım inhibitörleri (selective serotonin reuptake inhibitor-SSRI) grubu ilaçları kullanmak olduğu görülmektedir ve bu ilaçların kullanımı ile serotonin (canlılık ve mutluluk halinin kaynağı nörotransmitter) seviyesinin düzenlenmesi hedeflenir (Indusekhar ve ark., 2007; Rapkin, 1992; Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Ayrıca, Taylor ve arkadaşları (1984) ile Ashby ve arkadaşlarının (1988) araştırmalarında, serotoninin adetten önceki haftada PMS'i olan bayanlarda düşüş gösterdiği bulunmuş ve sebebini merkez serotonerjik sistemdeki yoksunluğa bağlamışlardır. Dolayısıyla, adet öncesi gerginlik sendromunun belirtilerine ve düzeylerine bağlı olarak, SSRI grubu ilaçlardan kişiye uygun olanın doktor kontrolünde ve belli zamanlarda kullanılması, aynı zamanda, özellikle depresyon düzeyi yüksek ve ilaç kullanan bireylerde adet öncesi belirti takip çizelgesi kullanıldığı takdirde, adet öncesi dönemde kullandığı ilaç dozunun düzenlenmesi PMS için uygun bir farmakolojik tedavi olabilir (Bosarge, 2003; Freeman ve ark., 2003; Indusekhar ve ark., 2007; Pearlstein ve Stone, 1998; Steiner ve Soares, 2000; Türkçapar ve Türkçapar, 2011)

Ek olarak, PMS belirtilerinin ve düzeyinin üzerinde etkisinin olduğu düşünülen steroidleri (Asetil Koa yardımı ile oluşan steroid lipid içerikli hormon) kapsayan hormonların düzenlenmesi için doğum kontrol hapının kullanımı ve diğer hormon tedavileri (prolaktin, projesteron gibi) da bir diğer farmakolojik tedavi yöntemidir. PMS belirtilerinin adet dönemindeki görülen hormonal değişikliklerden kaynaklı görüldüğü düşünülerek yumurtlamanın baskılanması hormon ilaçları ile sağlanır (Freeman ve ark., 2003; Indusekhar ve ark., 2007; Pearlstein ve Stone, 1998; Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Walsh ve ark., 2015) Her hormon tedavisi her kadın için uygun olmamakla birlikte, uygun kişiler için PMS belirtilerini yatıştırıcı etkinliği

görülmektedir (Dickerson ve ark., 2003). Östrojen terapisi (östrojen eksikliğini tedavi etmeye yönelik yaklaşım), Gonadotropin Salgılayıcı Hormon terapisi (Gonadotropini düzenleme tedavi yöntemi) ve son olarak da cerrahi müdahale de diğer adet öncesi gerginlik sendromu belirtileri ve düzeylerinin tedavisinde kullanılan farmakolojik yöntemlerdir (Walsh ve ark., 2015).

1.4.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna Psikolojik ve Davranışsal Yaklaşımlı Tedavi Yöntemleri

Adet öncesi gerginlik sendromuna sahip bireylere uygulanacak tedavi yöntemi ne tercih edilirse edilsin ilk olarak kadın sağlığı ve adet düzeni hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca, PMS etiyolojisi ve tedavi yöntemleri üzerine eksik bir bilginin olmadığından emin olunmalı ve tam donanımlı bir bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda, adet öncesi gerginlik sendromu üzerine PMS belirtileri gösteren kadınların bilgilendirildiği ve PMS belirtilerinin iyileşmesi yönünde bir değişim sorgulandığında, adet öncesi gerginlik sendromu hakkında bilgilendirme almalarıyla kadınların PMS belirtileri üzerinde daha kontrol sahibi hissettikleri ve belirtilerin azaldığı görülmüştür (ACOG Practice Bulletin, 2000). Aynı zamanda, bilişsel davranışçı terapi de PMS semptomları ve düzeyinin düzenlenmesi sürecinde etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Lutsky ve ark., 2009). Değişimlerin ve belirtilerin ne zaman başlayıp sonlandığını veya şiddetlendiğini ve kişi üzerindeki izlerini takip etmek amacıyla günlük çizelgelerle takipte olmak, bilişsel davranışçı bir yöntem olup, yapılan araştırmalara göre PMS'i yönetebilmek adına faydalı bir araç olduğu bulunmuştur (Freeman ve ark., 1996; Moline ve Zendell, 2000).

Adet görme ile ilgili problemlerin etiyolojisi ve tedavisi, problemlerle baş etme yöntemleri ve adet öncesi gerginlik sendromuna dair psikoeğitim alınması da bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinden biridir ve bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinden bazıları olan bilişsel yeniden yapılandırma, olumsuz duygusal tepkilere ve dürtüsel davranışların yönetimi, rahatlama egzersizleri, girişkenlik eğitimi, stres yönetimi ve sorun çözme becerisi gibi yöntemlerle desteklendiğinde etkili bir tedavi yöntemi olabilmektedir (Christensen ve Oei, 1995; Hunter ve ark., 2002; Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Hunter ve arkadaşlarının PMS tedavi yöntemlerinin etkinliğini araştırmak üzere 2002 yılında yürüttüğü çalışmada, bilişsel davranışçı stratejiler ile serotonin düzenlenmesi için fluoksetin kullanımının PMS

düzeyi üzerindeki etkisi araştırılmıştır. PMS'in tedavisi üzerinde, bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin kişide belirtileri kontrol ederken uzun dönemde bir faydası bulunurken, SSRI grubu ilaç kullanımının PMS belirtileri üzerinde hızlı etki göstermesi ile farklılaştığı ve PMS düzeyi ve belirtileri üzerindeki etkilerinde fark bulunmamıştır.

Ek olarak, beslenmeyi düzenleme, yiyeceklere karşı olan toleransı anlama, PMS belirtilerini tetikleyici yiyeceklerden kaçınarak diyet programı oluşturma ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik yaşam tarzı önerilerinin PMS düzeyi ve belirtileri üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Bryant ve ark., 2006; Derman ve ark., 2004). Diğer yandan, egzersiz yapmanın da PMS belirtileri ve düzeyi üzerinde etkili olacağı düşünülmüştür. PMS üzerindeki terapatik etkisi incelendiğinde, egzersizin steroid hormonun akışını etkilediği düşünülerek, özellikle vücudun şişmesi ve göğüs hassasiyeti belirtilerinin anlamlı bir azalma gösterdiği bulunmuştur (Daley, 2009; Prior ve ark., 1987; Stoddard ve ark., 2007). Stoddard ve arkadaşlarının 2007 yılında 24-33 yaşları arasında, adet öncesi gerginlik sendromu belirtilerini raporlayan 14 sağlıklı bayanla yaptığı araştırmada, 24 haftalık egzersiz programı yapılmış ve bu programın PMS belirtilerini azaltacağı düşünülmüştür. Sonuçlara göre, PMS belirtilerinden çoğu düşüş göstermekle birlikte, vücudun şişmesi, göğüs hassasiyeti ve konsantrasyon PMS belirtileri anlamlı bir şekilde azalmıştır. Aksi bir görüşün savunulduğu Mitchell ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşam kalitesini artırıcı etkinliklerin ve beslenmenin PMS'i azaltmadığı, tam tersi arttırdığı bulunmuştur (1994). Son olarak da, alternatif terapilerin ve bitkisel tedavilerin de PMS'in tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir ancak kişiden kişiye etkinliği değişim göstermek ve ne yazık ki etkinliği yeterli araştırmalar olmadığından tartışmalı bulunmaktadır (Bosarge, 2003).

1.5. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Kadınların adetleri üzerine rahatsızlık yaşandığı bilinmektedir. Adet görme öncesi fiziksel ve ruhsal problem yaşanması halinde karşılaşılan rahatsızlıklardan biri de adet öncesi gerginlik sendromudur. Literatür verileri incelendiğinde, bir çok çalışmanın sadece PMS ile ilişkisi olası olan ruh sağlığı değişkenlerini incelemek ile kalmayıp, sosyodemografik özellikler ve adet görme ile ilgili özelliklerine bağlı olarak PMS düzeyinin değişim gösterip göstermeyeceğine de odaklanıldığı görülmektedir. Yücel ve arkadaşlarının, 331 üniversite öğrenci ile tamamlanan

araştırmasında (2009), PMS ile depresyon arasındaki ilişki üzerinde durulmuş ve sosyodemografik özelliklerin PMS'e göre değişim gösterip göstermediği incelenmiştir. Bulgulara göre, PMS düzeyi yüksek olan öğrencilerin depresyon düzeyleri de anlamlı olarak yükselmekte ve PMS düzeyleri kız öğrencilerin yaşlarına veya öğrenim gördükleri sınıflara göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p>.05$).

Diğer yandan, hemşirelik öğrencilerinde premenstruel belirtilerin incelendiği ve sosyodemografik verilerin de araştırma kapsamında Ki Kare Testi ile analiz edilerek değişiminin gözlemlendiği, 15-26 yaş arasındaki 122 kızla yapılan çalışmada, yaş grubunun ve öğrenim görülen sınıfın PMS belirtilerini gösterme düzeyi üzerinde bir belirleyici olduğu bulunmuştur ($p<.05$). 19-22 yaş aralığındaki kızlar, diğer yaşta kızlara göre ve üniversite 3. ve 4. sınıfta okuyan kız öğrencilerin PMS belirtilerinin diğer yaş gruplarındaki (15-18 yaş ve 23-26 yaş) ve sınıf seviyelerindeki (1. ve 2. sınıftaki) kızlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur (Taşçı, 2006).

Işık ve arkadaşlarının (2016) 17-36 yaşları arasındaki 608 kadında, PMS düzeyi ile yaşam kalitesi ilişkisine ek olarak, PMS düzeylerinin birçok sosyodemografik ve adet ile ilgili değişkenlere göre değişiminin incelendiği çalışmasında, veriler bağımsız örneklem için t-test ya da Mann-Whitney U Test ile analiz edilmiştir. Bulunulan yaşa ($p>.05$), annenin ($p>.05$), babanın eğitim seviyesine ($p>.05$) ve ilk adet görülen yaşa ($p>.05$) göre PMS düzeyinin gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma göstermezken, PMS için tedavi görüp görmemeye ve adet düzenine ($p<.05$) göre PMS düzeyinin anlamlı bir fark gösterdiği dikkat çekmektedir. Aslında, kadınların PMS için tedavi arayışında olup olmadığı incelendiğinde, adet öncesi gerginlik yaşamaları nedeniyle tıbbi ve diğer yardım türlerine %4.2 oranında başvuru yaptıkları ortaya konmuştur (Gözüm ve ark., 1996). Diğer yandan, Wilson ve Keye'nin (1989) çalışmasında adet öncesi gerginliği yaşayan genç kızların %57'sinin rahatsızlıkları için herhangi bir tedavi arayışında olmadıkları bulunmuştur.

Ek olarak, Gümüş ve arkadaşlarının (2012), 16-35 yaşlarındaki 266 üniversite öğrencisi ile yapılan, adet öncesi gerginlik sendromu ile somatizasyon ilişkisinin Student t test ve tek yönlü varyans analizi ile incelendiği araştırmasında, adet görme ile ilgili yaşanan bir problem için doktora başvurma, adet görme düzeni ve adet görme süresine göre PMS'in varlığının değişim gösterip göstermediğine bakıldığında ise adet süresi ($p<.05$) ve doktora başvurma ($p<.01$) anlamlı olarak değişim gösterirken, düzenli adet görüp görmemeye göre anlamlı bir değişim göstermemiştir

($p>.05$). Adet görme süresi 6 gün ve üzerinde olan kişilerin PMS düzeyleri, adet görme süresi 6 gün aşağısında olan kadınlardan anlamlı fazlalaşırken, aynı zamanda doktora başvuran kadınların PMS düzeyinin de doktora başvurmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha fazla PMS düzeyi olduğu bulunmuştur.

Ayrıca, Şahin ve arkadaşlarının (2014), yaşları 17 ile 25 yaşlarında değişen üniversite öğrencileriyle gerçekleşen, PMS düzeyi ile yaşam kalitesinin düzeyinin ilişkisinin incelendiği araştırmasında, analizler Ki Kare testi, Mann Whitney U Testi ve lojistik regresyon analizi ile yapılmıştır. Sonuçlara göre, ilk adet görülen yaşın, anne eğitim seviyesi ve baba eğitim seviyesinin, PMS'in var olup olmamasına göre farklılaşmasına odaklanıldığında, anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ($p>.05$). Kırca ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında ise 201 hemşirelik öğrencisi ile yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkilerin Mann Whitney U Testi ile incelendiği çalışmanın bulgularına göre, anne eğitim seviyesi, annenin çalışıyor olma durumu, adet görme düzeni gibi sosyodemografik bilgiler değerlendirilmiş ve bu özelliklerin PMS'in varlığı ile değişim göstermediği bulunmuştur ($p>.05$).

Pınar ve arkadaşlarının (2011) 316 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü çalışmasında ise yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve sosyodemografik değişkenlere göre PMS düzeyinin nasıl bir değişim gösterdiğinin üzerinde Ki Kare Analizi, tek yönlü varyans analizi ile durulmuştur. Yaş ($p>.05$), anne ($p>.05$) ile baba eğitim seviyesi ($p>.05$) ve ilk adet görülen yaşa ($p>.05$) göre PMS düzeyi anlamlı bir şekilde farklılaşmazken, adet düzensizliği yaşanıp yaşanmaması ($p<.01$) ve PMS için tedavi görüp görmemesine ($p<.01$) göre PMS düzeyi anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Yani, adetleri düzenli olan öğrencilerin ve adet ile ilgili tedavi görmeyenlerin PMS düzeyleri, adeti düzensiz olan ve adet ile ilgili tedavi gören öğrencilerin PMS düzeylerinden anlamlı olarak fazladır.

Ek olarak, Arıöz ve Ege'nin (2013), 50 PMS'i olan 50 PMS'i olmayan üniversite öğrencisi ile yapılan, PMS'in yaşam kalitesi ile ilişkisine ek, sosyodemografik değişkenlere göre değişiminin incelendiği çalışmada, Student t test ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Bulgulara göre, kadınların yaşı ($p<.05$) ve babanın çalışma durumu ($p<.05$) anlamlı olarak PMS'in varlığına göre değişim gösterirken, anne eğitim seviyesi ($p>.05$) babanın eğitim seviyesi ($p>.05$) ve anne çalışma durumu ($p>.05$) PMS'in anlamlı bir farklılaşma göstermediği görülmektedir. Son olarak da, sosyodemografik değişkenler ile ilişkisine odaklanılan adet öncesi gerginlik sendromu ile anlamlı ilişkiler geliştirmesi muhtemel olan

yaşam kalitesi, depresyon ve öfke ruh sağlığı değişkenlerinin de sosyodemografik özelliklere göre değişimi üzerinde durulacaktır.

1.6. Ruh Sağlığı Değişkenleri ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi

Adet öncesi gerginlik sendromu ile ilişkisine odaklanılan ruh sağlığı değişkenlerinin, birbirleri ile olan etkileşimlerine bakıldığında da anlamlı ilişkilere rastlanmıştır. Aynı zamanda, adet öncesi gerginlik sendromunun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde ise anlamlı olan etkileşimler dikkat çekmektedir. Dolayısıyla, adet öncesi gerginlik sendromu ile olası ilişkileri bulunun yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenlerinin de, sosyodemografik değişkenlere göre nasıl bir değişim göstereceği farklı çalışmalar ile üzerinde durulmuştur.

Eğicioğlu ve arkadaşlarının, Afyon ilinde, 15-49 yaşlarındaki 240 kadınla yaptıkları araştırmada (2015), yaşam kalitesinin PMS'in etkisiyle nasıl değişim göstereceğine ve PMS'den etkilenen yaşam kalitesinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisine odaklanılmıştır. SF-36 formu ile ölçülen yaşam kalitesi boyutlarının düzeylerinin sosyodemografik değişkenlere göre olası değişimi, tek yönlü varyans analizi ile analiz edildiğinde, bulunulan yaşa göre sadece mental sağlık yaşam kalitesi alt boyutu anlamlı bir değişim gösterirken ($p < .05$), diğer tüm yaşam kalitesi alt boyutları, yaş ile birlikte anlamlı bir farklılaşmaya gitmemiştir ($p > .05$). Ayrıca, adet düzenin yaşam kalitesi alt boyutları ile olan ilişkisine bakıldığında, fiziksel fonksiyonellik ($p > .05$) ve sosyal fonksiyonellik ($p > .05$) yaşam kalitesi alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlar ile anlamlı bir değişim bulunmuştur ($p < .05$).

Jho'nun 474 Koreli kadınla yaptığı ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin ilişkisinin incelendiği araştırmada (2001) ise yaş sosyodemografik değişkenine göre yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin değişimi incelenmiştir. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, ne yaşam kalitesi düzeyi ($p > .05$) ne de depresyon düzeyi ($p > .05$) bulunulan yaşa göre anlamlı bir değişim göstermiştir.

Ak'ın İstanbul ilinde, 1188 kız ve erkek öğrenci ile yapılan araştırmasında (2014) ise lise öğrencilerinin yaşam kaliteleri ile zihinsel hallerinin ilişkisini incelemek adına, kişilerin genel ruhsal halleri ölçülmek istenmiş ve Genel Sağlık Anketi kullanılmıştır. Ergenlerin genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt düzeyleri olarak belirlenen bedensel iyilik, ruhsal iyilik, özsaygı, aile, arkadaş, okul ve hastalık düzeylerini ölçmek için de Kiddo-KINDL ölçeği uygulanmıştır. Mann-Whitney U

Test ve Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilen sonuçlara göre, bulunulan yaş, toplam ($p>.05$) ve arkadaş ($p>.05$) yaşam kalitesi alt boyutu hariç, diğer tüm yaşam kalitesi boyutları için anlamlı bir belirleyici iken ($p<.05$), öğrenim görülen sınıfa göre, arkadaş ($p>.05$) ve okul ($p>.05$) yaşam kalitesi alt boyutları dışında, diğer tüm yaşam kalitesi boyutları anlamlı değişim göstermiştir ($p<.05$). Ayrıca, tüm yaşam kalitesi alt boyutları, okul başarısına göre anlamlı bir değişim göstermiştir. Anne eğitim seviyesinin yaşam kalitesi düzeyi üzerindeki etkisine bakıldığında ise duygusal iyilik ($p<.05$) ve arkadaş ($p<.05$) yaşam kalitesi alt boyutları hariç, diğer tüm yaşam kalitesi boyutlarıyla anlamsız bir etkileşim göstermiştir ($p>.05$). Ek olarak, annenin mesleği ve babanın eğitim seviyesine göre hiç bir yaşam kalitesi alt boyutu anlamlı bir farklılaşma yaşamaz iken, babanın mesleğine göre duygusal iyilik ($p<.05$) yaşam kalitesi alt boyutu hariç, anlamsız bir farklılaşma bildirmiştir ($p>.05$).

Diğer yandan, depresyon düzeyinin sosyodemografik özelliklere göre nasıl bir değişim gösterdiği de birçok araştırmaya konu edilmiştir. Öztop ve ark. (2011) tarafından, 2217 lise öğrencisi ile depresyon ve davranış sorunlarının varlığı ile depresyon düzeyleri ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkisinin incelendiği araştırmada, Zung Depresyon Ölçeği ile depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Pearson korelasyon analizi ile sosyodemografik özelliklere göre depresyon düzeylerinin değişimi incelendiğinde, depresyon düzeyi yaşa ($p>.05$) ve annenin eğitim seviyesine ($p>.05$) göre anlamlı değişim göstermezken, babanın eğitim seviyesine ($p<.01$) ve okul başarısına ($p<.01$) göre anlamlı bir değişim göstermiştir.

Eskin ve arkadaşları tarafından (2008), 13-18 yaş aralığında, Aydın'da yaşayan 805 kız ve erkek lise öğrencisiyle yapılan araştırmada, depresyon tanısı konmuş ve herhangi bir tanısı olmayan öğrencilerin depresyon düzeyleri, sosyodemografik değişkenler açısından incelenmiştir. Çocukluk Depresyon Envanterinden alınan puanlarının sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin üzerinde durulduğu korelasyon analizi sonuçlarına göre, kız öğrenciler için annenin eğitim seviyesinin ($p<.01$), babanın eğitim seviyesinin ($p<.01$) ve not ortalamasının ($p<.01$) anlamlı bir belirleyici olduğu, ancak yaşın istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur ($p<.05$). Diğer bir deyişle, anne ile baba eğitim seviyesi ve not ortalaması artış gösterdikçe, depresyon düzeyi kız öğrenciler için anlamlı bir şekilde azalmıştır.

Karaşin'in (2016) Samsun ilinde, 341'i erkek, 525'i kız toplam 870 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmasında ise Beck Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlar

değerlendirilerek depresyon düzeyleri belirlenmiş ve bu düzeylerin sosyodemografik bazı değişkenlerle olan değişimi Mann-Whitney U Test ve Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilerek incelenmiştir. Değerlendirilmesi yapılan sosyodemografik verilere yakından bakıldığında, bulunulan yaşa, annenin eğitim düzeyine, babanın eğitim düzeyine, annenin çalışıyor olup olmamasına ve babanın çalışıyor olup olmamasına göre depresyon düzeyi gruplar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p>.05$). Diğer yandan, öğrenim görülen sınıf ($p<.05$) ve ders başarısı ($p<.01$) açısından depresyon düzeyinin değişimi değerlendirildiğinde, söz konusu değişkenlerin öğrencilerin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılaşma yarattığı bulunmuştur.

Ayrıca, Kapucu'nun İstanbul ilinde, 17-44 yaşlarında 200 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmasında (2016), internet kullanım amaçları ve akademik başarıya göre öğrencilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin değişimleri incelenmiştir. Aynı zamanda sosyodemografik özelliklere göre depresyon ve anksiyete düzeylerinin değişiminin de üzerinde durulmuştur. Kruskal Wallis H testi ile analiz edilen, depresyon düzeyine göre okul başarısının değişiminin incelendiğinde araştırma bulgularına göre, zayıf, orta, iyi, pek iyi şeklinde gruplandırılan okul başarısı yükseldikçe, depresyon düzeyi düşüş göstermiştir ($p<.01$) ancak öğrenim görülen sınıf seviyesine göre depresyon düzeyi anlamlı bir şekilde farklılaşmamış ($p>.05$).

Son olarak, ruh sağlığı değişkenlerinden biri olan ve PMS ile olası ilişkisinin incelendiği öfke düzeyinin, sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığının üzerinde durulduğu araştırmalara odaklanılmıştır. Albayrak ve Kutlu'nun (2009), 16-18 yaşlarındaki 276 kişi ile araştırmasında, öfke ifade tarzları ile ilişkili olabilecek faktörler incelenmiştir. Öfke düzeyleri Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ölçümlenmiş ve daha sonra sosyodemografik değişkenler ile değişimi incelenmek üzere Spearman korelasyon testi ve tek yönlü varyans analizine tabi tutulmuştur. Bulgular göstermiştir ki değerlendirilen sosyodemografik değişkenlerinden biri olan okul başarısı, sürekli öfke ($p<.01$) alt boyutu dışında, tüm öfke alt boyutları üzerinde anlamlı bir belirleyici değildir ($p>.05$). Ayrıca, bulunulan yaşa göre de öfke alt boyutları düzeyleri anlamlı bir şekilde farklılaşmaya gitmemiştir ($p>.05$).

Aydınlı'nın (2014), 390 erkek 690 kız toplamda 1080 öğrenci ile yürüttüğü araştırma İstanbul ilinde yapılmıştır. Çalışmada kişilerarası çatışma çözme

yaklaşımları, sosyal karşılaştırma, umutsuzluk ve öfke türlerinin düzeylerinin ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca, bu ruh sağlığı değişkenlerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi de değerlendirilmiştir. Öfke alt boyutlarının sosyodemografik değişkenlere göre değişimi Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ile ölçülüp, Ki kare testi ile analiz edildiğinde, anne eğitim seviyesine göre, öfke alt boyutlarından sürekli öfke ($p<.01$), öfke dışı ($p<.05$), öfke kontrol ($p<.01$) düzeyleri anlamlı olarak farklılaşırken, öfke içte alt boyutu düzeyi annenin eğitim seviyesine göre anlamlı değişim göstermemiştir ($p>.05$). Baba eğitim seviyesine göre öfke alt boyutlarının değişimi incelendiğinde ise sürekli öfke ve öfke dışı alt öfke boyutları anlamlı değişim gösterirken ($p<.01$), öfke içe ve öfke kontrol alt boyutları anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür ($p>.05$). Ayrıca, öfke düzeyinin yaşlara göre değişimine bakıldığında öfke içte boyutu hariç ($p<.05$), diğer öfke alt boyutlarının hepsinin anlamlı yaşa göre değişim göstermediği bulunmuştur ($p>.05$). Öğrenim görülen sınıfa göre öfke alt boyutlarının farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde ise tüm öfke alt boyutlarının anlamlı olarak değişim göstermediği görülmüştür ($p>.05$). Son olarak, annelerin ve babalarının çalışma durumuna göre öfke alt boyutlarının farklılaşma gösterip göstermediği değerlendirildiğinde, annelerin ve babaların çalışma durumuna bağlı olarak öfke alt boyutları anlamlı bir şekilde farklılaşmamıştır ($p>.05$).

Erdoğan'ın 2015 yılında 15-17 yaşlarındaki 180 ergenle yaptığı araştırmasında, anksiyete düzeylerinin öfke yönetimi ve öfke ifade tarzı ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, aynı zamanda öfke alt boyutlarının bazı sosyodemografik özellikler olarak bakılan değişkenlere göre değişimi incelenmiştir. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ile ölçümlenen öfke alt boyutlarının, tek yönlü varyans analizi ile sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi gözlemlendiğinde, yaş ve sınıf değişkenine göre tüm öfke alt boyutları anlamlı değişim göstermezken ($p>.05$), bulunan yaşa ve öğrenim görülen sınıfa göre içte tutulan öfke boyutu dışında ($p<.05$), diğer öfke alt boyutları düzeyleri anlamlı olarak değişim göstermemiştir ($p>.05$).

Tüm bunlar değerlendirildiğinde, çalışmamız kapsamında, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfkenin, adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkisi ve aynı zamanda ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenerek, adet öncesi gerginlik sendromuna neden ya da sürdürücü faktör olabilecek olası ruh sağlığı problemlerinin değerlendirilmesi yapılacaktır.

Böylelikle hayatında adet öncesi gerginlik sendromundan etkilenerek, problem yaşayan ya da işlevlerini kaybeden genç kızlar ve kadınlar için yol gösterici faydalı bilgiler elde edilebilecektir.

BÖLÜM 2

AMAÇ ve HİPOTEZLER

2.1. Araştırmanın Amacı

Adet öncesi gerginlik sendromu ile yapılan araştırmalar incelenen değişkenler yönüyle çeşitlilik göstermekle birlikte, özellikle adet öncesi gerginlik sendromuna eşlik eden ruh sağlığı değişkenlerinin adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkisine odaklanan bir çok çalışma olduğu bilinmektedir. Diğer yandan, adet öncesi gerginlik sendromu ile ruh sağlığı arasındaki olası ilişkiyi inceleyen bu çalışmaların, ruh sağlığı değişkenleri arasındaki etkileşimleri göz ardı ettiği ve her bir değişkenin tek tek adet öncesi gerginlik sendromu üzerindeki etkilerini analiz ettiği de literatürden elde edilen veriler arasındadır. Başka bir deyişle, adet öncesi gerginlik sendromu ile ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkisine bütüncül açıdan yaklaşan sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür.

Tüm bu veriler ışığında, araştırmamızın ilk adımında, literatür çalışmalarıyla paralel olarak, öfke ve yaşam kalitesi gibi ruh sağlığı değişkenlerinin adet öncesi gerginlik sendromu ile ilişkisi ayrı ayrı değerlendirilmiş ve literatürle olan uyumu üzerinde durulmuştur. Sonrasında, ruh sağlığı değişkenlerinin karşılıklı ilişkileri göz önünde tutularak söz konusu ilişkilerin anlamlılığı incelenmiş ve adet öncesi gerginlik sendromu ile etkileşime birlikte geçildiğindeki olası aracı etkileri araştırma konusu edilmiştir. Araştırmanın en temel ve önemli adımında ise depresyon, öfke ve yaşam kalitesi değişkenlerinin birbirleriyle etkileşimde olduğu durumda, adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkilerinin nasıl değişim gösterdiği araştırılmıştır. Bu doğrultuda ilk olarak, yaşam kalitesi ile adet öncesi gerginlik sendromu arasındaki ilişkide, yaşam kalitesinin yordayıcı etkisinin anlamlılığına bakılmış ve depresyonun varlığının bu yordayıcı ilişki üzerindeki aracı (medyatör) etkisi yorumlanmıştır. Daha sonra ise yaşam kalitesinin adet öncesi gerginlik sendromu üzerindeki yordayıcı

etkisinin anlamlılığı ve öfkenin söz konusu ilişki üzerindeki aracı (medyator) rolü izlenmiştir. Son olarak da depresyon ve adet öncesi gerginlik sendromu arasındaki ilişkide, ilişkinin kuvveti ve anlamlılığı göz önünde bulundurularak, söz konusu ilişki üzerindeki öfkenin aracı (medyator) etkisi incelenmiştir.

Bu çalışmanın yan amaçları dahilinde betimsel analizlere de yer verilmiş ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerine dair detaylı bilgiler verilmiştir. Söz konusu değişkenlerin literatür uyumu değerlendirilmiş ve adet öncesi gerginlik sendromu, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeyleri gibi ruh sağlığı değişkenleri ile olan ilişkileri incelenmiştir. Araştırmanın diğer bir adımında ise katılımcıların sosyodemografik özelliklerine dair detaylı bilgi verilmiş, literatür uyumu değerlendirilmiş ve adet öncesi gerginlik sendromu, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere ve ilişkilerin anlamlılığına odaklanılmıştır. Diğer yandan bu araştırmada, literatür araştırmalarına daha önceden konu edilmiş sosyodemografik değişkenlerin incelenmesinin yanı sıra, ilk kez bu araştırma kapsamında incelenen bazı sosyodemografik verilerin de ruh sağlığı ile olan ilişkisi analiz edilmiştir.

2.2. Hipotezler

1- Depresyon, öfke ve yaşam kalitesi gibi ruh sağlığı değişkenleri adet öncesi gerginlik sendromu üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkiye sahiptir. Aynı zamanda, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi aralarında da birbiri ile ilişki göstermektedir. Bu yönde oluşturulan işlemsel hipotezler şunlardır:

- a) Adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkide, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça, depresyon düzeyi de artış göstermektedir.
- b) Adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile öfke düzeyi arasındaki ilişkide, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça, öfke düzeyi de artış göstermektedir.
- c) Adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkide, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça, yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir.
- d) Depresyon düzeyi ile öfke düzeyi arasındaki ilişkide, depresyon düzeyi artış gösterdikçe, kişinin öfke düzeyi de artış göstermektedir.
- e) Depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında ilişkide, depresyon düzeyi artış gösterdikçe, bireyin yaşam kalitesi düzeyi düşüşe geçecektir.

- f) Yaşam kalitesi düzeyi ile öfke düzeyi arasındaki ilişkide, bireylerin yaşam kalitesi düzeyi artış gösterdikçe, öfke düzeylerinin azaldığı görülmektedir.

2- Yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenleri, PMS üzerindeki etkilerinin yanı sıra birbirleriyle de ilişki içindedir ve her bir değişken bir diğerinin PMS ile olan ilişkisinde aracı (medyatör) görevi üstlenmektedir. Bu doğrultuda geliştirilen işlemsel hipotezler şu şekildedir:

- a) Depresyon düzeyi, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkide medyatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- b) Öfke düzeyi, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkide medyatör (aracı) görevi üstlenmektedir.
- c) Öfke düzeyi, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkide medyatör (aracı) görevi üstlenmektedir.

3- Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, sosyodemografik değişkenlere göre farklılık gösterecektir. İncelemeye konulacak işlemsel hipotezler aşağıda belirtildiği gibidir:

- a) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların yaşlarına göre farklılaşacaktır.
- b) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların öğrenim gördüğü sınıf derecelerine göre farklılaşacaktır.
- c) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerine göre farklılaşacaktır.
- d) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların babalarının eğitim düzeylerine göre farklılaşacaktır.
- e) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların annelerin çalışıyor olup olmamalarına göre farklılaşacaktır.

- f) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların babalarının çalışıyor olup olmamalarına göre farklılaşacaktır.
- g) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların okul başarılarına göre farklılaşacaktır.
- h) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların ilgilendiği bir aktivitenin olup olmamalarına göre farklılaşacaktır.
- i) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların ilk adet gördükleri yaşlara göre farklılaşacaktır.
- j) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların adet görme sürelerinin uzunluklarına göre farklılaşacaktır.
- k) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların adet görme düzenlerine göre farklılaşacaktır.
- l) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların adet görme ile ilgili anneleriyle konuşabilme düzeylerine göre farklılaşacaktır.
- m) Adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri, katılımcıların adet görmeleri ile ilgili yaşadıkları bir problem üzerine tedavi (ilaç) görüp görmemelerine göre farklılaşacaktır.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

3.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması

Araştırma, niteliksel yöntemler kullanılarak, ergenlerdeki adet öncesi gerginlik sendromu ile depresyon, yaşam kalitesi ve öfke düzeyi gibi ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve analiz etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul il merkezinde konumlanan ve sosyoekonomik açıdan denk değerlendirilebilecek Ergün Öner Mehmet Öner Anadolu Lisesi ve Dr. Mümtaz Turhan Sosyal Bilimler Lisesi'ndeki öğrencilerden oluşmaktadır (n=156). Katılımcıların, 15 yaş 0 ay ile 18 yaş 12 ay arasında olması araştırmanın tek içleme kriteridir. Diğer yandan, araştırma için herhangi bir dışlama kriteri belirlenmemiştir.

3.1.2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırma katılımcıları, 15-18 yaşlarında lisede öğrenim gören kız öğrencilerden oluşmaktadır. Evrenden örneklem, liselerden rastgele bir şekilde seçilip belirlenen ve lise birden lise son sınıfa kadar olan sınıflar araştırmaya dahil edilmiştir. 158 kız öğrenci çalışmaya katılmıştır ancak 2 katılımcının yaşı (14 yaş) hedeflenen araştırma yaşından küçük olduğu için değerlendirmeye dahil edilmemiş ve araştırma 156 ergen kız öğrenci ile tamamlanmıştır.

Tablo 3.1'deki katılımcı demografik verileri incelendiğinde, örneklemin %29.5'ini (n=46) 15 yaşındaki, %30.1'ini (n=47) 16 yaşındaki, %22.4'ünü (n=35) 17 yaşındaki ve %17.9'unu (n=28) 18 yaşındaki kız ergenlerin oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların okuduğu sınıflara bakıldığında ise %23.1'inin (n=36) 9. sınıf, %28.8'inin (n=45) 10. sınıfta, %30.8'inin (n=48) 11. sınıfta ve %17.3'ünün (n=27) 12. sınıfta olduğu bildirilmiştir.

Ayrıca, örneklemin ebeveynlerinin eğitim durumları incelendiğinde, annelerin %18.6'sının (n=29) ilköğretim mezunu, %19.2'sinin (n= 30) ortaokul mezunu, %36.5'inin (n=57) lise mezunu ve %25.6'sının üniversite ve üzeri derecelerden mezun olduğu bulunmuştur. Babaların eğitim durumlarına bakıldığında ise %9.6'sının (n=15) ilköğretim, %17.3'ünün (n=27) ortaokul, %35.9'unun (n=56) lise ve %37.2'sinin (n=58) üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bilinmektedir.

Katılımcıların annelerinin ve babalarının çalışıp çalışmadığı incelendiğinde, annelerin %37.8'inin (n=59) çalıştığı, %62.2'sinin (n=97) çalışmadığı ve babaların %93.6'sının (n=146) çalıştığı, %6.4'sının (n=10) ise çalışmadığı bulunmuştur.

Örneklemin kendi okul başarılarını düşük, orta veya yüksek düzey üzerinden değerlendirmeleri istendiğinde, %62.8'inin (n=98) orta düzeyde başarılı, %37.2'sinin (n=58) yüksek düzeyde başarılı olarak değerlendirdiği bildirilmiştir. Herhangi bir aktiviteyle ilgilenip ilgilenmedikleri sorulduğunda ise %69.9'unun (n=109) aktiviteyle ilgilendiğini, %30.1'inin (n=47) bir aktiviteyle ilgilenmediği bulunmuştur.

Adet düzenleri hakkında yöneltilen sorulara bakıldığında, katılımcılarda ilk adet görmenin %8.3'ü (n=13) 11 yaşında, %35.9'unun (n=56) 12 yaşında, %40.4'ünün (n=63) 13 yaşında, %12.2'sinin (n=19) 14 yaşında ve %3.2'sinin (n=5) 15 yaşında gerçekleştiği bulunmuştur. Anneleriyle adet ve sorunları üzerine ne kadar rahat konuşabildikleri sorulduğunda ise %3.2'si (n=5) hiç, %5.1'i (n= 8) biraz, %20.5'i (n=32) orta ve %71.2'si (n=111) çok düzeyde konuşabildiklerini paylaşmışlardır. Ek olarak, katılımcıların adet görme uzunluğu irdelendiğinde, %19.2'sinin (n=30) 4 ve 4 günden kısa süreli olarak, %25'inin (n=39) 5 gün süreyle, %26.3'ünün (n=41) 6 gün süreyle, %24.4'ünün (n=38) 7 gün süreyle ve %5.1'inin (n=8) 8 ve 8 günden fazla süreyle adet gördükleri görülmektedir. Kız ergenlerden adet düzenlerini değerlendirmeleri istendiğinde ise %14.1'isi (n=22) adetini her zaman aksar, %60.9'unu (n=95) adetini arada sırada aksar ve %25'ini (n=39) adetini her zaman düzenli olarak bildirmiştir. Son olarak, adetleri üzerine herhangi bir tedavi görüp görmedikleri sorulduğunda, %91.7'si (n=143) herhangi bir tedavi görmediklerini, %8.3'nün (n=13) ise ilaç tedavisi gördükleri raporlanmıştır.

Tablo 3.1

Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		N	Yüzde (%)
Yaş	15	46	29.5
	16	47	30.1
	17	35	22.4
	18	28	17.9
Sınıf	9	36	23.1
	10	45	28.8
	11	48	30.8
	12	27	17.3
Anne eğitimi	İlköğretim	29	18.6
	Ortaokul	30	19.2
	Lise	57	36.5
	Üniversite ve üzeri	40	25.6
Baba eğitimi	İlköğretim	15	9.6
	Ortaokul	27	17.3
	Lise	56	35.9
	Üniversite ve üzeri	58	37.2
Anne çalışması	Evet	59	37.8
	Hayır	97	62.2
Baba çalışması	Evet	146	93.6
	Hayır	10	6.4
Okul başarısı	Hiç	0	0
	Orta	98	62.8
	Yüksek	58	37.2
İlgilenilen aktivite	Evet	109	69.9
	Hayır	47	30.1

Tablo 3.1-Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (devamı)

Adet görme yaşı			
	11	13	8.3
	12	56	35.9
	13	63	40.4
	14	19	12.2
	15	5	3.2
Adet süresi			
	4 ve 4'ten az	30	19.2
	5	39	25
	6	41	26.3
	7	38	24.4
	8 ve 8'den fazla	8	5.1
Adet düzeni			
	Her zaman aksar	22	14.1
	Arada sırada aksar	95	60.9
	Her zaman düzenli	39	25
Anne ile adet konuşması			
	Hiç	5	3.2
	Biraz	8	5.1
	Orta	32	20.5
	Çok	111	71.2
Adet üzerine tedavi			
	Evet	13	91.7
	Hayır	143	8.3

Not: N=156.

3.2. Veri Toplama Araçları

Uygulanan araştırma ölçekleri Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu, Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ergen Formu) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'dir.

3.2.1. Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

Araştırmacı tarafından, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine erişmek ve adet düzenleri ile ilgili bilgi almak üzere hazırlanan veri formudur. Formda

katılımcıların yaşı, sınıfı, anne eğitimi, baba eğitimi, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu, katılımcının okul başarısı, ilgilendiği aktivitenin olup olmaması, ilk adet görme yaşı, adet süresinin uzunluğu, adet düzeni, adet hakkında anne ile konuşabilme ve adet üzerine tedavi görüp görmemesi konularına dair soruları cevaplamaları beklenmektedir.

3.2.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği

Adet öncesi gerginlik sendromunu düzeyini ve belirtilerini ölçmek için 2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilen ve güvenilirliği yapılan Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. 5 seviyeden oluşan (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir ve 44 maddeden oluşmaktadır. “Adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumu düşünülerek katılımcılardan soruları cevaplamaları istenmektedir. Ölçeği değerlendirirken, “Hiç” yanıtı 1 puan, “Çok az” yanıtı 2 puan, “Bazen” yanıtı 3 puan, “Sık sık” yanıtı 4 puan ve “Sürekli” yanıtı 5 puan olarak alınır.

Ölçek, premenstrual sendrom ölçeği puan toplamı ve 9 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar; depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinliktir. 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. soruları depresif duygulanım, 8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. sorular anksiyete, 12., 14., 17., 18., 25. ve 37. sorular yorgunluk, 19., 20., 21., 22. ve 23. sorular sinirlilik, 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. sorular depresif düşünceler, 31., 32., 33. sorular ağrı, 34., 35. ve 36. sorular iştah değişimleri, 38., 39. ve 40. sorular uyku değişimleri ve 41., 42. ve 43. sorular şişkinlik alt ölçek sorularını içermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’dir.

Gençdoğan (2006), 110 ve üzerinde toplam puan alan bireylerin, premenstrual sendroma sahip olduğu yönünde değerlendirilmesini önermektedir. Diğer bir deyişle, ölçekten elde edilen puanlar ne kadar yüksekse, premenstrual sendrom belirtilerinin de o kadar yüksek olacağı şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu araştırmada PMS düzeyi, PMS var veya yok değerlendirilmesi yapılmadan ve ölçeğin alt ölçek puanları hesaplanmayarak toplam PMS puanı üzerinden, genel olarak değerlendirilmiştir.

Gençdoğan’ın ölçeği geliştirdiği araştırmasının güvenilirlik analizinde, cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur (2006). Araştırmamızdaki güvenilirlik analizine göre ise cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak belirlenmiştir.

3.2.3. Beck Depresyon Envanteri

Öz değerlendirme yapılarak, depresyon varlığı ve düzeyini belirlemek üzere oluşturulan ölçek, 13 yaş ve üzerindeki örneklem ile, Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş ve 1978 ile 1996 yıllarında revize edilmiştir (Beck ve ark. 1988). Ölçeğin, ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1989 yılında Hisli tarafından, 17-23 yaş aralığındaki üniversite öğrencileri ile yapılmıştır. Bireyin kendinde algıladığı depresif düşünceleri, öznel olarak inceleyen ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Depresyon ile birlikte seyreden istem dışı gelişen, bilişsel yapıya, duygusal küreye ve motivasyona dair belirtileri inceleyen ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3'tür. Ölçek değerlendirilirken, Beck tarafından, 0-9 puan arası minimal, 10-18 puan arası hafif, 19-29 puan arası orta ve 30-63 puan arası ise şiddetli düzeyde depresif belirtileri temsil etmekte olarak yorumlanması önerilmektedir.

Beck tarafından yapılan geçerlik güvenilirlik çalışmaları sonucunda iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur (1978). Hisli'nin (1989) yapmış olduğu, Türkçe güvenilirlik araştırmasına göre, ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.80'dir. Yapılan bu çalışmada ise ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak raporlanmıştır.

3.2.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ergen Formu)

Yaşam kalitesi ölçeği, Varni ve arkadaşları tarafından, ilk olarak 1999 yılında kanser hasta örnekleme ile geliştirilmiştir. 2001 yılında, yine Varni ve arkadaşları tarafından sağlıklı 2-18 yaş arasındaki çocuklar ve ergenler için yeniden düzenlenmiştir. Beşli likert tipi ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması ise Memik ve arkadaşları tarafından 13-18 yaş ergenleri için 2007 yılında yapılmıştır. Yaşam kalitesi toplam skoru hesaplanabildiği gibi duygusal, sosyal, fiziksel ve okul işlevselliği, yaşam kalitesi ölçeği alt dalı olarak incelenebilmektedir. Alt ölçeklerde, duygusal, sosyal ve okul işlevselliği için soru sayısı 5 adet iken, fiziksel işlevsellik için 8 soru oluşturulmuştur. Ölçeğin her maddesi "Hiçbir zaman" yanıtı için 0 puan, "Nadiren" yanıtı için 1 puan, "Bazen" yanıtı için 2 puan, "Sıklıkla" yanıtı için 3 puan ve "Hemen her zaman" yanıtı için 4 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puanlar, ölçek soruları olumsuz yapıda oluşturulduğu için, alınan puan yükseldikçe, yaşam kalitesinin o seviyede düşük olacağı şeklinde yorumlanmıştır.

Varni ve arkadaşlarının (2001) yapmış olduğu araştırmanın toplam skor için iç tutarlılığı 0.88 olarak saptanmıştır. Memik ve arkadaşları tarafından 13-18 yaşları

arasındaki ergenler ile Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin toplam puanı için iç tutarlılığın 0.83 olduğu görülmüştür (2007). Yapılan bu araştırmanın sonucunda ise toplam puan cronbach alpha katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamında, yaşam kalitesi düzeyi, toplam yaşam kalitesi skorları üzerinden hesaplanmış ve toplam yaşam kalitesi puanları ile analizler tamamlanmıştır.

3.2.5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Öfke boyutunu ölçmeyi hedefleyen ölçek, Spielberger tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve güvenilirlik çalışması 1994 yılında, lise ve üniversite öğrencileri ile Özer tarafından yapılmıştır. Spielberger'in geliştirdiği ölçek 44 sorudan oluşmakta ve durumsal duygu durumlarını (durumluluk öfke) ve öfkeye yatkınlığı ölçümlemeyi hedeflemiştir. Diğer yandan, ölçeğin Türkçe uyarlaması, 34 sorudan oluşmakta ve durumluk öfke boyutunu içermemektedir (Evren ve ark., 2011). 4 seviyeli likert tipi ölçek değerlendirilirken, 1 puan "Hiç" yanıtı, 2 puan "Biraz" yanıtı, 3 puan "Oldukça" yanıtı ve 4 puan "Tümüyle" yanıtı olarak değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 136'dır. Aynı zamanda, ölçek üç alt öfke ifade boyutuna sahiptir. Bu öfke ifade boyutları ise kontrol altına alınmış öfke türü (8 madde), dışa yöneltilen öfke türü (8 madde) ve içe yöneltilen öfke türü (8 madde) olmak üzere 3 alt türde oluşturulmuştur (Özer, 1994). Bu çalışmada ise öfke düzeyi incelenirken, Evren ve arkadaşlarının çalışmasında (2011) olduğu gibi toplam öfke skoru hesaplanarak işlem yapılmış ve çalışmanın öfke boyutu için iç tutarlılık cronbach alpha katsayısı ise 0.68 bulunmuştur.

3.3. İşlem

Araştırma, niteliksel yöntemler kullanılarak, ergenlerdeki adet öncesi gerginlik sendromu ile depresyon, yaşam kalitesi ve öfke düzeyi gibi ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve analiz etmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel desene sahip olan araştırmaya, etik açıdan uygun olduğuna ve yapılabileceğine dair Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 28.11.2017 tarihinde onay verilmiştir (Bkz Ek-H). Hedeflenen örnekleme ulaşılabilmesi için de İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 26.01.2017 tarihinde gerekli izinler alınmıştır (Bkz Ek-I).

Gerekli izinler alındıktan sonra, uygulamayı yapabilmek için araştırmanın yapılacağı liselere gerekli izinlerle başvurulmuş ve liselerin yetkililerinden de izin alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma örneklemini henüz 18 yaşını doldurmamış bireyler oluşturduğundan, ilk olarak katılımcıların ebeveynlerinden ‘‘Veli Bilgilendirme ve Onay Formu’’ ile araştırma katılımına dair izin alınmıştır. Velinin onay vermiş olduğu katılımcıların, araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ ile rızası alınmış ve sonrasında araştırma ölçekleri katılımcılara şubat 2017 tarihinde uygulanmıştır. Ölçek sorularını cevaplandırırken katılımcıların kendilerini rahat hissetmeleri için, sadece kız öğrencilerin bulunduğu bir ortamda uygulamanın yapılması tercih edilmiştir (kütüphane ve kız yurdu).

3.4. Veri Analizi

Araştırmanın istatistiksel bulguları SPSS 21.0 İstatistiksel Veri Analizi programı kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde $p < 0.5$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir. İlk olarak, PMS ile depresyon, öfke ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin varlığı ve olan ilişkinin düzeyi ile yönünü incelemek üzere ‘‘Pearson Korelasyon Analizi’’ kullanılmıştır.

İkinci adımda, PMS bağımlı değişken olarak belirlendiğinde, depresyon, öfke ve yaşam kalitesinin her birinin bir diğer değişken üzerinde medyatör (aracı) değişken etkisi yaratabileceği düşünülerek, ‘‘Doğrusal Hiyerarşık Regresyon Analizi’’ ile medyatör etkinliği ve anlamlılığı incelenmiştir.

Medyatör etkiyi değerlendirmek üzere kurgulanan analizde, Baron ve Kenny'nin (1986) medyatör etki analizi adımları takip edilmiştir. Analizin yapılabilmesi için Baron ve Kenny tarafından belirlenen dört koşulun yerine getirilip getirilemediği test edilmiştir. Bu modele göre, bağımsız değişkenlerden seçilerek oluşturulan yordayıcı değişken ile bağımlı değişkenlerden seçilen yordanan değişken arasında ve yordayıcı ile medyatör değişken arasında anlamlı bir karşılıklı ve yordayıcı ilişki olması beklenir. Daha sonra, yordanan değişkenin üzerindeki yordayıcı ve medyatör değişken etkisinin birlikte anlamlı olması istenir ve medyatör değişkenin varlığının, yordayıcı ve yordanan değişken üzerindeki etkisini belirlemek için, medyatör değişkenin etkisinin kontrolü sağlanır. Medyatör değişken kontrol edildiğinde, yordayıcı ve yordanan değişken arasındaki karşılıklı ilişki anlamlı

olmaya devam ediyor ancak korelasyon katsayısı düşüyorsa kısmi bir medyatör etkiden söz edilir.

Diğer yandan, yordayıcı ve yordanan değişken arasındaki karşılıklı ilişki anlamsızlaşıyor ise sonuçlar tam bir medyatör etki vardır şeklinde yorumlanabilir (Baron ve Kenny, 1986). Medyatör etkinin anlamlılığı ise “Sobel Z testi” kullanılarak incelenmiştir.

Son olarak, sosyodemografik veri formunda yöneltilmiş olan sorulardaki değişkenlerin, PMS, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeyine yönelik etkileri incelenmek istenmiş ve bu doğrultuda “Bağımsız örneklem için t testi” (Independent samples t test) ve “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) kullanılmıştır. Ayrıca, gruplar arasındaki farklar anlamlı bulunduğunda, Post Hoc testleri ile değişkenlerin hangi gruplar arasında daha fazla anlamlı olduğuna bakılmıştır. Hangi Post Hoc analizinin yapılacağına karar verirken de Levene testin anlamlı olup olmamasına dikkat edilmiştir. Levene test sonucuna bakıldığında, p değeri anlamlı olmadığı takdirde varyanslar eşit dağılmış varsayılmıştır ve böylece, “Tukey HSD Post Hoc Analizi” kullanılarak değişkenlerin gruplar arası farkların detaylarına bakılmıştır. Aksi halde, p değeri anlamlı ise varyanslar homojen olarak dağılmamış kabul edilmiş ve sonrasında “Games-Howell Post Hoc Analizi” kullanılarak anlamlı farklılaşmaların detaylarına ulaşılmıştır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Depresyon, Öfke ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Analizi

15-18 yaşlarındaki ergenlerin, adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) ile depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla oluşturulan araştırmada, araştırma hipotezlerinin incelemek için istatistiksel analizler yapılmıştır. İlk olarak, katılımcıların PMS, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeylerinin arasındaki karşılıklı ilişkilerin niteliklerini belirlemek amacıyla değişkenlere “Pearson Korelasyon Analizi” uygulanmıştır. Daha sonra, söz konusu değişkenler arasındaki olası ilişkilerin anlamlılığını ve güçlülüğünü göz önünde bulundurularak ve değişkenlerin kendi arasında aracı etkisi olabileceği düşünülerek “Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizi”, yani medyatör etki analizleri yapılmıştır.

4.1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu, Depresyon, Öfke ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki Karşılıklı İlişkinin Analizi

İlk adımda, değişkenler olarak alınan PMS, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeyi arasındaki muhtemel karşılıklı ilişkilere odaklanılmıştır. Bunun üzerine, söz konusu ilişkilerin boyutlarını ve yönünü değerlendirmek amacıyla “Pearson Korelasyon Testi” uygulanmıştır.

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere, PMS düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasında ($r=.568$, $p=.000$), PMS düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ($r=.459$, $p=.000$) ve PMS düzeyi ile öfke düzeyi arasında ($r=.336$, $p=.000$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir deyişle, PMS düzeyi artış gösterdikçe, depresyon ve öfke düzeyinin de artışa geçtiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak, PMS ve yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelatif ilişki varmış gibi görünse de yaşam

kalitesi ölçeğinden alınan yüksek puanların, düşük yaşam kalitesini temsil etmesi dolayısıyla, bu iki değişken arasındaki ilişkinin negatif yönde yorumlanması gerekmektedir. Diğer bir deyişle, PMS düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin düştüğü anlaşılmalıdır.

Ek olarak, yaşam kalitesi düzeyi ile depresyon düzeyi arasında da anlamlı bir karşılıklı ilişki olduğu görülmektedir ($r=.419$, $p=.000$). Yani, yaşam kalitesi düştükçe, depresyon düzeyi artış göstermektedir. Depresyon ve öfke değişkenleri de bir diğer pozitif yönlü anlamlı ilişkiye sahip olan değişkenlerdir ($r=.255$, $p=.001$). Diğer bir ifadeyle, depresyon düzeyi arttıkça, öfke düzeyi de artış göstermektedir. Öfke düzeyi ile yaşam kalitesi düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise orta düzeyde anlamlı ve olumlu yönde bir korelatif ilişki saptanmıştır ($r=.225$, $p=.005$). Tüm bu veriler, yaşam kalitesinin düşmesinin öfke düzeyini arttıracığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 4.1

Pearson Korelasyonuna göre Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Öfke Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

	PMS	Öfke	Depresyon	Yaşam Kalitesi
PMS				
Öfke	.336**			
Depresyon	.459**	.255**		
Yaşam Kalitesi	.568**	.225**	.419**	

Not: ** $p<.01$. N=156.

4.1.2. Medyatör Etki Analizi

Pearson korelasyon analizi sonucunda, tüm değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ek olarak, karşılıklı ilişkisine bakılan değişkenler arasındaki bağıntının niteliğinin ve kuvvetinin, aracı bir değişkenden etkilenip etkilenmediğini ve etkilendi ise düzeyini öğrenebilmek adına medyatör (aracı) etki analizine yapılması hedeflenmiş ve “Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analizi” uygulanmıştır.

Medyatör etkinliğinin incelenmesi için, dört önemli şarta sahip olan Baron ve Kenny (1986) medyatör etki analizi yöntemi seçilmiştir. Yönteme göre, ilk olarak, bağımsız değişkenlerden seçilerek oluşturulan yordayıcı değişken ile bağımlı değişkenlerden seçilen yordanan değişken arasında anlamlı bir yordayıcı etkinin olması beklenir. Bir sonraki adımda, yordayıcı değişken ile bağımsız değişkenlerden

oluşan medyatör (aracı) değişken arasında anlamlı karşılıklı ve yordayıcı bir ilişki olması istenir. Üçüncü adımda, yordanan değişken üzerindeki yordayıcı ve medyatör değişken etkisinin birlikte anlamlı olması hedeflenir. Son olarak da, medyatör değişken kontrol edildiğinde, yordayıcı değişken ile yordanan değişken arasındaki ilişkide düşüş gözlenmesi veya ilişkinin anlamsızlaşması beklenir. Yordanan değişken ile yordayıcı değişken arasındaki ilişki anlamsızlaştığı takdirde tam bir medyatör etkinin, ilişkinin anlamlılığı devam ediyor lakin zayıflıyor ise kısmi medyatör etkinin varlığından söz edilebilir (Baron ve Kenny, 1986).

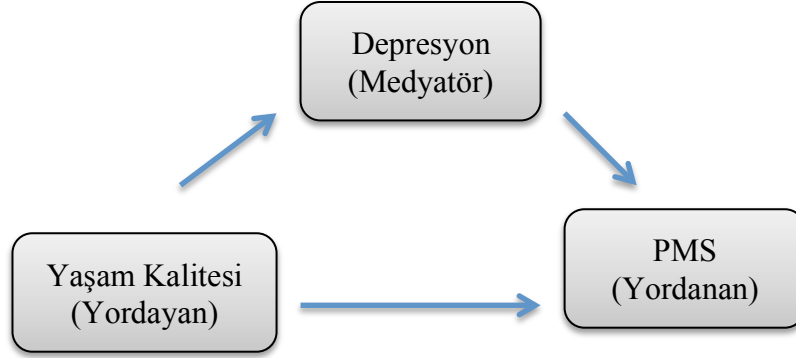
Regresyon analizi sonrasında, medyatör değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisi kontrol edildiğinde, yordayıcı değişken, yordanan değişken üzerindeki anlamlılığını sürdürüyor ancak yordayıcı değişkenin, yordanan değişken üzerindeki etkisi azalıyor ise bu etkinin anlamlı bir şekilde azalıp azalmadığına “Sobel Z Testi” kullanılarak bakılmıştır.

Sonuç olarak, aracı değişken etkisini incelemek için PMS’in bağımlı değişken olarak seçilip yordanan olduğu, üç farklı model oluşturulmuştur. Bunlardan ilki, yaşam kalitesinin yordayıcı (bağımsız değişken), PMS’in yordanan (bağımlı değişken) ve depresyonun medyatör (aracı değişken) olarak belirlendiği modeldir. İkincisi, yaşam kalitesinin yordayan (bağımsız değişken), PMS’in yordanan (bağımlı değişken) ve öfkenin medyatör (aracı değişken) seçilerek oluşturulan modeldir. Son belirlenen model ise depresyonun yordayıcı (bağımsız değişken), PMS’in yordanan (bağımlı değişken) ve öfkenin yine medyatör (aracı değişken) olarak incelendiği bir bağlamda kurulmuştur.

4.1.2.1. Yaşam Kalitesi ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Depresyonun Aracı Etkisi

Araştırmanın bu adımında, Şekil 1’de de görüldüğü üzere, yaşam kalitesinin yordayıcı, PMS’in yordanan ve depresyonun aracı (medyatör) değişken olarak belirlendiği bir model geliştirilmiştir. Söz konusu değişkenler arası ilişkilere dair medyatör etki analizine geçmeden önce Baron ve Kenny’nin medyatör etki analizi için gerekli olan kriterlerin yerine getirilip getirilmediği tahlil edilmiş ve değişkenler arasındaki ilişkilerin ilk üç kriteri karşıladığı görülmüştür. Medyatör değişken kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamsız olması gerektiğini belirten dördüncü kriter ise yerine getirilememiş, fakat medyatör değişken kontrol edildiğinde yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkinin gücünde bir azalma kaydedildiğinden kısmi medyatör etkiden bahsedilebileceği

düşünülmüştür. Doğrusal hiyerarşik regresyon analiziyle değişkenler arasındaki olası ilişkiler değerlendirildikten sonra, Sobel z testi ile olası medyatör ilişkisinin anlamlılığı değerlendirilmiştir.



Şekil 4.1

Model 1- Yaşam Kalitesi ve PMS Arasındaki İlişkide Depresyonun Medyatör Etkisi

Model 1’de olduğu ve Tablo 4.2’de görülebileceği gibi, yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkinin, depresyonun aracı varlığından nasıl bir şekilde etkilendiğinin incelenmesine, Baron ve Kenny (1986) modelindeki anlamlı olması beklenen regresyon analizleri yapılarak başlanmıştır. Öncelikle, yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkide, yaşam kalitesinin PMS’i yordama durumuna odaklanıldığında, yaşam kalitesinin PMS için anlamlı bir tahmin edici olduğu ($\beta=.57$, $F(1,154)=73.158$, $p=.00$) ve PMS’in varyansının yaklaşık %32’sinin yaşam kalitesi tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.715$, $R^2=.32$, $p=.00$). Yordayıcı olan yaşam kalitesi ile aracı değişken olan depresyon arasındaki ilişkiye bakılan ikinci adımında ise yaşam kalitesinin, depresyon düzeyini anlamlı olarak yordadığı ($\beta=.42$, $F(1,154)=32.712$, $p=.00$) ve depresyonun varyansının yaklaşık %17’sini açıkladığı bulunmuştur ($b=0.301$, $R^2=.17$, $p=.00$). Son olarak, depresyonun yaşam kalitesi ile PMS ilişkisindeki medyatör (aracı) etkisini değerlendirebilmek üzere, yaşam kalitesi ve depresyonun beraber olarak PMS üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Sadece depresyonun da PMS’i anlamlı olarak tahmin ettiği ($\beta=.27$, $p=.00$) ve PMS’in varyansının yaklaşık %6’sının depresyon tarafından açıklandığı anlaşılmıştır ($b=1.133$, $R^{2\text{change}}=.06$, $p=.00$). Diğer yandan, yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkide, aracı değişken olan depresyon kontrol edildiğinde, yaşam kalitesinin, PMS üzerindeki yordayıcı etkisinin azaldığı ($\beta=.45$, $F(2,153)=47.241$, $p=.00$) ancak anlamlılığını kaybetmediği görülmüştür ($b=1.375$, $R^2=.38$, $p=.00$). Bu azalmanın

anlamlılığını incelemek amacıyla Sobel z testi yapılmış ve sonucunda, yaşam kalitesi ile PMS ilişkisi üzerinde, depresyonun anlamlı bir kısmi medyatör etkisi olduğu bulunmuştur ($z=3.18, p=.00$).

Tablo 4.2

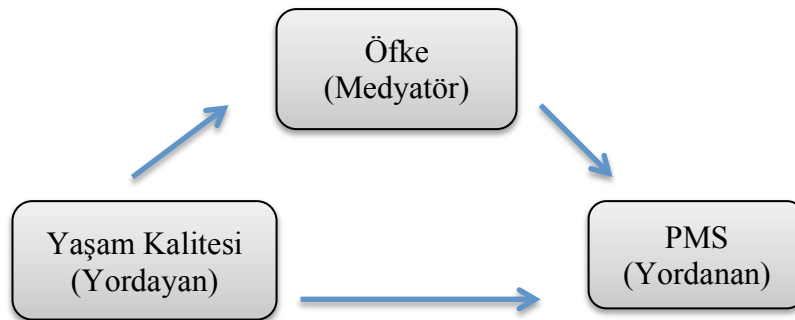
Doğrusal Hiyerarşik Medyatör Analizine göre Depresyonun Yaşam Kalitesi ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi

Model	B	β	p	F	R^2	ΔR^2
Yaşam	1.715	0.568	0.000	73.158**	0.322	0.322
Yaşam	1.375	0.455	0.000	47.241**	0.382	0.060
Depresyon	1.133	0.269	0.000			

Not: N= 156. ** $p<.01$.

4.1.2.2. Yaşam Kalitesi ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Öfkenin Aracı Etkisi

Şekil 4.2’de verilen, yaşam kalitesi düzeyinin yordayıcı, PMS düzeyinin yordanan, öfkenin ise aracı değişken olarak belirlendiği modelde, yaşam kalitesi düzeyi ile PMS düzeyi arasındaki anlamlı ilişkide, öfke düzeyinin aracı değişken olup olmadığı doğrusal hiyerarşik regresyon analiziyle incelenmek istenmiştir. Diğer yandan, Baron ve Kenny (1986) medyatör analizi için gerekli koşullar, yordayıcı-yordanan ilişkisinin anlamlılığını kaybetmesi adımına kadar sağlanmıştır. Tam medyatör etkiden bahsedilemediği halde kısmi medyatör etkisi gözlenmiştir ve bu etkinin anlamlılığını ölçümlemek için Sobel z testine başvurulmuştur.



Şekil 4.2

Model 2- Yaşam Kalitesi ve PMS Arasındaki İlişkide Öfke Düzeyinin Medyatör Etkisi

Tablo 4.3’te gösterilen model 2 bulguları ışığında, Baron ve Kenny (1986) medyatör analizi adımları takip edilmiştir ve anlamlı olması beklenen regresyon analizleri yapılmıştır. İlk olarak, yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkide, yaşam

kalitesinin PMS'i ne kadar tahmin ettiğine bakılmış ve yaşam kalitesinin, PMS üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.56$, $F(1,154)=73.158$, $p=.00$) ve yaşam kalitesinin PMS'i %32 oranında açıkladığı raporlanmıştır ($b=1.715$, $R^2=.32$, $p=.00$). İkinci analizde ise yaşam kalitesinin yordayıcı olarak, aracı değişken olan öfkeyi yordayıp yordamadığına bakılmış ve öfkenin yaşam kalitesi tarafından anlamlı bir şekilde tahmin edilebildiği ($\beta=.22$, $F(1,154)=8.231$, $p=.00$) ve yaşam kalitesinin öfkenin varyansını yaklaşık %5 seviyesinde açıkladığı bulunmuştur ($b=0.181$, $R^2=.05$, $p=.00$). Yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkide, öfkenin medyatör etkisini incelemek adına, son olarak, öfke ve yaşam kalitesinin PMS üzerindeki yordayıcı etkisine birlikte bakıldığında, öfkenin tek başına da PMS üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu ($\beta=.22$, $p=.00$) ve yalnız %4 seviyesinde PMS'in varyansını açıkladığı ortaya çıkmıştır ($b=0.825$, $R^{2\text{change}}=.04$, $p=.00$). Ayrıca, öfkenin yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkiye olan etkisi kontrol edildiğinde, yine yaşam kalitesinin PMS üzerinde anlamlı bir yordayıcı etkisinin olduğu ($\beta=.51$, $F(2,153)=44.517$, $p=.00$) ancak bu ilişkisinin zayıfladığı görülmektedir ($b=1.566$, $R^2=.36$, $p=.00$). Bu azalmanın anlamlılığını incelemek amacıyla Sobel z testi yapılmıştır. Sonucunda, yaşam kalitesi ile PMS düzeyi ilişkisi üzerinde, öfke düzeyinin anlamlı bir kısmi medyatör etkisi bulunmuştur ($z=2.1653$, $p=.03$).

Tablo 4.3

Doğrusal Hiyerarşik Medyatör Analizine göre Öfkenin Yaşam Kalitesi ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi

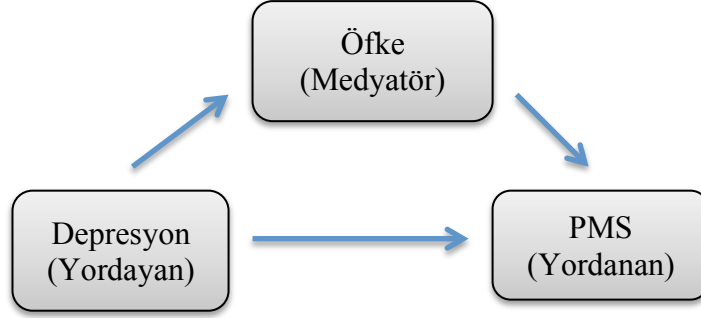
Model	B	β	p	F	R^2	ΔR^2
Yaşam	1.715	0.568	0.000	73.158**	0.322	0.322
Yaşam	1.566	0.518	0.000	44.517**	0.368	0.046
Öfke	0.825	0.220	0.001			

Not: N= 156. ** $p<.01$.

4.1.2.3. Depresyon ile PMS Düzeyleri İlişkisinde Öfkenin Aracı Etkisi

Son olarak, Şekil 4.3'te gösterildiği üzere, depresyonun düzeyinin yordayan, PMS düzeyinin yordanan olduğu modelde ise yordayıcı ile yordanan arasında anlamlı ve olumlu bir karşılıklı ilişki vardır. Bu ilişkinin, öfke düzeyinin varlığıyla etkileşim içinde olup olmayacağına bakabilmek adına, öfke düzeyinin medyatör olduğu bu model oluşturulmuştur. Baron ve Kenny'nin medyatör analizi adımları izlendiğinde, doğrusal hiyerarşik regresyon analizi ile tam medyatör etki

koşulu olan son adım karşılanamasa da, anlamlı kısmi etki gözlenmiştir. Bu amaçla, Sobel z testi üzerinden, anlamlılığını yitirmesini sağlamayan ancak yordanan ve yordayıcı değişken arasındaki ilişkiyi zayıflatan aracı değişken etkisine bakılması hedeflenmiştir.



Şekil 4.3

Model 3- Depresyon ve PMS Arasındaki İlişkide Öfke Düzeyinin Medyator Etkisi

Baron ve Kenny (1986) adımları takip edilerek, depresyon ve PMS arasındaki ilişkide öfkenin aracı etkisi incelenmek adına anlamlı olması beklenen regresyon analizleri düzenlenmiştir. Tablo 4.4'deki model 3'teki medyatör etkinin incelendiği sonuçlara göre, başta depresyon ve PMS ilişkisinde, depresyonun PMS'i ne derece yordadığı incelenmiştir. PMS'in depresyon tarafından anlamlı olarak yordanmakta olduğu ($\beta=.45$, $F(1,154)=41.212$, $p=.00$) ve PMS'in varyansının yaklaşık % 21'inin depresyon tarafından açıklandığı görülmüştür ($b=1.934$, $R^2=.21$, $p=.00$). Sonrasında, yordayıcı olan depresyonun, aracı değişken olan öfkeyi yordama durumuna bakılmış ve öfkenin depresyon tarafından anlamlı bir şekilde tahmin edildiği ($\beta=.25$, $F(1,154)=10.709$, $p=.00$) ve ayrıca, depresyonun yaklaşık %6 oranında öfkenin varyansını açıkladığı bulunmuştur ($b=0.286$, $R^2=.06$, $p=.00$). Son olarak, öfkenin aracı etkisini anlayabilmek için, öfke ve depresyonun birlikte PMS üzerindeki yordayıcı etkisine bakıldığında, sadece öfkenin de PMS'i anlamlı olarak tahmin ettiği ($\beta=.23$, $p=.00$) ve ancak %5 oranında PMS'in varyansını açıkladığı dikkat çekmiştir ($b=0.880$, $R^{2\text{change}}=.05$, $p=.00$). En önemlisi, modelde öfke aracı etkisi kontrol edildiğinde, depresyonun PMS üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı bir şekilde devam ettiği ($\beta=.40$, $p=.00$) ancak depresyon ve PMS ilişkisinin gücünün azaldığı görülmüştür ($b=1.682$, $F(2,153)=27.228$, $p=.00$). Bu azalmanın anlamlılığını incelemek amacıyla Sobel z testi yapılmış ve görülmüştür ki; depresyon ile PMS ilişkisi üzerinde, öfkenin anlamlı bir kısmi medyatör etkisi vardır ($z=2.31$, $p=.02$).

Tablo 4.4

Doğrusal Hiyerarşik Medyator Analizine göre Öfkenin Depresyon ve PMS Üzerindeki Aracı Etkisi

Model	B	β	p	F	R^2	ΔR^2
Depresyon	1.934	0.459	0.000	41.212**	0.211	0.211
Depresyon	1.682	0.400	0.000	27.228**	0.262	0.051
Öfke	0.880	0.234	0.001			

Not: N= 156. ** $p < .01$.

4.2. Sosyodemografik Değişkenler ile İlgili Betimsel Analizler

Araştırmanın bu adımında yan amaçlar doğrultusunda sosyodemografik değişkenlerin katılımcıların ruh sağlığı ve PMS değerleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sosyodemografik formda, PMS, depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeyleri ile bağlantılı olacağı düşünülen soru değişkenleri analize katılmış ve bu yönde bağımsız örneklem için t testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. ÇYKÖ, BDE, SÖÖİTÖ ve AÖGSÖ'den alınan puanlar doğrultusunda, anne ve babanın meslek sahibi olma durumu, okul başarısı, aktiviteye katılım gösterme ve adet tedavisi görme hali sosyodemografik değişkenleri “Bağımsız örneklem için t test” kullanılarak analize katılmıştır. Diğer yandan, katılımcı yaşını, sınıfını, ebeveynlerin eğitim durumunu, ilk adet görülen yaşı, adet görme süre uzunluğunu, adet görme düzenini ve adet üzerine anneyle konuşabilme düzeyini ölçen sosyodemografik özellikler ise “Tek yönlü varyans analizi” kullanılarak incelenmiştir.

Son olarak, ölçek puanları değerlendirildiğinde, sadece istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren sosyodemografik verilerin bulguları raporlanmıştır. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sosyodemografik değişkenler açısından göz önünde bulundurulabilecek önemli farklılaşmalara da dikkat çekilmiştir.

4.2.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu adımında, adet öncesi gerginlik sendromu ile etkileşimde olabileceği öngörülen sosyodemografik özellikler incelenmiştir. Katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu toplam puanları ile alınan puanlar üzerinde etkin olabileceği düşünülen sosyodemografik özellikler bağımsız örneklem için t t-test ve tek yönlü varyans analizi ile araştırılmış ve bulgular Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5

Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

	M	SD	N	<i>t</i>
Anne çalışması				
Evet	125.93	34.920	59	-0.106
Hayır	125.35	32.920	97	
Baba çalışması				
Evet	124.55	33.467	146	1.476
Hayır	140.50	25.765	10	
Okul başarısı				
Orta	123.73	33.530	98	-0.897
Yüksek	128.67	32.665	58	
Aktivite				
Evet	128.29	33.903	109	-1.568
Hayır	119.26	30.908	47	
Adet tedavisi				
Evet	147.92	33.819	13	-2.582*
Hayır	123.54	32.496	143	
	M	SD	N	<i>F</i>
Yaş				
15	119.02	33.036	46	0.956
16	128.40	33.375	47	
17	126.09	33.636	35	
18	130.93	32.650	28	
Sınıf				
9	127.42	32.941	36	0.741
10	119.38	32.149	45	
11	128.69	34.388	48	
12	127.89	33.551	27	
Anne eğitimi				
İlköğretim	132.48	30.576	29	1.326
Ortaokul	116.17	33.044	30	
Lise	125.07	34.206	57	
Üniversite ve üzeri	128.33	33.221	40	
Baba eğitimi				
İlköğretim	137.6	35.902	15	2.316
Ortaokul	129.37	25.804	27	
Lise	116.91	33.108	56	
Üniversite ve üzeri	129.05	34.452	58	

Tablo 4.5-Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Adet görme yaşı				
11	129.54	27.217	13	
12	134.68	33.216	56	
13	119.76	32.898	63	2.300
14	113.74	33.805	19	
15	131.40	30.476	5	
Adet süresi				
4 ve 4'ten az	143.03	30.192	30	
5	119	31.140	39	
6	114.44	29.251	41	4.507**
7	132.32	36.746	38	
8 ve 8'den fazla	117.13	26.947	8	
Adet düzeni				
Her zaman aksar	124.68	35.678	22	
Arada sırada aksar	125.62	31.511	95	0.010
Her zaman düzenli	125.95	36.517	39	
Adet konuşması				
Hiç	88.80	30.070	5	
Biraz	128.25	27.081	8	
Orta	125.72	21.664	32	2.179
Çok	126.99	33.560	111	

Not: N= 156. * $p < .05$, ** $p < .01$.

AÖGSÖ'den alınan puanlara göre, Tablo 4.5'de verildiği üzere, ergenlerin adet görme süre uzunluğunun, PMS düzeyine olan etkisi incelendiğinde, adet görme sürelerinin gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Bu yüzden, ergenlerin adet görme uzunluğu ile PMS düzeyleri arasındaki ilişkide gruplar arası farkları detaylı incelemek için Tukey HSD Post Hoc analizi yapılmıştır. Tablo 4.6'daki analiz sonuçlarına göre, 4 ve 4 günden az süreyle adet görenlerin (M=143.03, SS=30.192), 5 gün süreyle adet görenlerden (M=119.00, SS=31.140) ve 6 gün süreyle adet görenlerden (M=114.44, SS=29.251) anlamlı olarak fazla PMS düzeyine sahip oldukları görülmüştür ($F(4,151)=4.507, p=.00$).

Tablo 4.6

Tukey HSD ile Adet Görme Sürelerinin AÖGSÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Karşılaştırmalar	Ortalama Farkı	Standart Hata	95% Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
4 ve 4- gün vs. 5 gün	24,033*	7.719	2.72	45.35
4 ve 4- gün vs. 6 gün	28,594**	7.637	7.51	49.68
4 ve 4- gün vs. 7 gün	10.718	7.763	-10.72	32.15
4 ve 4- gün vs. 8 ve 8+ gün	25.908	12.647	-9.01	60.83
5 gün vs. 6 gün	4.561	7.719	-15.07	24.19
5 gün vs. 7 gün	-13.316	7.245	-33.32	6.69
5 gün vs. 8 ve 8+ gün	1.875	12.336	-32.19	35.94
6 gün vs. 7 gün	-17.877	7.157	-37.64	1.88
6 gün vs. 8 ve 8+ gün	-2.686	12.285	-36.61	31.23
7 gün vs. 8 ve 8+ gün	15.191	12.364	-18.95	49.33

Not: N= 156. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tablo 4.5'deki bulgulara göre, adet ile ilgili tedavi görüp görmemenin, PMS düzeyini etkilemesi analiz edildiğinde ise adet ile ilgili tedavi görenlerin PMS düzeyi ($M=147.92$, $SS=33.819$), adet üzerine tedavi görmeyenlerin PMS düzeyine ($M=123.54$, $SS=32.496$) göre anlamlı bir şekilde fazla bulunmuştur ($t(154)=-2.582$, $p=.01$).

PMS düzeyi, adet görme düzeni üzerinden incelendiğinde, anlamlı bir farklılaşma göstermediği halde, adet görme düzenli hale geldikçe PMS düzeyinin de artış gösterdiği göze çarpmaktadır ($F(2,153)=0.010$, $p=.99$) (Bkz. Tablo 4.5).

Ek olarak, 15-18 yaşlar arasında adet gören ergenlerin yaşları ($F(3,152)=0.956$, $p=.41$), öğrenim gördükleri sınıfları ($F(3,152)=0.741$, $p=.53$), anne eğitim düzeyleri ($F(3,152)=1.326$, $p=.27$), baba eğitim düzeyleri ($F(3,152)=2.316$, $p=.08$), katılımcıların ilk adet gördükleri yaşları ($F(4,151)=2.300$, $p=.06$), anne ile adet hakkında konuşabilme düzeyi ($F(3,152)=2.179$, $p=.93$), annenin meslek sahibi olma durumu ($t(154)=-0.106$, $p=.92$), babanın meslek sahibi olma durumu ($t(154)=1.476$, $p=.14$) ve okul başarıları ($t(154)=-0.897$, $p=.37$) PMS düzeylerine göre ölçümlendiğinde gruplar arasında anlamlı bir PMS düzeyi farkı olmadığı görülmüştür.

4.2.2. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Araştırmanın bu adımında, katılımcıların ÇYKÖ'den elde ettikleri skorların, sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı bir değişim gösterip

göstermediğine odaklanılmıştır. Tablo 4.7’de sosyodemografik değişkenler açısından, örneklemin yaşam kalitesi düzeylerinin nasıl değişim gösterdiğine dair, bağımsız örneklem için t test ve tek yönlü varyans analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 4.7
Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

	M	SD	N	t
Anne çalışması				
Evet	27.73	10.631	59	0.592
Hayır	28.80	11.226	97	
Baba çalışması				
Evet	28.01	11.049	146	1.708
Hayır	34.10	8.478	10	
Okul başarısı				
Orta	28.72	10.569	98	0.482
Yüksek	27.84	11.723	58	
Aktivite				
Evet	28.91	10.439	109	0.385
Hayır	28.17	12.256	47	
Adet tedavisi				
Evet	32.31	13.665	13	-1.344
Hayır	28.04	10.694	143	
	M	SD	N	F
Yaş				
15	27.87	10.103	46	1.637
16	28.43	12.288	47	
17	26.09	10.354	35	
18	32.11	10.415	28	
Sınıf				
9	29.28	9.800	36	0.957
10	27.91	10.875	45	
11	26.75	12.333	48	
12	30.96	10.071	27	
Anne eğitimi				
İlköğretim	29.21	12.393	29	0.722
Ortaokul	25.77	9.694	30	
Lise	28.79	11.256	57	
Üniversite ve üzeri	29.23	10.516	40	

Tablo 4.7-Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Baba eğitimi				
İlköğretim	29.73	12.595	15	0.915
Ortaokul	29.11	11.271	27	
Lise	26.46	10.371	56	
Üniversite ve üzeri	29.59	11.023	58	
Adet görme yaşı				
11	31.54	11.745	13	0.738
12	29.50	10.029	56	
13	27.62	11.020	63	
14	25.95	13.243	19	
15	27.00	10.794	5	
Adet süresi				
4 ve 4'ten az	30.13	10.241	30	0.545
5	27.10	10.344	39	
6	27.39	11.450	41	
7	29.66	11.611	38	
8 ve 8'den fazla	27.38	12.489	8	
Adet düzeni				
Her zaman aksar	27.14	8.758	22	0.546
Arada sırada aksar	29.15	11.759	95	
Her zaman düzenli	27.28	10.198	39	
Adet konuşması				
Hiç	22.40	7.301	5	1.652
Biraz	33.50	12.012	8	
Orta	30.53	12.562	32	
Çok	27.68	10.441	111	

Not: N= 156. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Sonuçlara göre, yaşam kalitesi düzeyleri, katılımcıların okul başarısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermese de, yüksek düzeyde başarılı olan kızların yaşam kalitesi düzeyleri, başarı düzeyi orta olan kızlara göre daha yüksek bulunmuştur ($t(154)= 0.482, p=.63$) (Bkz Tablo 4.7).

Aynı zamanda, katılımcıların yaşam kalitesi düzeyleri, onların annelerinin ($t(154)=0.592, p=.55$) ve babalarının çalışıyor veya çalışmıyor olmaları ($t(154)=1.708, p=.09$), bir aktiviteye katılım göstermeleri ($t(154)=0.385, p=.70$), adet üzerine bir tedavi görmeleri ($t(154)=-1.344, p=.18$), anne eğitimi düzeyleri

($F(3,152)=0.722, p=.54$) ve baba eğitim düzeyleri ($F(3,152)=0.915, p=.43$) yönüyle anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Adet görme ile ilgili incelemeler ışığında da, 15-18 yaşlarında olan ergenlerin yaşam kalitesi düzeylerinde, adet görmeye başlama yaşları ($F(4,151)=0.738, p=.57$), adet gördükleri sürenin uzunluğu ($F(4,151)=0.545, p=.70$), adet görme düzenleri ($F(2,153)=0.564, p=.57$) ve adet üzerine anne ile konuşabilme düzeyi ($F(3,152)=1.652, p=.18$) ile etkileşiminde, gruplar arası anlamlı bir fark görülmemiştir. Ek olarak, yaşam kalitesi düzeyleri yaş grupları ($F(3,152)=1.637, p=.18$) ve öğrenim görülen sınıf seviyeleri ($F(3,152)=0.957, p=.41$) arasında da anlamlı istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır. Fakat, Tablo 4.7’de verilmiş gruplar arası kıyaslamada, en büyük yaş kategorisi olan 18 yaşın ve en büyük sınıf seviyesi olan 12. sınıfın, yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlara göre en yüksek ortalamaya sahip olduğu ve yaşam kalitesi en düşük olan gruplar olduğu dikkat çekmektedir.

4.2.3. Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Araştırmanın bu kısmında, BDE ile ölçülen depresyon düzeyleri ile farklılaşma gösterebileceği düşünülen sosyodemografik değişkenler belirlenmiştir. Sonrasında, katılımcılar tarafından raporlanan BDE puanları, bağımsız örneklem için t test ve tek yönlü varyans analizi ile test edilmiş ve Tablo 4.8’deki bulgulara odaklanılmıştır.

Tablo 4.8

Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

	M	SD	N	t
Anne çalışması				
Evet	15.92	7.321	59	0.199
Hayır	16.18	8.246	97	
Baba çalışması				
Evet	15.60	7.801	146	2.940**
Hayır	23.00	5.812	10	
Okul başarısı				
Orta	16.83	7.368	98	1.550
Yüksek	14.81	8.609	58	

Tablo 4.8-Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

		M	SD	N	F
Aktivite	Evet	16.23	7.725	109	-0.367
	Hayır	15.72	8.322	47	
Adet tedavisi	Evet	17.23	7.607	13	-0.550
	Hayır	15.97	7.928	143	
		M	SD	N	F
Yaş	15	14.65	7.505	46	1.639
	16	17.47	8.423	47	
	17	14.86	7.826	35	
	18	17.61	7.345	28	
Sınıf	9	17.53	6.797	36	4.803**
	10	12.44	7.162	45	
	11	17.58	8.356	48	
	12	17.52	7.963	27	
Anne eğitimi	İlköğretim	16.76	8.955	29	0.178
	Ortaokul	16.10	9.364	30	
	Lise	15.53	6.051	57	
	Üniversite ve üzeri	16.35	8.423	40	
Baba eğitimi	İlköğretim	18.93	9.392	15	3.442*
	Ortaokul	17.81	9.888	27	
	Lise	13.54	6.441	56	
	Üniversite ve üzeri	16.98	7.215	58	
Adet görme yaşı	11	21.54	8.212	13	2.406
	12	16.79	7.748	56	
	13	15.03	7.702	63	
	14	13.89	7.673	19	
	15	15.40	7.301	5	
Adet süresi	4 ve 4'ten az	16.43	6.252	30	0.526
	5	15.49	9.081	39	
	6	15.12	6.664	41	
	7	17.50	8.262	38	
	8 ve 8'den fazla	15.75	11.573	8	

Tablo 4.8-Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Adet düzeni				
Her zaman aksar	17.77	7.578	22	
Arada sırada aksar	16.00	7.839	95	0.696
Her zaman düzenli	15.31	8.224	39	
Adet konuşması				
Hiç	15.20	9.066	5	
Biraz	17.00	9.681	8	
Orta	16.22	6.824	32	0.062
Çok	16.01	8.090	111	

Not: N= 156. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Tablo 4.8'den yola çıkarak sonuçlar değerlendirildiğinde, babanın çalışıp çalışmaması ile depresyon düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, babası çalışmayan kız ergenlerin depresyon düzeyleri ($M=23.00$, $SS=5.812$), çalışan babaya sahip olan kız ergenlere ($M=15.50$, $SS=7.801$) göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($t(154)=2.940$, $p=.00$). Buna ek, öğrenim gördükleri sınıf derecelerinin, katılımcıların depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir belirleyici olup olmadığına bakılmıştır. Bulgular, sınıf dereceleri arasında depresyon düzeylerinin anlamlı olarak değişim gösterdiğini bildirmektedir. Gruplar arasındaki anlamlı farklılaşmalara detaylı bir şekilde bakabilmek için Tukey HSD Post Hoc analizine başvurulmuştur. Tablo 4.9'daki sonuçlara göre, 10. sınıfta öğrenim gören kız öğrencilerin depresyon düzeyleri ($M=12.44$, $SS=7.162$), 9. sınıfta ($M=17.53$, $SS=6.797$), 11. sınıfta ($M=17.58$, $SS=8.356$) ve 12. sınıfta ($M=17.52$, $SS=7.963$) öğrenim gören kız öğrencilerin depresyon düzeylerine kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($F(3,152)=4.803$, $p=.00$).

Tablo 4.9

Tukey HSD ile Sınıf Seviyesinin BDE Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Karşılaştırmalar	Ortalama Farkı	Standart Hata	95% Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
9. sınıf vs. 10. sınıf	5.083*	1.702	0.66	9.50
9. sınıf vs. 11. sınıf	-0.056	1.678	-4.41	4.30
9. sınıf vs. 12. sınıf	0.009	1.938	-5.02	5.04
10. sınıf vs. 11. sınıf	-5.139*	1.579	-9.24	-1.04
10. sınıf vs. 12. sınıf	-5.074*	1.853	-9.89	-0.26
11. sınıf vs. 12. sınıf	0.065	1.831	-4.69	4.82

Not: N= 156. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Araştırmamızda, ergenlerin depresyon düzeyi ile ebeveynlerinin eğitim seviyesi ile ilişkine Tablo 4.10'dan bakıldığında, depresyon puanlarının baba eğitim seviyesine göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Games-Howell Post Hoc analizi ile gruplar arası değişimlere daha yakından bakıldığında, babası üniversite ve üzeri okullardan mezun olan ergenlerin depresyon düzeylerinin ($M=16.98$, $SS=7.215$), liseden mezun babaya sahip olan ergenlerin depresyon düzeylerinden ($M=13.54$, $SS=6.441$) anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($F(3,152)=3.442$, $p=.02$).

Tablo 4.10
Games-Howell ile Baba Eğitim Düzeyinin BDE Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Karşılaştırmalar	Ortalama Farkı	Standart Hata	95% Güven Aralığı	
			Alt sınır	Üst sınır
İlköğretim vs. Ortaokul	1.119	3.083	-7.26	9.49
İlköğretim vs. Lise	5.398	2.573	-1.89	12.68
İlköğretim vs. Üniversite+	1.951	2.603	-5.39	9.29
Ortaokul vs. Lise	4.279	2.089	-1.34	9.90
Ortaokul vs. Üniversite+	0.832	2.126	-4.87	6.53
Lise vs. Üniversite+	-3.447*	1.280	-6.79	-0.11

Not: N= 156. * $p<.05$, ** $p<.01$.

Lakin, katılımcıların adet görme düzenlerine bakıldığında, adet düzenleri ile depresyon düzeyleri arasındaki etkileşim anlamlı olmamasına rağmen ($F(3,152)=0.696$, $p=.50$), adet görme düzeni aksadıkça, depresyon düzeyinin de belirgin bir şekilde yükseldiği göze çarpmaktadır. Aynı zamanda, okul başarısı da depresyon düzeyi için anlamlı bir belirleyici olmasa da orta düzeyde okul başarısı gösterenlerin depresyon düzeyleri, yüksek başarı gösteren genç kızların depresyon düzeyinden fazla olduğu dikkat çekmektedir ($t(154)=1.550$, $p=.12$) (Bkz Tablo 4.8).

Diğer yandan, annenin bir meslek sahibi olup olmamasının ($t(154)=0.199$, $p=.84$), katılımcıların ilgilendiği bir aktivite olmasının ($t(154)=-0.367$, $p=.71$), yaşın ($F(3,152)=1.639$, $p=.18$), annenin eğitim seviyesinin ($F(3,152)=0.178$, $p=.91$) ve anne ile adet üzerine konuşabilme düzeyinin ($F(3,152)=0.062$, $p=.98$) ergenlerin depresyon düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Ek olarak, adet görmeleri hakkında olan sosyodemografik veriler ile depresyon düzeylerinin değişimleri incelenmiştir. Ne ilk adet görme yaşına ($F(4,151)=2.406$, $p=.05$), ne adet tedavisi görüp görmemeye ($t(154)=-0.550$, $p=.58$) ne de adet görme süresinin

Tablo 4.11-Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden Alınan Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi (devamı)

Sınıf					
	9	73.67	7.805	36	
	10	73.04	8.909	45	3.120*
	11	76.98	9.166	48	
	12	78.30	8.407	27	
Anne eğitimi					
	İlköğretim	76.38	10.540	29	
	Ortaokul	76.27	8.804	30	0.698
	Lise	75.39	7.837	57	
	Üniversite ve üzeri	73.70	8.988	40	
Baba eğitimi					
	İlköğretim	77.07	10.853	15	
	Ortaokul	78.44	10.606	27	2.110
	Lise	73.57	7.493	56	
	Üniversite ve üzeri	75.07	8.343	58	
Adet görme yaşı					
	11	75.38	10.642	13	
	12	76.02	9.325	56	
	13	75.46	8.680	63	0.434
	14	73.05	7.106	19	
	15	73.80	7.950	5	
Adet süresi					
	4 ve 4'ten az	75.17	7.525	30	
	5	73.56	8.497	39	
	6	73.98	8.236	41	1.768
	7	78.03	10.036	38	
	8 ve 8'den fazla	78.25	10.320	8	
Adet düzeni					
	Her zaman aksar	76.41	8.600	22	
	Arada sırada aksar	74.81	8.580	95	0.405
	Her zaman düzenli	75.90	9.700	39	
Adet konuşması					
	Hiç	82.60	5.771	5	
	Biraz	80.38	6.823	8	2.332
	Orta	75.47	8.187	32	
	Çok	74.57	9.067	111	

Not: N= 156. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tablo 4.11'den de görülebileceği gibi, öfke düzeyi ortalamalarının yaşlar arasında farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, ergenlerin yaşları ile birlikte öfke düzeyi artış göstermektedir. Eğitim görülen sınıf seviyesi ile öfke düzeyi arasındaki anlamlılığa bakıldığında ise öfke düzeylerinin, öğrenim görülen sınıfa göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur ($F(3,152)=3.120, p=.03$). 9. sınıfta öğrenim gören kızların öfke düzeyleri ($M=73.67, SS=7.805$), 10. sınıfta öğrenim görenlerinkinden ($M=73.04, SS=8.909$) fazladır. Ayrıca, 11. sınıfta ($M=76.98, SS=9.166$) ve 9. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin öfke düzeylerine göre ($M=73.67, SS=7.805$), 12. sınıfta okuyan kız ergenlerin öfke düzeyi ($M=78.30, SS=8.407$) anlamlı bir şekilde fazladır.

Ek olarak, araştırmaya katılan 15-18 yaşları arasındaki kız ergenlerin, öfke düzeylerinin yaşlarına ve anne ile adet üzerine konuşabilmeye göre fark gösterip göstermediğine bakıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak, katılımcıların yaşı ilerledikçe ($F(3,152)=0.711, p=.55$) ve anneye rahat bir şekilde adet üzerine konuşabilme düzeyi düşüş gösterdikçe ($F(3,152)=2.332, p=.08$), öfke düzeyinin artış gösterdiği dikkat çekmektedir. Bir de, ebeveynlerin eğitim düzeylerinin, ergenlerin öfke düzeyleri üzerinde anlamlı bir belirleyici olup olması incelendiğinde, anne eğitiminin anlamlı bir belirleyici olmadığı ($F(3,152)=0.698, p=.56$) fakat annenin eğitim seviyesi ne kadar düşük ise öfke düzeyinin de o kadar yüksek olduğu, yani, eğitim seviyesi yükseldikçe öfke düzeyinin azaldığı dikkat çekmektedir (Bkz Tablo 4.11).

Diğer yandan, SÖÖİTÖ'den alınan puanlara göre farklılaşması değerlendirilen öfke düzeyi, sosyodemografik değişkenlerden baba eğitimi ($F(3,152)=2.110, p=.10$), hem annenin ($t(154)=1.809, p=.07$) hem de babanın çalışma durumu ($t(154)=1.407, p=.16$), kız öğrencilerin okul başarı düzeyi ($t(154)=-0.733, p=.47$) ve aktiviteye katılma durumuna göre ($t(154)=0.109, p=.91$) araştırıldığında yine anlamlı olarak farklılaşmamıştır. Adet görme üzerine olan sosyodemografik değişkenlerin öfke düzeyi üzerinde olan etkilerine bakıldığında ise öfke puanlarının, adet ile ilgili tedavi görme durumuna ($t(154)=-0.621, p=.54$), ilk adet görülen yaşa ($F(4,151)=0.434, p=.78$), adet görme süresine ($F(4,151)=1.768, p=.14$) ve adet görme düzenine ($F(2,153)=0.405, p=.67$) bağlı olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmüştür.

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı, adet görmeyle birlikte özellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan adet öncesi gerginlik sendromunun, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenleri üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu ilişkinin araştırmaya konu edilmesinin sebebi ise kişinin ruh sağlığı ile bağlantılı olan yaşam kalitesi (Arıöz ve Ege, 2013; Delara ve ark., 2012; Göker ve ark., 2015; Işık ve ark., 2016; Kırca ve ark., 2012; Lutsky ve ark., 2004; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014; Uran ve ark., 2017), depresyon (Akdeniz ve ark., 2002; Danacı ve ark., 2001; Erci ve ark., 1999; Gözüm ve ark., 1996; Korkmaz ve ark., 2005; Yücel ve ark., 2009) ve öfke ile adet öncesi gerginlik sendromu düzeyleri arasındaki ilişkinin (Öztürk Can ve ark., 2015; Pleog, 1987; Smith ve Thomas, 1996) her birini ayrı ayrı değerlendiren çalışmalara literatürde oldukça rastlanmasına karşın, söz konusu çalışmaların ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerini ve söz konusu ilişkilerin adet öncesi gerginlik sendromu üzerinde nasıl bir etki yarattığını analiz süreçlerine eklememeleridir. Tüm bu veriler değerlendirildiğinde, bu çalışmanın amacı ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerine odaklanarak, söz konusu değişkenler arası etkileşimlerin temelde adet öncesi gerginlik sendromu üzerinde nasıl bir değişim yarattığını inceleyerek, olası ilişkilerde ruh sağlığı değişkenleri arasındaki aracı etki olasılıklarını aydınlatmaktır.

Analizlere ilk olarak, diğer araştırmalara da oldukça konu edilen yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı düzeyleri ile adet öncesi gerginlik sendromu arasındaki ilişkilerin ve ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkilerinin boyutları ve anlamlılığı incelenerek başlanmıştır ve araştırmanın ilk hipotezi bu ilişkiler üzerine kurulmuştur. Pearson korelasyon analizi kullanılarak, adet öncesi gerginlik sendromu ile yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin arasındaki ilişkinin anlamlılığının ve doğrultularının incelendiği bulgulara göre, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi artış gösterdikçe yaşam kalitesi düzeyinin bu

durumdan olumsuz etkilenecek düşüşe geçtiği görülmüştür. Ek olarak, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça depresyon ve öfke düzeyleri de artmış ve PMS ile pozitif yönlü ve anlamlı bir etkileşim göstermiştir. Diğer yandan, ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkilerinin incelendiği analiz adımında, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlara göre, yaşam kalitesi olumsuz yönde ilerleyip düşüşe geçtikçe depresyon ve öfkeyi düzeyi artış göstermiştir. Ayrıca, depresyon düzeyi ne kadar yüksek olursa öfke düzeyi de o kadar yüksek seyretmiştir.

Literatürde, PMS ile yaşam kalitesi (Arıöz ve Ege, 2013; Delara ve ark., 2012; Göker ve ark., 2015; Işık ve ark., 2016; Kırcan ve ark., 2012; Lutsky ve ark., 2004; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014; Uran ve ark., 2017), depresyon (Akdeniz ve ark., 2002; Danacı ve ark., 2001; Erci ve ark., 1999; Gözüm ve ark., 1996; Korkmaz ve ark., 2005; Yücel ve ark., 2009) ve öfke düzeylerinin (Akyol ve ark., 2013; Öztürk Can ve ark., 2015; Smith ve Thomas, 1996) ilişkisini inceleyen birçok araştırmaya rastlanmıştır. Örneğin, Uran ve arkadaşlarının 13-18 yaşlarındaki öğrencilerle yaptığı araştırmada (2016), PMS düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeylerinin ilişkisi değerlendirilmiş ve PMS düzeyi düşük olan kızların yaşam kalitelerinin, PMS düzeyi yüksek olan kızlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu ve PMS düzeyi şiddetlendikçe yaşam kalitesinin de orantılı olarak düştüğü bulunmuştur. Diğer bir araştırmada ise Korkmaz Çetin ve arkadaşları (2005), 13-18 yaşlarındaki depresyon tanısına sahip olan ve olmayan genç kızlar arasında PMS düzeyinin nasıl değişim gösterdiğini incelemiş ve depresyon tanısına sahip kızların PMS belirtilerinin şiddetinin, depresyon tanısı olmayan kızlarınkinden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyon düzeyi artış gösterdikçe PMS düzeyinin de anlamlı bir şekilde yükseldiği görülmüştür. Akyol ve arkadaşlarının çalışmasında (2013) ise 18-40 yaşlarındaki PDD tanısına sahip ve PDD tanısı olmayan kadınlar arasında PMS düzeylerinin öfke boyutlarının düzeyleri ile ilişkisine bakılmış ve PDD tanısı alan kadınların öfke boyutları anlamlı olarak PDD tanısı olmayan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Ek olarak, katılımcıların PMS düzeyi ile öfke düzeyleri arasında (öfke dışarı boyutu dışında) anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir.

Dolayısıyla, literatür bulguları incelendiğinde bizim çalışmamızla uyumlu sonuçlar bulunduğu görülmüş ve yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin adet öncesi gerginlik sendromu ile anlamlı bir korelatif ilişkiye sahip olduğu sonucunu elde etmişlerdir. Ancak literatüre bakıldığında, çalışmamızın bulgularından farklı

olarak, adet öncesi gerginlik sendromu ile öfke boyutları ve düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin görülmediği araştırmalara da rastlanmaktadır. Smith ve Thomas'ın 72 üniversite öğrencisi ile yürüttüğü araştırmasında (1996), PMS'in varlığının kontrol odağı ve öfke boyutlarının düzeyleri ile ilişkisi araştırılmış ve ne kontrol odağı ile ne de öfke ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. PMS ile öfke arasındaki ilişkinin anlamlı bulunduğu araştırmalara bakıldığında (Akyol ve ark., 2013; Öztürk Can ve ark., 2015), sadece PMS ile öfke boyutlarının ilişkisinin üzerinde durulduğu, ve katılımcı sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak Smith ve Thomas'ın çalışmasında kontrol odağı değişkenin de ek olarak değerlendirilmesi ve Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında 113 ile, Akyol ve arkadaşlarını çalışmasında 100 olan örneklemin, Smith ve Thomas'ın çalışmasında 72 olmasından kaynaklı sonuçlar üzerinde fark yarattığı düşünülmektedir. Sonuçların farklılaşmasının nedeni ise örneklem sayısı düştükçe, temsil ettiği kişi sayısı da azalacağı için araştırma güvenilirliğinin de düşmesi ve tehlikeye girmesidir (Başkale, 2016). Diğer yandan, Akyol ve arkadaşlarının araştırma sonuçları, çalışmamızın bulguları ile paralellik gösterse de öfke boyutları ile PMS düzeyi ilişkisine yakından bakıldığında, öfke kontrol alt boyutunun PMS düzeyi ile birlikte düşüş göstermesi ve bir diğer öfke alt boyutu olan öfke dışı boyutunun ise anlamlı olarak PMS düzeyi ile artış göstermesi, Öztürk Can ve arkadaşlarının araştırmasına (2015) göre beklenendir. Çünkü öfkeyi kontrol etme PMS belirtileri ile birlikte güçleştiği için öfke kontrol düzeyi düştükçe PMS düzeyinin artacağı ve aynı zamanda PMS belirtilerinin şiddetine göre dışarıya aktarılan öfkenin de PMS düzeyi ile birlikte artacağı bilinmektedir (Öztürk Can ve ark., 2015; Pleog, 1987).

Ayrıca, en önemlisi literatür çalışmaları, PMS ile yaşam kalitesi, depresyon ve öfke ruh sağlığı değişkenlerinin düzeyleri arasındaki ilişkiyi ele alış şekilleri bakımından farklılık göstermektedir (Akdeniz ve ark., 2002; Akyol ve ark., 2013; Arıöz ve Ege, 2013; Danacı ve ark., 2001; Delara ve ark., 2012; Erci ve ark., 1999; Göker ve ark., 2015; Işık ve ark., 2016; Kırca ve ark., 2012; Öztürk Can ve ark., 2015; Pinar ve ark., 2011; Smith ve Thomas, 1996; Şahin ve ark., 2014; Uran ve ark., 2017). PMS düzeyi ve ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkileri ile ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenirken, ölçeklerin toplam puanları hesaplanarak, PMS ve ruh sağlığı değişkenlerinin toplam düzeyleri arasındaki ilişkilere odaklanılmış ve ölçek alt boyutlarının puanları değerlendirilmeye katılmamıştır. Ancak literatür araştırmaları çoğunlukla PMS ve yaşam kalitesi ve

öfke gibi alt düzeyleri olan ruh sağlığı değişkenlerini gruplandırılarak (var-yok, düşük-orta-şiddetli gibi) veya ölçek toplam puanları üzerinden değil de ölçek alt skorları üzerinden incelenmeyi tercih etmişlerdir. Böylelikle, incelenen ruh sağlığı ve PMS düzeylerinin olası ilişkileri incelendiğinde, anlamlı bir ilişki olup olmadığının yanı sıra özellikle hangi alt boyutlar arasında anlamlı bir değişim yaşandığı anlaşılabilmiş ve o doğrultuda sonuçlar değerlendirilebilmiştir.

Örneğin; Kırcan ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşam kalitesi alt boyutları ile PMS arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaşam kalitesi düzeyine, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, mental sağlık, duygusal rol kısıtlılığı, sosyal fonksiyon, vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması alt boyutları üzerinden odaklanılırken, PMS düzeyi ise PMS var ve PMS yok gruplandırması ile test edilmiştir. Bulgulara göre, tüm alt yaşam kalitesi düzeyleri anlamlı olarak PMS'i olan ve olmayanlar arasında, yaşam kalitesi alt boyutlarından sadece fiziksel rol kısıtlılık, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılık, vitalite ve sağlığın genel algılanması PMS varlığına göre anlamlı bir fark gösterirken, fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyon ve ağrı yaşam kalitesi alt boyutları PMS varlığına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Şayet Kırcan ve arkadaşlarının çalışması, toplam yaşam kalitesi boyutları değerlendirilmiş olsaydı, hangi yaşam kalitesi alanında PMS'in varlığının etkisi olduğunu anlamak mümkün olmayacaktı. Ancak bizim çalışmamızda, yalnız ruh sağlığı değişkenleri ile PMS düzeylerinin ayrı ayrı ilişkisi değerlendirilmek ile kalmayıp, diğer çalışmalardan farklı olarak aynı zamanda, ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkisi de araştırmaya konu edilmiştir. Ruh sağlığı değişkenleri arasında da anlamlı ilişkiler görülmesi üzerine, ruh sağlığı değişkenleri ile PMS ilişkisi üzerinde, yine bu ruh sağlığı değişkenlerinin olası medyatör etkileri olabileceği düşünülmüş ve incelenerek değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, alt boyutlar üzerinden ilişkileri değerlendirmek, ruh sağlığı değişkenlerinin olası medyatör etkilerini incelemeye imkan vermeyeceği için, toplam düzeyler üzerinden ilişkilerin incelenmesi tercih edilmiştir. Tüm bunların ışığında, gelecek araştırmalarda daha detaylı bir inceleme yapılabilmesi ve genişletilmiş bulgu elde edebilmek adına, literatür çalışmalarının çoğunda tercih edildiği gibi, ölçek alt boyutlarının ve düzeylerinin de değerlendirilerek analiz adımlarına katılmasının, olası medyatör etkilerinde öne çıkan ruh sağlığı değişkenlerinin boyutlarını daha detaylıca anlamak adına faydalı olacağı düşünülmektedir.

Diğer yandan, yaşam kalitesi ile depresyon düzeyi (Jho, 2001), yaşam kalitesi ile öfke düzeyi (Munoz- Gilman ve Huebner, 1997; Huebner, 1991; Reyes ve ark., 2016) ve depresyon ile öfke düzeyi (Besharat ve ark., 2005; Bridewell ve Chang, 1997; Cheng ve ark., 2005; Gresham ve ark., 2016; Şahin ve ark., 2011) ilişkilerine odaklanarak, ruh sağlığı değişkenlerinin kendi aralarındaki ilişkilerinin incelendiği literatür araştırmaları sınırlı olmakla birlikte, çalışmalardan elde edilen veriler çoğunlukla bizim çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Örneğin, Bridewell ve Chang'ın araştırmasında (1997), 215 üniversite öğrencisi ile öfke belirtilerinin ve depresyon düzeylerinin ilişkisi incelenmiş ve öfke düzeylerinin depresyon düzeyi ile birlikte anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Depresyon düzeyi artarken öfke kontrolü azalmış, öfkenin içerde ve dışarda olan düzeyi ise depresyon ile birlikte artmıştır. Muñoz-Reyes ve arkadaşları tarafından (2016), 334 kişi ile tamamlanan diğer bir araştırmada ise yaşam kalitesi ile öfke boyutlarının ilişkisi incelenmiş ve öfke genel ve düşmanlık alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Jho'nun 2001 yılındaki araştırmasında ise 474 kadın ile, depresyon ve yaşam kalitesinin ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlara göre, depresyon düzeyi arttıkça, tüm yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam düzeyleri anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir.

Tüm bunların ışığında, çalışmalarda ruh sağlığı değişkenleri ile PMS arasındaki ilişkiye odaklanırken, PMS'in mi ruh sağlığı değişkenlerini yordadığı yoksa ruh sağlığı değişkenlerinin mi PMS'i yordadığına yeterince açıklık getirilmediği dikkat çekmektedir (Akdeniz ve ark., 2002; Kırcan ve ark., 2012; Öztürk Can ve ark., 2015; Pleog, 1987; Smith ve Thomas, 1996; Şahin ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2009). Dolayısıyla incelenen ilişkilerin anlamlılığından yola çıkarak, çalışmanın gelecek çalışmalara katkısı olacağını düşünüldüğü ve literatürde yer almayan bahsi geçen konu üzerine ikinci hipotez oluşturulmuştur. Bu hipoteze göre, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeyleri ile adet öncesi gerginlik sendromu arasındaki ilişkide yine ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleriyle olan anlamlı ilişkileri de göz önünde bulundurularak, her bir değişkenin bir diğeri için medyatör (aracı) görevi üstleneceği düşünülmüştür. Söz konusu aracı etkileri incelemek adına, Baron ve Kenny'nin modeli adımları takip edilmiştir. Bu modelin uygun gördüğü regresyon analizleri yapılmış ve sonrasında hiyerarşik regresyon analizi kullanılarak, üç farklı aracı etki modeli ile ruh sağlığı

değişkenlerinden belirlenen aracı değişkenin, ruh sağlığı değişkenleri ve PMS ilişkisi üzerindeki medyatör etkisi değerlendirilmiştir. Son olarak da Sobel z testi ile de aracı değişkenin etkisindeki, ruh sağlığı değişkenleri ve PMS düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlılığı ve olası kısmi medyatör etkinin varlığı değerlendirilmiştir.

Yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkiye odaklanılan ilk modelde, depresyonun olası aracı etkisi incelenmek amacıyla öncelikle, yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkinin gücüne odaklanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, depresyonun aracı etkisi kontrol edildiğinde, yordayıcı ve yordanan değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını kaybetmediği ancak söz konusu ilişki gücünün zayıfladığı görülmüştür. Tüm bu veriler değerlendirildiğinde ise depresyonun yaşam kalitesi ve PMS arasındaki ilişkide tam bir medyatör etkiye sahip olmasa da kısmi bir medyatör etkiye sahip olabileceği yönünde bulgular ortaya çıkmıştır. Bu modele dair yapılan analizin son adımında ise depresyonun olası kısmi medyatör etkisinin anlamlılığını test etmek amacıyla Sobel z testi uygulanmış ve elde edilen sonuçlar yaşam kalitesinin, PMS üzerindeki yordayıcı etkisinde depresyonun anlamlı ve kısmi bir medyatör (aracı) etkisinin olduğunu göstermiştir.

Öfke düzeyinin, yaşam kalitesi ile PMS düzeylerinin ilişkisi üzerindeki olası aracı etkisinin üzerinde durulduğu ikinci medyatör etki modelinde, yine başlangıçta yaşam kalitesi ile PMS arasındaki ilişkinin düzeyine bakılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, öfkenin yaşam kalitesi ile PMS düzeyi ilişkisindeki olası aracı etkisi kontrol edildiğinde, ilişkinin anlamlılığını koruduğu fakat zayıfladığı bulunmuştur. Sonuçlar ışığında, öfke düzeyinin, yaşam kalitesi ve PMS düzeyleri ilişkisi üzerinde kısmi bir aracı etkiye sahip olabileceği anlaşılmıştır. Son olarak, öfkenin kısmi aracı etkisinin anlamlılığını analiz etmek amacıyla Sobel z testi uygulanmış ve öfke düzeyinin yaşam kalitesi ve PMS ilişkisinde anlamlı bir medyatör (aracı) etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Depresyon ve PMS arasındaki ilişki üzerinde öfke düzeyinin olası aracı etkisinin incelendiği son modelde ise ilk olarak, depresyon ve PMS düzeylerinin ilişkisinin kuvveti değerlendirilmiştir. Varılan sonuçlar ışığında, öfke düzeyinin, depresyon ile PMS düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkilemesi kontrol altında tutulduğunda, ilişkinin anlamlılığını yitirmediği ancak depresyon ve PMS arasındaki ilişkinin gücünün düşüş gösterdiği görülmüştür. Bu düşüşün görülmesi, depresyon ve PMS arasındaki ilişkide, öfkenin kısmi bir medyatör (aracı) etkisinin olabileceği anlamına gelmektedir. Bundan yola çıkarak, öfkenin kısmi medyatör etkisinin

anlamlılığını test etmek için Sobel z testi kullanıldığında görülmüştür ki öfkenin kısmi medyatör (aracı) etkisi, depresyon ve PMS ilişkisi üzerinde anlamlıdır.

Dünya literatürüne bakıldığında, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfkenin, adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkisinde yine ruh sağlığı değişkenlerinin medyatör (aracı) etkisinin incelendiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Literatür araştırmaları genellikle, adet öncesi gerginlik sendromunun varlığının ve düzeyinin, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke üzerindeki etkisini ayrı ayrı incelemiş (Öztürk Can ve ark., 2015; Pleog, 1987; Smith ve Thomas, 1996) ancak birbirlerinin varlığında adet öncesi gerginlik sendromu ile olan ilişkilerinin nasıl şekilleneceğine yeterince bakılmamıştır. Mesela, Pleog (1987) araştırmasında, PMS belirtileri gösteren ve göstermeyen 844 Alman kadın ile bir adet döngüsü süresince çalışmış ve endişe, öfke ve depresyon düzeylerinin (ruh sağlığı değişkenleri) adet öncesi ve sonrası dönemdeki değişimlerini analiz etmiştir. Çalışma sonuçları, adet öncesi dönemde ruh sağlığı değişkenlerinin düzeylerinin, adet sonrası döneme göre PMS belirtileri gösteren kadınlarda anlamlı bir değişim olduğunu göstermektedir. Ancak birden çok ruh sağlığı değişkeninin PMS ile ilişkisi birlikte incelendiği halde, ruh sağlığı değişkenlerinin birbirleri ile olan ilişkileri ve söz konusu ilişkilerin adet öncesi gerginlik sendromuna yansımaları süreci bu çalışma kapsamında göz ardı edilmiştir (Pleog, 1987).

Bu sebeplerle, bu araştırmada, PMS ile anlamlı ilişkisinin bulunduğu ve literatür araştırmalarına da dahil edilmiş yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenlerinin aracı etkisi, PMS ile olan ilişkileri üzerinden kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve bulguları araştırmaya dahil edilmiştir. Yordayıcı olarak ruh sağlığı değişkenlerinin, yordanan olarak da PMS'in belirlendiği söz konusu modellerde, ruh sağlığı değişkenlerinin aracı etkisinin değerlendirilmesindeki neden, literatürdeki araştırmalarda yer aldığı şekilde (Akyol ve ark., 2013; Arıöz ve ark., 2013; Danacı ve ark., 2001; Gözüm ve ark., 1996; Kırcaç ve ark., 2012; Öztürk Can ve ark., 2015; Smith ve Thomas, 1996; Şahin ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2009) adet öncesi gerginlik sendromunun ruh sağlığı problemlerine sebep olduğu yönündeki fikrin aksine odaklanılarak, aslında ruh sağlığı problemlerinin adet öncesi gerginlik sendromuna sebep olabileceği yönündeki fikrin savunulmasıdır. Örneğin, Akdeniz ve arkadaşlarının çalışmasında, depresyon tanısı almış ve depresyonu olmayan 15-18 yaşlarındaki genç kızların adet öncesi dönemde yaşadıkları belirtiler değerlendirilmiş

ve depresyonu tanısı almış kızların PMS düzeylerinin, depresyonu olmayan genç kızların PMS düzeylerinden anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur (2002). Kısacası, PMS düzeylerinden kaynaklı olan ruh sağlığı değişkenlerinin düzeylerini incelemek değil, Akdeniz ve arkadaşlarının araştırmasında olduğu gibi, ruh sağlığı değişkenlerinin varlığının PMS üzerindeki etkisini incelemektir.

Tüm bunların ışığında, adet öncesi gerginlik sendromu belirtilerinden muzdarip ve PMS üzerine tedavi arayışında olan genç kızlarda veya kadınlarda, ilk olarak yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin ve gerekli araçlarla öfke ve depresyon düzeylerinin ölçülerek anlaşılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bunu düşündüren sebep ise ruh sağlığı değişkenlerinin PMS için sürdürücü bir faktör özelliği taşımasından kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, ruh sağlığı değişkenlerinin düzeyleri kontrol altına alınmadıkça PMS tedavi sürecini sekteye uğratması ve PMS belirtilerin yatıştırılamaması olasıdır.

Diğer yandan, araştırmamızın bulgularına göre PMS ile yaşam kalitesi, depresyon ve öfke ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkisine yakından bakıldığında en güçlü ve anlamlı olan korelasyonun yaşam kalitesi ile PMS arasında olduğu görülmüştür ($r=.568$). Dolayısıyla, ilerleyen araştırmalarda yaşam kalitesini etkileyebilecek yaşam olaylarının ve davranışların değerlendirilmesi de önem arz etmektedir. Birçok fiziksel ve ruhsal birçok alanda etkili olan stresin ise yaşam olaylarında karşılaşılan problemler veya karşılanmayan beklentiler sonucu, yaşam kalitesi üzerinde bir belirleyici olabileceği düşünülmektedir (Moksnes ve Haugan, 2015) çünkü stres ile PMS arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalardan başka (Lutsky ve ark. 2004; Potter ve ark., 2009; Yamamoto ve ark., 2009) stresin aracı etkisinin incelendiği çalışmalar da (Groer ve ark., 1993; Lutsky ve ark. 2004) gözlenmekte ve anlamlı bir etkisinin olduğu bildirilmektedir (Lee and Im, 2016). Tüm bunlarla bağlantılı olarak, gelecek çalışmalarda kişilerin yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir faktör olarak, özellikle stresin varlığının ve boyutunun göz ardı edilmemesinin önemli olacağı düşünülmüş ve PMS ile yaşam kalitesi üzerinde stresin olası bir aracı etkisinin de olabileceğine kanaat getirilmiştir.

Araştırmanın son bölümünde ise betimsel analizlere yer verilmiş ve buna bağlı olarak adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi ve ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre değişimi ele alınmıştır. Bu doğrultuda, sırasıyla elde edilen adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke toplam puanlarının, sosyodemografik

veriler olarak incelenen katılımcıların yaşı, sınıfı, ebeveynlerin eğitim düzeyi, ebeveynlerin çalışıyor olup olmaması, katılımcının okul başarısı, herhangi bir aktiviteyle ilgileniyor olup olmaması, ilk adet görülen yaşı, adet görme süresinin uzunluğu, adet görme düzeni, anne ile adet üzerine konuşabilme düzeyine ve adet ile ilgili herhangi bir tedavi görüp görmemeye göre farklılaşıp farklılaşmadığına odaklanılmıştır. Literatürde, adet öncesi gerginlik sendromu, yaşam kalitesi, depresyon ve öfke gibi ruh sağlığı değişkenlerinin düzeylerinin, sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin incelendiği çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, çalışma bulguları değişiklik göstermektedir.

İlk olarak, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyinin sosyodemografik özelliklerden ne kadar etkilendiğinin tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklemeler için t test ile tahlil edildiği araştırmamızın bulgularında, adet görme süresinin uzunluğuna ve adet ile ilgili tedavi görüp görmemeye göre PMS düzeyinin anlamlı bir değişim gösterdiği bulunmuştur. Detaylı bulgular göstermektedir ki; özellikle 4 ve 4 günden az süreyle adet görenlerin PMS düzeyleri, 5 gün ve 6 gün süreyle adet görenlerin PMS düzeylerinden ve adet ile ilgili tedavi görenlerin PMS düzeyi, adet ile ilgili tedavi görmeyenlerinkinden anlamlı olarak fazlalaşmaktadır. Bu ilişkilerin incelendiği literatür araştırmalarına bakıldığında ise Gümüş ve arkadaşlarının (1996) bizim araştırma bulgularımızla uyumlu sonuçlar elde ederek, 226 üniversite öğrencisi ile yaptığı araştırmasında, adet görme süresi 6 gün ve üzerinde olan kadınların PMS düzeylerinin, 6 günden az süreyle adet görenlerin PMS düzeyinden anlamlı olarak fazla olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, adet ile ilgili tedavi görenlerin PMS düzeylerinin, adet ile ilgili tedavi arayışında olmayan kadınların PMS düzeyinden anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur. Işık ve arkadaşlarının (2016) 17-36 yaşlarındaki kadınlarla yapılan araştırmasında ise adet ile ilgili tedavi görüp görmemenin PMS düzeyi üzerinde anlamlı bir belirleyici olduğu ve tedavi gören kadınların PMS düzeyinin, tedavi görmeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak, Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında (2011), PMS düzeyi ile adet ile ilgili tedavi görüp görmüyor olmanın ilişkisine bakıldığında, tedavi görmeyenlerin PMS düzeyinin, tedavi görmeyenlere göre anlamlı olarak fazlalaştığı dikkat çekmiştir. Adet üzerine tedavi gören birisinin, adet üzerine tedavi görmeyen birisine kıyasla, zaten rahatsızlık duyduğu konu olan adet öncesi gerginlik sendromu ile alakalı olarak yüksek PMS düzeyi raporlaması beklenilendir. Lakin, Pınar ve arkadaşlarının literatürden farklı sonuçlar elde etmesinin, katılımcıların

sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerden seçilmiş olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir çünkü sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan öğrenciler, PMS üzerine yeterli bilgiye sahip olduklarını ve PMS ile kendilerinin baş edebileceklerini düşünmüş olabileceklerinden, tedavi arayışında olmamaları ve dolayısıyla PMS düzeylerinin de bu sebeple yüksek olması muhtemeldir.

Ek olarak, çalışmamızda adet görme düzenine göre adet öncesi gerginlik sendromu düzeylerinin değişimine bakıldığında ise anlamlı bir farklılaşma bulunmamasına rağmen adet görme düzeni arttıkça PMS düzeyinin de artış gösterdiği görülmektedir. Literatür araştırmalarının görüşleri üzerine odaklanıldığında ise çalışmamızın bulguları ile paralellik gösterdiği söylenebilmektedir. Kırçan ve arkadaşlarının, 201 katılımcı ile yürütülen çalışmasında (2012) ve Gümüş'ün 266 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmasında (1996), adet düzenin PMS düzeyi üzerindeki etkisi araştırılmış ve adetin düzenli olup olmamasına göre PMS düzeyinin anlamlı bir değişim göstermediği bulunmuştur. Ancak, Işık ve arkadaşlarının (2016), 608 kadınla yapılan araştırmasında adeti düzenli seyreden kadınların PMS düzeyinin, adeti düzensiz seyreden kadınlara kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Diğer yandan, Pınar ve arkadaşlarının 316 kadınla yaptığı çalışmasında (2011), adeti düzenli olan öğrencilerin PMS düzeyi, adeti düzensiz olan öğrencilerinkine kıyasla anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Pınar ile arkadaşlarının ve Işık ile arkadaşlarının, çalışmamızdan farklı olarak, adet düzenini 3 boyutlu incelemek yerine sadece düzenli ve düzensiz olarak inceledikleri ve çalışmamızdaki katılımcı sayısından fazla katılımcı kullanmalarından ötürü bulgularda farklılıklar olduğu düşünülmektedir. Gelecek araştırmalarda ise hem daha fazla sayıda katılımcı ile araştırmaların yapılmasının çalışmanın güvenilirliği arttıracığı ve eş zamanlı olarak, düzenli-düzensiz olarak adet düzenini gruplandırmak yerine daha fazla boyut üzerinden adet düzeninin araştırılmasının, adet düzeni ve PMS düzeyi ilişkisi hakkında daha fazla bilgi verebileceği varsayılmıştır.

Diğer yandan araştırmamızda, katılımcıların yaşlarına, öğrenim gördükleri sınıflara, ebeveyn eğitim düzeylerine, anne ve babanın çalışıyor olup olmamasına, katılımcıların okul başarılarına, aktivite bulunup bulunmamasına, ilk adet görülen yaşa ve anne ile adet üzerine konuşabilme düzeyine göre PMS düzeylerinin değişimi incelendiğinde, PMS düzeyinin anlamlı farklılaşma göstermediği bulunmuştur. Bu

sosyodemografik özelliklerin PMS ile ilişkisinin incelendiği literatür araştırmalarına değerlendirildiğinde ise araştırmamızın bulgularını destekler çalışmalara rastlandığı gibi (Gümüş ve ark., 2012; Kırcan ve ark., 2012; Şahin ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2009) çalışma bulgularımızla çelişen çalışmaların da olduğu gözlenmektedir (Arıöz ve Ege, 2013; Işık ve ark., 2016; Taşçı, 2006). Spesifik olarak, bulunan yaşın sosyodemografik değişken olarak ele alınıp PMS düzeyi ile olan ilişkisi literatür üzerinde incelendiğinde, PMS düzeyinin yaş ile birlikte anlamlı bir değişim gösterdiğinin savunulduğu çalışmaların (Arıöz ve Ege, 2013; Taşçı, 2006) yanı sıra, yaşın PMS düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmayacağını savunan çalışmalara da rastlanmaktadır (Işık ve ark., 2016; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014; Yücel ve ark., 2009). Bizim çalışmamızın sonuçları ile çelişen bulgular elde eden Taşçı'nın 15-26 yaş arasındaki öğrencilerle ve Arıöz ile Ege'nin 100 kadınla yaptığı çalışmasında, PMS düzeyinin yaşlara göre anlamlı değişim göstermesinin, bizim çalışmamızda 15-18 yaşları ile kısıtlı bir örneklem seçilmesinin aksine, onların katılımcılarının yaşlarının daha geniş bir yaş aralığını incelemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, çalışmamızda PMS genel düzeyi ile ilişkileri incelenen sosyodemografik özelliklerin, Arıöz ile Ege'nin çalışmasında belirlenmiş kesim noktasına göre PMS var veya PMS yok sınıflandırmasından ötürü, çalışma bulgularının çelişen sonuçlar elde ettiği görüşü hakimdir. Taşçı'nın çalışmasında ise çalışmamızın aksine, PMS toplam düzeyi ile yaş ilişkisi değil de, PMS belirtilerinin spesifik olarak yaş gruplarına göre değişimi incelenmiştir.

Öğrenim görülen sınıf düzeyinin ve babanın çalışıyor olup olmamasının, PMS düzeyi üzerindeki etkisi detaylandırıldığında ise yine çalışmamızda PMS düzeyinin sınıf düzeyine ve babanın çalışıyor olup olmamasına göre farklılaşmadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında, araştırmamızın bulguları ile paralellik gösteren, Yücel ve arkadaşlarının 331 üniversite öğrenci ile yapılan araştırmasında, öğrenim görülen sınıfın PMS düzeyini anlamlı bir şekilde etkilemediği bulunmuştur. Diğer yandan, Taşçı'nın (2006) 331 üniversite öğrenci ile yaptığı araştırmasında ise öğrenim görülen sınıf seviyesine göre PMS düzeyinin anlamlı bir farklılaşma gösterdiği ve özellikle üniversite 3. ve 4. sınıfta öğrenim gören kızların PMS belirtilerinin diğer sınıftakilere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Taşçı ve arkadaşlarının bulgularının, PMS toplam düzeyi üzerinden değil de PMS belirtilerini tek tek değerlendirmesi nedeniyle PMS düzeyinin öğrenim görülen sınıflar arasında

farklılık gösterdiği görüşü savunulmuştur. Ayrıca, baba çalışma durumuna göre PMS düzeyinin değişiminin incelendiği çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte, araştırma bulgularımızla çelişen sonuçlar elde etmiştir (Arıöz ve Ege, 2013). Çalışmamızda PMS düzeyi üzerinde anlamlı etkisinin bulunmadığı baba çalışma durumunun, Arıöz ve Ege'nin çalışmasında (2013) anlamlı bulunmasının, çalışmamızda baba çalışma durumu çalışıyor ve çalışmıyor olarak gruplanırken, onların çalışmasında memur, işçi, serbest olarak sınıflandırılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu doğrultuda gelecek araştırmalarda, ailelerin çalışma durumlarını ikiden fazla boyutta kategorileştirmenin yapılması, daha sağlıklı bir şekilde ruh sağlığının çalışma durumundan ne derece etkilendiğinin anlaşılması adına tavsiye edilmektedir.

Ayrıca, annenin ile babanın eğitim seviyesinin ve annenin meslek sahibi olup olmamasının değerlendirildiği literatür araştırmalarına bakıldığında (Işık ve ark., 2016; Kırca ve ark., 2012; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014), çalışmamızla uyumlu bulgular elde edildiği ve çalışmamızın desteklediği görülmektedir. Çalışmamızın bulguları ve literatür araştırmaları göstermektedir ki; ne anne ve babanın eğitim seviyesinin (Işık ve ark., 2016; Kırca ve ark., 2012; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014) ne de annenin çalışıyor olup olmamasının kız öğrencilerin PMS düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmamıştır (Kırca ve ark., 2012). Ek olarak, ilk adet görülen yaşın, PMS düzeyi üzerindeki etkisinin incelendiği literatür araştırmalarının bulguları (Işık ve ark., 2016; Pınar ve ark., 2011; Şahin ve ark., 2014) ise yine çalışmamızın sonuçları ile uyumlu sonuçlar göstererek, PMS düzeyinin ilk adet görülen yaşa göre anlamlı bir farklılaşma göstermediğini bildirmişlerdir.

Son olarak da, anne ile adet görme üzerine konuşabilme düzeyine, herhangi bir aktivitede bulunup bulunmama, okul başarısına ve babanın çalışıyor olup olmamasına göre PMS düzeyinin değişimine odaklanan literatür incelendiğinde, araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızın bulgularının literatür verileri ile uyumu karşılaştırılmamaktadır. Bu sebeple, gelecek araştırmalarda PMS düzeyinin bu değişkenlerle ilişkinin değerlendirilmeye katılmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

İkinci olarak, yaşam kalitesi düzeyleri ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem için t test ile incelendiğinde, yaşam kalitesi düzeyinin herhangi bir sosyodemografik özelliğe göre

anlamli bir değişim göstermediği bulunmuştur. Ancak, okul başarısı ile yaşam kalitesinin ilişisine yakından bakıldığında, okul başarısı yüksek olan kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin, okul başarısı orta düzeyde olan kişilerin yaşam kalitesi düzeyine göre yüksek olduğu gözle çarpılmaktadır.

Literatür araştırmalarında, yaşam kalitesinin sosyodemografik değişkenlere göre nasıl bir değişim gösterdiğinin incelendiği çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, çalışmamızın bulgularını hem destekleyen (Ak, 2014; Jho, 2001) hem de çelişen sonuçlara bir arada rastlanmıştır (Ak, 2014; Eğicioğlu ve ark., 2015; Jho, 2001). Annenin meslek sahibi olup olmaması ve baba eğitim seviyesi, sosyodemografik özellikler olarak alınıp, ruh sağlığı değişkeni olan yaşam kalitesi ile ilişkisi literatürde değerlendirildiğinde, çalışmalar kısıtlı bulunmakla beraber, çalışmamızı destekleyen sonuçlar göstermektedir (Ak, 2014). Yaşam kalitesi düzeyi, çalışmamızdan farklı olarak gruplandırılarak ölçümlenen değişkenler olan anne meslek sahibi olup olmamasına ve babanın eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmamıştır.

Sosyodemografik değişken olarak yaşın, yaşam kalitesi düzeyi ile ilişkisi ele alındığında ise literatürde konu üzerine farklı bulgularla karşılaşılmıştır. Ak (2014) ve Eğicioğlu ile arkadaşlarının (2015) çalışmalarında, bulunun yaş, yaşam kalitesi üzerinde kısmen anlamlı bir etkiye sahipken, bizim ve Jho'nun (2001) çalışmasında yaşam kalitesi üzerinde yaşın herhangi anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Jho ve çalışmamızdan farklı olarak, diğer çalışmalarda (Ak, 2014; Eğicioğlu ve ark., 2015) yaşam kalitesi değerlendirilirken alt boyutlar üzerinden tüm incelemelerin yapılmasının ve çalışmamızda kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinden farklı ölçekler kullanılmasının sonuçlar üzerinde değişim yarattığı düşünülmektedir çünkü değişimler tüm alt boyutlarda olmamakla birlikte sadece sınırlı yaşam kalitesi alt boyutlarında görülmüştür ve bu da kısmi bir anlamlılık olarak yorumlanmıştır.

Diğer yandan, öğrenim görülen sınıf seviyesinin, okul başarısının, adet düzeninin, anne eğitiminin ve babanın meslek sahibi olup olmamasının sorgulandığı sosyodemografik değişkenlerin, yaşam kalitesi düzeyini farklılaşp farklılaştıramadığını inceleyen literatür çalışmalarına bakıldığında, yine sınırlı sayıda çalışmayla karşılaşılmış ve yapılan araştırmaların da bahsi geçen sosyodemografik özellikler açısından farklı sonuçlar elde ettiği görülmüştür (Ak, 2014; Eğicioğlu ve ark., 2015). Araştırmamızda sözü edilen sosyodemografik değişkenlere göre, yaşam kalitesi genel düzeyi anlamlı bir değişim göstermezken, literatürde yaşam kalitesi alt

boyutlarından hepsinde olmamakla birlikte kısmi anlamlı bir farklılaşma göstermiştir. Yineleyecek olursak, çalışmaların ortak değişkeni olan yaşam kalitesi düzeyleri ölçülürken farklı ölçekler kullanılmasının ve özellikle Ak'ın çalışmasında (2014) kızlar ve erkeklerin birlikte katılımcı olarak alınmasının çalışmalar arasında farklılığa neden olduğu düşünülmüştür. Benzer ölçeklerle ve modellerle yaşam kalitesi ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisinin incelenmesi, literatür kıyaslaması yapabilmek adına daha faydalı olacaktır.

Depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre nasıl bir değişim gösterdiğinin üzerinde durulduğu ve değişimin anlaşılması için tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem için t test analizinin kullanıldığı bu adımda ise öğrenim görülen sınıfın, baba eğitim düzeyinin ve babanın çalışıyor olup olmamasının, depresyon düzeyi için anlamlı bir belirleyici olduğu görülmektedir. Anlamlı olan bulgular yakından incelendiğinde, babası çalışmayan kızların depresyon düzeylerinin babası çalışan kızlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sınıf seviyesinin, depresyon düzeyi ile ilişkisi detaylandırıldığında ise 10.sınıfta öğrenim gören kız öğrencilerin depresyon düzeylerinin, 9., 11. ve 12. sınıfta öğrenim gören öğrencilerin depresyon düzeylerinden anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Öğrenim görülen sınıfa göre beklenilen aksine depresyon düzeyin de hiyerarşik olarak artmayışının sebebinin, 9. sınıfta yeni bir okula başlanmasıyla birlikte gelecek ile ilgili belirsizlikler yaşanması, derslerin zorluk derecesi ve arkadaş uyumunda yaşanabilecek muhtemel stres ile bağlantılı olan olası depresyonun olduğu düşünülmektedir. 10.sınıf ile birlikte depresyon düzeyinde anlamlı bir düşüşe ise 10. sınıfa başlandığında üniversite sınavı kaygısından bağımsız olmanın ve okula, derslere ve arkadaş ortamına alışmanın getireceği rahatlamanın neden olabileceği kanaati getirilmiştir. Ancak 11. ve 12. sınıf ile birlikte öğrencilerin üniversite sınavına yakın bir dönem olmasından ötürü gelecek kaygısı ve sınav stresi taşıyabileceklerinden öğrencilerin depresyon düzeylerinin sınıf seviyesi ile birlikte artış gösterdiği düşünülmüştür.

Depresyon düzeyi ile etkileşimi anlamlı bulunan baba eğitim seviyesinin, seviyeler arasında nasıl farklılaştığına bakıldığında ise yalnız üniversite ve üzerinden mezun olmuş babaya sahip kızların depresyon düzeylerinin lise mezunu babası olan kızların depresyon düzeyinden anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. İlköğretim mezunu babası olan kızların ise baba eğitim seviyesi yönüyle kıyaslandığında, en yüksek depresyon düzeyi ortalamasını raporladıkları göze çarpmaktadır.

Ayrıca, okul başarısı ve adet görme düzeni ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir etkileşim bulunamasa da okul başarısı yüksek olan genç kızların depresyon düzeyinin, orta düzeyde okul başarısı gösteren kızlara göre düşük olduğu, aynı zamanda, kızların adet görmeleri düzenli olmaya başladıkça depresyon düzeylerinin de düşüşe geçtiği dikkat çekmektedir. Depresyon düzeyi ile anlamlı bir değişim göstermeyen sosyodemografik değişkenler ise sırasıyla annenin meslek sahibi olup olmaması, bir aktiviteyle ilgilenip ilgilenmemesi, bulunduğu yaş, annenin eğitim seviyesi ve kızların anneleri ile adet üzerine konuşabilme düzeyi, ilk adet görülen yaş, adet tedavisi görüyor olup olmaması ve adet görme süresinin uzunluğudur.

Literatürde sosyodemografik değişkenlere göre depresyon düzeyinin nasıl bir değişim gösterdiğinin incelendiği araştırmalara oldukça rastlandığı ancak çalışma bulgularının kendi arasında, incelenen sosyodemografik değişken ile depresyon düzeyinin ilişkisine göre farklılık gösterdiği dikkati çekmektedir. İlk olarak, yaş (Eskin ve ark., 2008; Karaşin, 2016; Öztop ve ark., 2011), annenin mesleğinin olup olmaması (Karaşin, 2016) ve baba eğitim seviyesi (Eskin ve ark., 2008; Öztop ve ark., 2011) sosyodemografik değişkenlerinin depresyon düzeyi ile ilişkisine bakıldığında, incelenen literatür araştırmalarının çalışma bulgularımızla uyumlu veriler elde ettiği görülmüştür. Araştırmamız ve literatür araştırmalarının uzlaştığı gibi, bulunulan yaş ve annenin çalışıyor olup olmaması, depresyon düzeyi için anlamlı bir belirleyici değilken, babanın eğitim seviyesi, depresyon düzeyinin farklılaşma göstermesi için anlamlı bir etken olmuştur. Öğrenim görülen sınıfın, depresyon düzeyi üzerinde belirleyici bir rolünün olup olmadığı değerlendirildiğinde ise çalışma bulgularını destekleyen çalışmaya rastlandığı gibi (Karaşin, 2016), çelişen sonuçlar elde eden araştırmalara da rastlanmıştır (Kapucı, 2016). Araştırmamız ve Karaşin'in çalışmasında (2016), depresyon düzeyi, öğrenim görülen sınıf seviyesine göre anlamlı bir şekilde farklılaşırken, Kapucı'nın araştırmasında (2016) depresyon düzeyi sınıf seviyesine göre değişim göstermemiştir. Kapucı'nın çalışmasında (2016), depresyon düzeyi ile sınıf seviyelerinin ilişkisini incelemek için tercih edilen analiz yönteminin ve araştırılması hedeflenen temel amaçların farklılık göstermesinden kaynaklı bulguların farklılık gösterdiği kanısına varılmıştır.

Diğer yandan, literatürde anne eğitim seviyesinin depresyon düzeyi üzerindeki etkisi incelendiğinde, çalışma bulgularımızı destekleyen sonuçlara denk geldiği gibi (Karaşin, 2016; Öztop ve ark., 2011), çalışmamızın sonuçlarına zıt

veriler elde eden araştırmalara da rastlanmıştır (Eskin ve ark., 2008). Babanın alışıyor olup olmamasına göre, depresyon düzeyinin değişimi incelendiğinde ise literatürde rastlanılan tek çalışma olan Karaşın'ın (2016) alışma bulgularının bizim çalışmamızdan farklılık gösterdiği gorlmuştr. Çalışmamızda, baba çalışma durumu, depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye sahipken, Karaşın'ın çalışmasında (2016) baba çalışma durumu depresyon düzeyi için anlamlı bir belirleyici olmamıştır. Babanın alışma durum, Karaşın'ın çalışmasında 7 farklı boyutta incelenirken, bizim çalışmamızda çalışıyor veya alışmıyor olarak 2 boyutta incelenmiştir. Bununla bağlantılı olarak, çalışma durumunun çok boyuta ayrılmasının, gruplar arası dağılımı olumsuz etkileyebileceği ve dolayısıyla çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edildiği duşnlmuştr. Ayrıca, depresyon düzeyinin, okul başarısı ile nasıl değişim gösterdiğine odaklanıldığında, literatür çalışmalarında elde edilen verilerin tamamının, çalışmamızın bulgularıyla çelişen sonuçlar elde ettiği bulunmuştur (Eskin ve ark., 2008; Kapucı, 2016; Karaşın, 2016; ztop ve ark., 2011). Literatürde ağırlıklı olarak okul başarısı depresyon düzeyinde anlamlı bir farklılaşma yaratırken, bizim çalışmamızın sonuçlarına göre okul başarısı, depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir değişken olarak belirlenmemiştir. Çalışmamızda okul başarısı düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırıldığı halde, düşük başarı raporlayan ğrenci olmamıştır ve orta ve yüksek başarı düzeyi arasında ruh sağlığı değişkenleri değerlendirilmek zorunda kalınmıştır. Bununla bağlantılı olarak, iki grup arasındaki depresyon düzeylerine bakıldığında ise aslında literatür ile uyumlu olarak, orta seviyede başarı düzeyi gösteren öğrencilerin depresyon düzeyi, yüksek seviyede başarı düzeyi gösteren öğrencilerden yüksek bulunmuştur ancak fark anlamlı değildir. Dolayısıyla, literatür araştırmalarında okul başarısı, çalışmamızdan farklı olarak ikiden fazla boyutta incelendiği için, araştırma bulguları farklılık göstermektedir şeklinde yorumlanmıştır.

Son olarak, öfke düzeylerinin sosyodemografik verilere göre gösterdiği değişim ve anlamlılığı tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklemeler için t teste başvurularak analiz edildiğinde, öfke düzeyi öğrenim görülen sınıfa göre anlamlı bir değişim gösterdiği bulunmuştur. Detaylı bulgulara göre, 10.sınıftan başlayarak 12.sınıfa kadar anlamlı ve hiyerarşik bir şekilde artış gösteren öfke düzeyleri, 9. sınıfta öğrenim gören kızların öfke düzeylerinin yalnız 10.sınıfta öğrenim gorenlerinkinden fazla olmasıyla farklılaşmaktadır. Öte yandan, anne eğitim seviyesi ve adet üzerine anne ile konuşabilme düzeyi ile öfke düzeyi arasındaki ilişkinin

niteliği değerlendirildiğinde, öfke düzeyinin bu sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı bir değişim göstermediği görülmektedir. Lakin, annenin eğitim seviyesinin artmasıyla ve anne ile rahat bir şekilde adet görme üzerine konuşabildikçe öfke düzeyinin hiyerarşik bir şekilde azalışa geçtiği dikkat çekmektedir. Ayrıca, bulunulan yaşın, öfke düzeyi üzerindeki etkisine odaklanıldığında, hangi yaşta olduğunun öfke düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmamasına karşın, sahip olunan yaş artış gösterdikçe öfke düzeyinin de yaş ile beraber artış gösterdiği gözle çarpılmaktadır.

Ek olarak, öfke düzeyleri ile etkileşimlerinde, babanın eğitim düzeyi, ebeveynlerin (anne-baba) çalışma durumu, bir aktiviteye ilgisinin olup olmaması, adet ile ilgili bir tedaviye ihtiyaç duyup duymaması, ilk adet gördükleri yaş, adet görme süresinin uzunluğu ve adet görme düzeninin seviyesi sosyodemografik değişkenler olarak, öfke düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmayı sağlamamaktadır.

Literatür araştırmalarına bakıldığında ise sosyodemografik değişkene göre, öfke düzeyinin değişiminin incelendiği literatür araştırmalarının uyumu da değişkenlik göstermiştir. Araştırmamıza konu edilen öğrenim görülen sınıf, annenin çalışıp çalışmaması, babanın çalışıp çalışmaması ve okul başarısı ile öfke düzeyinin ilişkisinin araştırıldığı geçmiş araştırmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte (Albayrak ve Kutlu, 2009; Aydın, 2014; Erdoğan, 2015), çalışmamızla uyumlu bulgular elde etmişlerdir. Araştırmamızın sonuçları ve uyumlu geçmiş araştırmalarının sonuçlarına göre, okunulan sınıf seviyesine göre öfke düzeyi anlamlı olarak fark göstermektedir (Erdoğan, 2015). Ayrıca, yine literatür verileri ile paralel seyreden araştırma sonuçlarımıza göre, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu (Aydın, 2014) ve okul başarısı (Albayrak ve Kutlu, 2009) ile bağlantılı olarak, öfke düzeyi anlamlı bir değişim sergilememiştir.

Diğer yandan, anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi ve bulunulan yaşa göre öfke düzeylerinin nasıl değişim gösterdiği incelendiğinde, anne baba eğitim seviyesi üzerine yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu ve geçmiş araştırmaların çalışmamızın bulguları ile çelişen sonuçlar elde ettiği görülmüştür (Aydın, 2014). Araştırmamızda, anne ve baba eğitim seviyesine göre öfke düzeyi anlamlı bir değişim göstermezken, Aydın'ın araştırmasında (2014), öfke alt boyutları ile detaylandırılarak öfke genel düzeyinden değerlendirilmeyen öfke ruh sağlığı değişkeni ebeveynlerin eğitim seviyesine göre anlamlı bir değişim göstermiştir. Çalışmalar arasındaki farklılığın sebebinin, önceden de farklılıklara yol açtığı gibi,

yine genel öfke düzeyi yerine öfkenin alt boyutlarının düzeyleri üzerinden değerlendirilmesi olduğu düşünülmektedir. Yaş değişkeninin, öfke düzeyi ile etkileşimi değerlendirildiği noktada ise literatür araştırmalarının çalışma bulgularımızı desteklediği gibi (Albayrak ve Kutlu, 2009), uyumsuz sonuçlar gösterdiği de olmuştur (Aydınlı, 2014; Erdoğan, 2015). Çalışmamızın sonuçlarına yakından bakıldığında, yaşlar arasında öfke düzeylerinin anlamlı bir değişim göstermediği ancak öfke düzeylerinin yaşın artmasıyla birlikte hiyerarşik bir şekilde artış sergilediği bulunmuştur. Dolayısıyla, 15 ile 18 arasında sınırlı olan yaş grupları, diğer çalışmalarda olduğu gibi, daha geniş perspektiften incelenmek adına genişletilirse ve örneklem sayısı da arttırılırsa, diğer çalışmalarla benzer bulgular elde edilebileceği varsayılmıştır.

En önemlisi, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin, adet görme ile ilgili bilgi almak adına oluşturulan değişkenlere ve bir aktiviteye katılım gösterip göstermemeye göre nasıl değişim gösterdiği literatür araştırmalarında incelendiğinde, yaşam kalitesi düzeyi ile adet düzeni ilişkine bakılan bir çalışma dışında (Ak, 2014), bu konuya odaklanan çalışmalara rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamızda değişken olarak değerlendirilen ilk adet görme yaşına, adet görme süre uzunluğuna, adet görme düzenine, adet görme ile ilgili anneyle paylaşımda bulunma düzeyine ve adet ile ilgili herhangi bir tedavi görüp görmemeye göre ruh sağlığı değişkenlerinin düzeylerinin değişiminin incelendiği araştırma bulgularının, literatür verileri ile karşılaştırması yapılamamıştır.

Çalışmamızın katkılarıyla, ruh sağlığı değişkenleri olan yaşam kalitesi, depresyon ve öfkenin, adet öncesi gerginlik sendromu ve birbirleriyle olan anlamlı ilişkileri bir kez daha aydınlatılmıştır. Literatüre ek olarak, çalışmamızda konu edilen ruh sağlığı değişkenlerinin kısmi aracı etkilerinin gelecek çalışmalarda, adet öncesi gerginlik sendromu değerlendirilirken göz önünde bulundurulmasının önemi vurgulanmak istenmiştir. Geçmiş araştırmalarda eksikliğinin görülmesi üzerine, gelecekte yapılacak boylamsal çalışmalar ile, ruh sağlığı değişkenlerinin düzeyleri yüksek olan bireylerle yaşam kalitesini iyileştirme, öfke düzeyini kontrol etme ve depresyon düzeyini azaltıcı yöntemlerle çalışıldığında, PMS düzeyini kontrol altında tutulup tutulamayacağı araştırılmasının da faydalı olacağı düşünülmektedir. En önemlisi, çalışmamızla beraber depresyon, öfke ve yaşam kalitesi düzeylerinin PMS üzerindeki yordayıcı etkisi anlaşılmıştır. Bu doğrultuda, PMS tedavisinde multidisipliner bir çalışma ile hareket edilmesi faydalı olacaktır. Çalışmamızda

incelenen ruh sağlığı değişkenlerinin birey üzerindeki etkileri kontrol altına alınması sağlandığında, PMS'in tedavisi hızlandırılabilir. Ek olarak, insanların yaşamlarında etkisi olabilecek ve PMS ile ilişkisinin muhtemel olduğu diğer ruh sağlığı değişkenlerinin (stres, somatizasyon gibi) dőzeyleri ve belirtileri anlaşıldığı takdirde, PMS için risk faktőrő oluşturması nlenebilir.

KAYNAKLAR

- Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992). Attention-Deficit Hyperactivity and Conduct Disorder: Comorbidity and Implications for Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 881-892.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2000). *ACOG Practice Bulletin 15. Premenstrual syndrome: Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists*. Washington, DC: ACOG.
- Adıgüzel, H., Taşkın, O., & Danacı, A. E. (2007). Manisa ilinde premenstrual sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 18*(3), 215-222.
- Ak, T. (2014). *Lise Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akdeniz, F. T., Korkmaz, S., Tamar, M., & Beker, B. (2002). Depresyonu Olan ve Olmayan Genç Kızlar ve Annelerindeki Adet Öncesi Yakınmaların Karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 9*(1), 16-22.
- Akyol, E. S., Arısoy, E. Ö. K., & Çayköylü, A. (2013). Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: Its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 850-855.
- Albayrak, B., & Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2*(3), 57.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (Koroğlu, E, Çev.). İstanbul, IST: HYB Yayıncılık.
- Antai, A. B., Udezi, A. W., Ekanem, E. E., Okon, U. J., & Umoiyoho, A. U. (2004). Premenstrual syndrome: prevalence in students of the university of Calabar, Negeria. *African Journal of Biomedical Research, 7*, 45-50.
- Angst, J., Sellaro, R., Stolar, M., Merikangas, K., & Endicott, J. (2001). The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 110–116.

- Arenliu, A., Kelmendi, K., & Bexulli D. (2016). Gender Differences in Depression Symptoms: Findings From a Population Survey in Kosovo- A Country in Transition. *Psychological Thought*, 9(2), 236-247.
- Arıöz, A., & Ege, E. (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23(3), 63-69.
- Aydiner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.
- Aydınlı, S. (2014). *Ergenlerin Öfke İfade Biçimleri, Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri, Umutsuzluk Seviyeleri ve Çatışma Çözme Yaklaşımlarının İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Bakr, I., & Ez-Elarab, H. (2010). Prevalence of premenstrual syndrome and the effect of its severity on the quality of life among medical students, *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 28(2), 19-30.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bayraktar, E. (1990). *Geç Luteal Faz Disforik Bozukluğu (PMS) Tanılı Olgularda Sosyo-Demografik ve Kişilik Özellikleri ile İ. V. Klonidin Stimülasyonuna GH Yanıtları*. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation.
- Besharat, M. A., Nia, M. E., & Farahani, H. (2013). Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 35-41.
- Bosarge, P. M. (2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management*, 5, 13-17.
- Braverman, P. K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 20, 3-12.

- Breckwolddt, M., & Keck, C. (2003). Premenstrual syndrome. *Journals American Family Physician*, 67(8), 1743-1752.
- Bridewell, W. B., & Chang, E. C. (1997). Distinguishing between anxiety, depression, and hostility: relations to anger-in, anger-out, and anger control. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 587-590.
- Bryant, M., Truesdale, K. P., & Dye, L. (2006) Modest changes in dietary intake across the menstrual cycle: implications for food intake research. *British Journal of Nutrition*, 96, 888-894.
- Chau, J. P. C., & Chang, A. M. (1999). Effects of an educational programme on adolescents with premenstrual syndrome. *Health Education Research*, 14, 817-830.
- Cheng, H., Mallinckrodt, B., & Wu, L. (2005). Anger Expression Toward Parents and Depressive Symptoms Among Undergraduates in Taiwan. *Counseling Psychologist*, 33(1), 72-97.
- Choate, L. H. (2014). *Adolescent Girls in Distress : A Guide for Mental Health Treatment and Prevention*. New York: Springer Publishing Company.
- Christensen, A. P., & Qei, T. P. S. (1995). The efficacy of cognitive behaviour therapy in treating premenstrual dysphoric changes. *Journal of Affective Disorders*, 33, 57-63.
- Cleckner-Smith, C. S., Doughty, A. S., & Grossman, J. A. (1998). Premenstrual symptoms: prevalence and severity in an adolescent sample. *Journal of Adolescent Health*, 22, 403-408.
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(10), 1015–1025.
- Çam, O., Özgür, G., & Gürkan, A. (2004). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ders Notları*, İzmir: Ege Üniversitesi Yayınları.
- Dadkhah, H., Ebrahimi, E., & Fathizadeh, N. (2016). Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research*, 21(2), 159-164.
- Daley, A. (2009). Exercise and Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review. *Journal of Women's Health*, 18(6), 895-899.
- Danacı, A. E., Taşkın, E. O., Koltan, S. O., & Uyar, Y. (2001). Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 15-20.

- Delara, M., Ghpfranipour, F., Azadfalah, P., Tavafian, S. S., Kazemnejad, A., & Montazeri A. (2012). Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (1).
- Dereboy, Ç., Dereboy, İ. F., & Yiğitol, F. (1994). Premenstrüel değer- lendirme formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5, 83-90.
- Derman, O., Kanbur, N. O., Tokur, T., & Kutluk, T. (2004). Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 116, 201–206.
- Dickerson, L. M., Mazyck, P. J., & Hunter, M. H. (2003). Premenstrual syndrome. *American Family Physician*, 67(8), 43-52.
- Doğan, S., Doğan, N., Can, H., & Alaşehirlioğlu, H. V. (2012). Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım. *Symrna Tıp Dergisi*, 90-93.
- Eğicioğlu, H., Coşar, E., Kundak, Z., Pektaş, M., & Köken, G. (2015). Premenstrüel Sendromun Yaşam Kalitesine Olan Etkileri, Sosyodemografik Özelliklerle İlişkili mi. *Jinokoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1), 10-17.
- Erbil, N., Karaca, A., & Kırış, T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40(4), 565-573.
- Erci, B., Okanlı, A., & Kılıç, D. (1999). Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 14-26.
- Erdoğan, H. T. (2015). *Ergenlerin Anksiyete Düzeylerinin Öfke Yönetimi Becerileri ve Öfkeyi İfade Tarzlarına Etkisi*. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., & Dereboy, Ç. (2008). Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmenler. *Türk Psikiyatri Derneği*, 19(4), 382-389.
- Evliyaoğlu, O., Alikasıfoğlu, M., & Ercan, O. (2010). Ergenlerde menstrüel döngü bozuklukları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 45, 6-12.
- Fidaner, H. (1998). Depresyon Hakkında Sık Sorulan Sorular ve Yanıtları. *Psikiyatri Dünyası*, 2(2), 72-75.
- Frackiewicz, E. J., & Shiovitz, T. M. (2001). Evaluation and management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of American Pharmacists Association*, 41(3), 437- 447.

- Frank, R. T. (1931). The hormonal causes of premenstrual tension. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 26, 1053-1057.
- Freeman, E. W., DeRubeis, R. J., & Rickels, K. (1996). Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Research*, 65, 97-106.
- Freeman, E. W., & Sondheimer, S. J. (2003). Premenstrual Dysphoric Disorder: Recognition and Treatment. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 5(1), 30-39.
- Evren, C., Çınar, Ö., Güleç, H., Çelik, S., & Evren, B. (2011). The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Buss-Perry's Aggression Questionnaire in Male Substance Dependent Inpatients. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 283-295.
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(2), 81-87.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (1997). Children's reports of their life satisfaction: convergence across raters, time and response formats. *Journal of School Psychology*, 18, 133-147.
- Girman, A., Lee, R., & Kligler, B. (2003). An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 188, 56-64.
- Golub, S. (1976). The magnitude of premenstrual anxiety and depression. *Psychosomatic Medicine*, 38, 4-14.
- Göker, A., Artunç-Ülkümen, B., Aktenk, F., & İkiz, N. (2015). Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35(3), 275-278.
- Gözüm, S., Özer, H., & Tuncel, Ş. (1996). Premenstrüel Gerilim Belirtilerinin Sağlıklı Genç Erişkinlerde Görülme Derecesi ve Bunların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Düşünen Adam*, 9(4), 40-46.
- Greene, R., & Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome. *British Medical Journal*, 9, 1008-1014.
- Gresham, D., Melvin, G. A., & Gullone, E. (2016). The Role of Anger in the Relationship Between Internalising Symptoms and Aggression in Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2674-2682.
- Groer, M., Carr, J., & Younger, M. S. (1993). Relationships between self-reported symptoms of infection, menstrual-cycle-related distress, and cycle phase. *Behavioral Medicine*, 19(1), 13-19.
- Gümüş, A. B., Bayram, N., Can, N., & Kader, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 32-38.

- Halbreich, U. (2013). The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 55-99.
- Hamaideh, S. H., Al-Ashram, S. A., & Al-Modallal, H. (2014). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 60-68.
- Hamburg, D. A., & Takanishi, R. (1989). Preparing for life: The critical transition of adolescence. *American Psychologist*, 44: 825-827.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir alışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(23), 3-13.
- Huebner, E. S. (1991). Correlates of life satisfaction in children. *Journal of School Psychology*, 6, 103-111.
- Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioral therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 811-817.
- Indusekhar, R., Umsan, S. B., & O'Brien, S. (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 207-220.
- Ismail, K. M. K., O'Brien, S. (2001). Premenstrual syndrome. *Women's Health Medicine*, 3(6), 273-275.
- Işık, H., Ergöl, ř., Aynioğlu, Ö., şahbaz, A., Kuzu, A., & Uzun, M. (2016). Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 695-701.
- İnce, N. (2001). Adölesan Dönemde Premenstrüel Sendrom. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri*, 21, 369-373.
- Jho, M. (2001). Study on the correlation between depression and quality of life for Korean women. *Nursing and Health Sciences*, 3, 131-137.
- Kapucı, Ö. (2016). *Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İnternet Kullanım Amaçları ve Akademik Başarı Açısından İncelenmesi*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karaşın, Ö. (2016). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Uzmanlık Tezi, Samsun.

- Kaur, G., Gonsalves, L., & Thacker, H. L. (2004). Premenstrual dysphoric disorder: a review for the treating practitioner. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 71(4), 303-321.
- Kessel, N., & Coppen, A. (1963). The prevalence of common menstrual symptoms. *Lancet* 2, 61-64.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., & Güler, N. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 284-297.
- Kırcan, N., Ergin, F., Adana, F., & Arslantaş, H. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1), 19-25.
- Kızılkaya, N. (1994). Premenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*, 31, 84-90.
- Korkmaz Çetin, S., Akdeniz, I. F., & Tamar, M. (2005). Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 145-153.
- Koyun, A., Taşkın, L., & Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 67-99.
- Lee Y., & Im, E. (2016). Stress and Premenstrual Symptoms in Reproductive-Aged Women. *Health Care for Women International*, 37:6, 646-670.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18: 765-794.
- Long, P. H. (1960). On the Quantity and Quality of Life. *Medieval Times*, 88, 613-619.
- Logue, C. M., & Moss, R. H. (1986). Premenstrual Symptoms: Prevalence and Risk Factors. *Psychosomatic Medicine*, 48(6), 388-414.
- Lowth, M. (2015). Managing anger in adolescents. *Practice Nurse*, 12, 18.
- Lustky, M. K. B., Widman, L., Paschane, A., & Ecker, E. (2004). Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology, *Women Health*, 39, 35-44.
- Lustyk, M. K. B., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L. (2009). Cognitive-Behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*, 12, 85-96.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*. New York, NY: Longman.

- Memik, N. C., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş., & Karakaya, I. (2007). Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 13–18 Yaş Ergen Formu'nun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 353–363.
- Moksnes, U. K., & Haugan, G. (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: The positive role of sense of coherence. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care & Rehabilitation*, 24(10), 2473-2481.
- Moline, M. L., & Zendell, S. M. (2000). Evaluating and managing premenstrual syndrome. *Medscape General Medicine*, 5, 1-16.
- Muñoz-Reyes, J. A., Polo, P., Valenzuela, N., Guerra, R., Anabalón, K., Hidalgo-Rasmussen, C., & Turiegano, E. (2016). Sexual Differences and Associations between Aggressiveness and Quality of Life in Late Adolescents. *Current Psychology*.
- Müezzinoğlu, T. (2004). Yaşam kalitesi: Üroonkoloji derneği güz dönemi konuşması.
- Mishell, D. R. (2005). Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden, *The American Journal of Managed Care*, 11(16), 473-479.
- Mitchell, E. S., Woods, N. F., & Lentz, M. J. (1994). Differentiation of women with three premenstrual symptom patterns. *Nursing Research*, 43(1), 25-30.
- Müderriş, I. T., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşçı, S., & Bayatlı, M. (1999). The Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder Young Woman. *Klinik Psikiyatri*, 2, 197-201.
- National Institute of Mental Health. (1995). *Depression: What every women should know?*
- Oskay, Ü., Can, G., Taş, D., & Sezgin, Ö. (2008). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde Görülen Perimenstrual Sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(63), 157-164.
- Öncel, S., & Pınar, A. (2006). Premenstrual sendromda tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sendrom (Hemşirelik)*, 18(9), 86-91.
- Ören, N., & Gençdoğan, B. (2007). Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(1), 85-92.
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31, 26-35.
- Özer, H., & Kırpınar, İ. (1997). Depresif bozukluklu ve kontrol grubu kadınlarda premenstrüel sendrom taraması. *Düşünen Adam*, 10, 16-19.

- Öztop, D. B., Öztürk, A., Ünal, D., Mazıcıoğlu, M., Balcı, E., & Gün, İ. (2011). Lise öğrencilerinde depresyon ve davranış sorunlarının yaygınlığı. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12, 204-211.
- Öztürk Can, H., Baykal Akmeşe, Z., & Durmuş, B. (2015). Sınıf Öğretmenlerinde Premenstruel Sendrom Görülme Durumu ile Sürekli Öfke ve Öfke Tazları Arasındaki İlişki. *NWSA-Life Sciences*, 10(1), 1-13.
- Öztürk, S., & Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual Sendrom ve Başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 57-61.
- Pearlstein, T. B., & Stone, A. B. (1998). Premenstrual syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 577-590.
- Pınar, G., Çolak, M., & Öksüz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 21-27.
- Ploeg, H. M. (1987). Emotional States and The Premenstrual Syndrome. *Personality and Individual Differences*, 8(1), 95-100.
- Potter, J., Bouyer, J., Trussell, J., & Moreau, C. (2009). Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: Results from a French population-based survey. *Journal of Women's Health*, 18(1), 31-39.
- Prior, J. C., Vigna, Y., Sciarretta, D., Alojado, N., & Schulzer, M. (1987). Conditioning exercise decreases premenstrual symptoms: A prospective controlled 6-month trial. *Fertility and Sterility*, 47, 402-408.
- Rapkin, A. J. (1992). The Role of Serotonin in Premenstrual Syndrome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35(3), 629-636.
- Ridgeway, C. L., & Smith-Lovin, L. (1999). The Gender System and Interaction. *Annual Review of Sociology*, 25, 191-216.
- Rizk, D. E., Mosallam, M., Alyan, S., & Nagelkerke, N. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 589-598.
- Smith, H., & Thomas, S. P. (1996). Anger and locus of control in young women with and without premenstrual syndrome. *Issues in Mental Health Nursing*, (17), 289-305.
- Sloan, M. M. (2012). Controlling Anger and Happiness at Work: An Examination of Gender Differences. *Gender, Work and Organization*, 19(4), 370-391.

- Schmelzer, K., Hiller, W., Ditzen, B., Weise, C., Kleinstäuber, M., & Andersson, G. (2015). Clinical Profiles of Premenstrual Experiences Among Women Having Premenstrual Syndrome (PMS): Affective Changes Predominate and Relate to Social and Occupational Functioning. *Health Care For Women International*, 36(10), 1104-1123.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2), 19-27.
- Spielberger, C. D. (1988). Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory. *Odessa FL: Psychological Assessment Resources*
- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.), *Health psychology: individual differences and stress* (pp. 89-108). New York: Springer-Verlag.
- Steiner, M., & Pearlstein, T. (2000). Premenstrual dysphoria and the serotonin system: pathophysiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 17-21.
- Stoddard, J. L., Dent, C. W., Shames, L., & Bernstein, L. (2007). Exercise training effects on premenstrual distress and ovarian steroid hormones. *European Journal of Applied Physiology*, 99, 27-37.
- Sutherland, H., & Steward, I. (1965). A critical analysis of the premenstrual syndrome. *Lancet I*, 1180-1183.
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., & Koç, V. (2011). The Relationship Between Depression and Interpersonal Style, Self-Perception and Anger. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(1), 1-8.
- Şahin, S., Özdemir, K., & Ünsal, A. (2014). Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64(8), 915-922.
- Tamar, M., & Özbaran, B. (2004). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. *Journal of Clinical Psychology*, 7(2), 84-92.
- Tanrıverdi, G., Selçuk, E., & Okanlı, A. (2010). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13, 52-57.
- Taşçı, K. D. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Sempromlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6), 434-443.
- Taşkapılıoğlu, Ö., & Karlı, N. (2013). Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 60-64.
- Tenkir, A., Fisseha, N., & Ayele, B. (2003). Premenstrual syndrom: prevalence and effect on academic and social performances of students in Jimma University, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 17(3), 181-188.

- Thu, M., Giron Diaz, E. O., & Sawhsarkapaw, T. (2006). Premenstrual sendrome among female university student in Thailand. *Au Journal of Technology*, 9(3), 158-162.
- Tortumluoğlu, G., Selçuk, E., Cansu, S., Kaplan, F., Katar, T., & Bulut, N. (2007). *Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevelansı*. 1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Kitabı, İzmir.
- Trout, K. K., Basel-Brown, L., Rickels, M. R., Schutta, M. H., Petrova, M., Freeman, E. W., Tkacs, N. C., & Teff, K. L. (2008). Insulin sensitivity, food intake, and cravings with premenstrual syndrome: A pilot study. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, 17, 657–665.
- Tuğlu, C. (2013). Kadın-Erkek Beyni Arasındaki Farklar ve Psikoterapiye Yansımaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 6(1), 68-74.
- Türkçapar, F., & Türkçapar, M. H. (2011). Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 14, 241-253.
- Ugarrizza, D. N., Klinger, S., & O'Brien, S. (1998). Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment, *The Nurse Practitioner*, 23(9), 40-56.
- Uran, P., Yürümez, E., Aysev, A., & Kılıç, B. G. (2017). Premenstrual syndrome health-related quality of life and psychiatric comorbidity in a clinical adolescent sample: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(1), 36-40.
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL: measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 37, 126-139.
- Varni, J. W., Seid, M., Kurtin, P. S. (2001). The PedsQL™ 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care*, 39, 800-812.
- Valois, R., Zullig, K., Huebner, E., & Drane, J. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal Of Health Behavior*, 25(4), 353-366.
- Vichnin, M., Freeman, E.W., Lin, H., Hillman, J., & Bui, S. (2006). Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 19, 397-402.
- Vitiello, B., Rohde, P., Silva, S., Wells, K., Casat, C., Waslick, B., Simons, A., Reinecke, M., Weller, E., Kratochvil, C., Walkup, J., Pathak, S., Robins, M., March, J., & TADS Team. (2006). Functioning and quality of life in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (12), 1419-1426.

- Walsh, S., İsmaili, E., Naheed, B., & O'Brien, S. (2015). Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician & Gynaecologist, 17*, 99-104.
- West, C., & Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society, 1*(2), 125-151.
- Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J., & Tryoler, H. A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk. *Circulation, 101*, 2039.
- Wilson, C. A., & Keye, W. R. (1989). A survey of adolescent dysmenorrhea and premenstrual symptom frequency. *Journal of Adolescent Health Care, 10*, 317-322.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders*.
- Yamamoto, K., Okazaki, A., Sakamoto, Y., & Funatsu, M. (2009). The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. *Journal of Physiological Anthropology, 28*(3), 129–136.
- Yonkers, K. (1997). The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 62-67.
- Yücel, U. T., Bilge, A. T., Oran, N. T., Ersoy, M. T., Gençdoğan, B. T., & Özveren, Ö. T. (2009). Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10*, 55-61.

EKLER

EK-A: Veli Bilgilendirme ve Onay Formu

Sayın Anne/Babalar,

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümü bitirme tezi dahilinde “Ergenlerde Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi” konulu araştırmayı yürütmekteyim.

Araştırmanın amacı, adet öncesi gerginlik sendromunun ergenlerdeki depresyon, yaşam kalitesi ve öfke düzeyi gibi ruh sağlığı değişkenleri ile ilişkisini analiz etmektir. Bunun için çocuğunuza verilecek olan anketleri tamamlanmasına ihtiyaç duyulacaktır.

Çocuğunuzun cevaplandıracağı anket sorularının onun psikolojik/fiziksel gelişimine herhangi bir olumsuz etkisi olmayacağından emin olabilirsiniz. Çocuğunuzun dolduracağı anketlerde vereceği cevaplar gizli tutulacak ve bu cevaplar sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu formu imzaladıktan sonra dahi, neden göstermeksizin çocuğunuz araştırmaya dahil olmaktan vazgeçme hakkına sahiptir. Araştırma ile ilgili sorularınız için guzunoglu@ku.edu.tr e-posta adresinden araştırmacıyla iletişime geçebilirsiniz.

Lütfen bu araştırmaya katılmak konusundaki tercihinizi aşağıdaki seçeneklerden size en uygun geleni işaretleyip, imzanızı atınız ve bu formu araştırmacıya verilmek üzere çocuğunuzla geri gönderiniz.

Çalışmayı çocuğumun istediği zaman bırakabileceğini biliyorum ve çocuğumun vereceği bilgilerin bilimsel amaçlı olarak kullanılmasını kabul ediyorum. Çocuğumun bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılmasına izin veriyorum.

Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin vermiyorum.

Veli İmza:
(Lütfen ad-soyad belirtmeyiniz.)

EK-B: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

“Ergenlerde Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi” Başlıklı Tez Araştırması İçin

Katılımcı için Bilgiler:

Bu araştırmanın amacı, ergenlerde adet öncesi gerginlik sendromu belirtileri ile depresyon, yaşam kalitesi ve öfke düzeyi gibi ruh sağlığı ile ilişkilendirilen değişkenler arasındaki ilişkiyi analiz etmektir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı’nda Gülgün Uzunoğlu tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:/...../.....

EK-C: Sosyodemografik Özellikler ve Veri Formu

1. Yaşınız? (gün, ay, yıl şeklinde doğum tarihi)

2. Sınıfınız?

3. Annenizin eğitim düzeyi nedir?

Okuryazar olmayan

İlköğretim

Ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans ve üstü

4. Babanızın eğitim düzeyi nedir?

Okuryazar olmayan

İlköğretim

Ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans ve üstü

5. Anneniz çalışıyor mu?

Evet

Hayır

6. Babanız çalışıyor mu?

Evet

Hayır

7. Okul başarınızı ne olarak sınıflandırırsınız?

Düşük

Orta

Yüksek

8. İlgilendiğiniz aktivite(ler) var mıdır? Varsa ne(ler)dir? Yazınız.

Evet

Hayır

9. İlk adet olduğunuz yaş kaçtır? Yazınız.

10. Adet kanamalarınız yaklaşık kaç gün sürer? Yazınız.

11. Adet kanamalarınızın düzeni hakkında ne söyleyebilirsiniz?

Her zaman düzenli

Arada sırada aksar

Her zaman aksar

12. Adet kanamalarınız hakkında annenizle ne kadar rahat konuşabilirsiniz?

Hiç

Biraz

Orta

Çok

13. Adetiniz ile alakalı herhangi bir tedavi gördünüz mü?

Evet

Hayır

14. Tedavi gördüyseniz ne(ler)dir?

İlaç

Psikoterapi

Fiziksel aktivite

Diğer.....

EK-D: Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde

ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma durumunu cümlenin sağındaki ölçeği dikkate

alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmasını

değerlendirmeyiniz.

Hiçbir soruyu boş bırakmayınız ..

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE						
		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					

		Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uykumda bölünme oluyor					
38	Sabahları yorgun uyanıyorum					
39	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
40	Göğüslerim şişiyor					
41	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
42	Kendimi şişmiş hissediyorum					
43	Kimseyle görüşmek istemiyorum					
44	Uyku uyuma isteğim artıyor					

EK-E: Beck Depresyon Envanteri

YÖNERGE:

Sayın Katılımcı,

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL SON 2 HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

- A-** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B-** 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C-** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D-** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E-** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F-** 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- G-** 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- H-** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- I-** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J-** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K-** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L.** 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M.** 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N-** 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-F: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ergen Formu)

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularıyla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissederim	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissederim	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissederim	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşarım	0	1	2	3	4
2. Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5. Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3. Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4. Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5. Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

EK-G: Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

YÖNERGE:

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun. Sonra genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçerek üzerine (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar tanımlıyor?

	İFADELER	Hiç (1)	Biraz (2)	Oldukça (3)	Tümüyle (4)
1	Çabuk parlarım.	()	()	()	()
2	Kızgın mizaçlıyım.	()	()	()	()
3	Öfkesi burnunda bir insanımdır.	()	()	()	()
4	Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	()	()	()	()
5	Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	()	()	()	()
6	Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	()	()	()	()
7	Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	()	()	()	()
8	Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	()	()	()	()
9	Engellediğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	()	()	()	()
10	Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	()	()	()	()
11	Öfkemi kontrol ederim.	()	()	()	()
12	Kızgınlığımı gösteririm.	()	()	()	()
13	Öfkemi içime atarım.	()	()	()	()
14	Başkalarına karşı sabırlıyım.	()	()	()	()
15	Somurturum ya da surat asarım.	()	()	()	()
16	İnsanlardan uzak dururum.	()	()	()	()
17	Başkalarına iğneli sözler söylerim.	()	()	()	()
18	Soğukkanlılığımı korurum.	()	()	()	()
19	Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	()	()	()	()
20	İçin için köpürürüm ama göstermem.	()	()	()	()
21	Davranışlarımı kontrol ederim.	()	()	()	()
22	Başkalarıyla tartışırım.	()	()	()	()
23	İçimde kimseye söylemediğim kinler beslerim.	()	()	()	()
24	Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	()	()	()	()
25	Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	()	()	()	()
26	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	()	()	()	()
27	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	()	()	()	()
28	Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	()	()	()	()
29	Kötü şeyler söylerim.	()	()	()	()
30	Hoş görülme ve anlayışlı olamaya çalışırım.	()	()	()	()
31	İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	()	()	()	()
32	Sinirlerime hâkim olamam.	()	()	()	()
33	Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söyleyemem.	()	()	()	()
34	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	()	()	()	()

EK-H: IŞIK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ ETİK KURUL ONAYI

FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS TEZ/PROJE/ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI İÇİN ETİK ALT KURUL DEĞERLENDİRME FORMU	
Tez/Proje/AraştırmaAdı	: Ergenlerde Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi
Yürütücü	: Gülgün Uzunoğlu
Danışman	: Uzm. Psk. Deniz Aktan
Başvuru Tarihi	: 21.11.2016
1. Niteliği gereği çalışma için Etik Kurulu onayı gerekli midir? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
2. Katılımcıların uğrayabileceği riskler beklenen yararlarla uyumlu mu? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (a) Risk var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input checked="" type="checkbox"/> Hayır (b) Yarar var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (c) Bu yararlar göre riskler değer mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
3. Riskler minimize edilmiş mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
4. Yararlar maksimize edilmiş mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
5. Katılımcı seçimi dengeli mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
6. Savunmasız katılımcılar için ek önlemler alınmış mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
7. Katılımcıların özgür ve bilgilendirilmiş bir şekilde araştırmada rol almaları sağlanmış mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (a) Katılım onay formu var mı? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (b) Form anlaşılabilir bir nitelikte mi? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
8. Özel yaşam ve katılımcı güvenliği korunuyor mu? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
9. Verilerin korunması için gerekli tedbirler alınmış mıdır? <input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
SONUÇ	: <i>Prof. Dr. Esin İnan</i> <i>Etilik K. Bşl.</i> <input checked="" type="checkbox"/> Etik açıdan uygundur <input type="checkbox"/> Etik açıdan düzeltmeler gereklidir.* <input type="checkbox"/> Etik açıdan uygun değildir*
*Nedenlerini ek bir rapor halinde açıklayınız.	
TARİH	: 28.11.2016
Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel Yard. Doç. Dr. Vıcdan Yücel	

Prof. Dr. İ. Ömer SAATÇIOĞLU
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Koordinatörü

EK-I: İSTANBUL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.1107297

26/01/2017

Konu: Anket ve Araştırma İzin Talebi

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) 09.01.2017 tarihli dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tek. Gn Md. 07.03.2012 tarih ve 3616 sayılı 2012/13 nolu gen.
c) Millî Eğitim Araştırma ve Anket Komisyonunun 20.01.2017 tarihli tutanağı.

İstanbul Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gülgün UZUNOĞLU'nun "**Ergenlerde Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi**" konulu tezi kapsamında, ilimiz Sarıyer, Bahçelievler ve Güngören ilçelerinde bulunan tüm özel/resmi Kız İmam Hatip Lisesi ve Mesleki Teknik Anadolu Kız Meslek Liselerinde öğrenim gören kız öğrencilerine; sosyodemografik bilgi formu, adet öncesi gerginlik sendromu ölçeği, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği, beck depresyon envanteri ve çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğini (ergen formu) uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının; söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.**

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Ömer Faruk YELKENCİ
Millî Eğitim Müdürü

OLUR
26/01/2017

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek:1- Genelge
2- Komisyon Tutanağı

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212)455 06 52

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 790a-e220-30ab-882c-e42f kodu ile teyit edilebilir.

Özgeçmiş

Gülgün Uzunoğlu 12 Kasım 1991 tarihinde İstanbul'da doğmuştur. 2009 yılında Koç Üniversitesi'nin felsefe bölümünü %50 destek bursu ile kazanmış ve psikoloji bölümüne geçiş yaparak, 2015 yılında psikoloji bölümünden mezun olmuş ve felsefe bölümü ile yandal yapmıştır. Aynı zamanda, Anadolu Üniversitesi'nin 2012 yılında Halkla İlişkiler ve Tanıtım bölümünden, 2015 yılında da İşletme bölümünden mezun olmuştur. 2014-2015 yıllarında Prof. Aylin Küntay'ın danışmanlığında Koç Üniversitesi'nin Çocuk Dil ve İletişim Gelişimi araştırmalarında, Deniz Özkan Göktürk ile birlikte araştırmalara katılım göstermiştir. 2015 yılında Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına kabul almıştır.