



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**PREMENSTÜREL SENDROM YAŞAYAN KADINLARDA
BENLİK SAYGISI İLE BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**Yeliz BAYRAKTAR
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. BAŞAK AYIK**

İstanbul, 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PREMENSTÜREL SENDROM YAŞAYAN KADINLARDA
BENLİK SAYGISI İLE BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLRİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yeliz BAYRAKTAR
154102067
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. BAŞAK AYIK

İstanbul, 2018

Gereği için arz olur.



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102067
Öğrenci Adı Soyadı	: Yeliz Bayraktar
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Başak Ayık
Tezin Başlığı	: Premenstrüel Sendrom Yaşayan Kadınlarda Benlik Saygısı ile Başa Çıkma Stratejilerinin Karşılaştırılması

Toplantı Tarihi	: 25.01.2018	Saati	: 10:30
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

- Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi. Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

ile alınmıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Başak AYIK	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Eylem ÖZTEN	
Üye	Doç. Dr. Korhan ULUCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezimi olarak sunduğum “Premenstrüel Sendrom Yaşayan Kadınların Benlik Saygıları İle Başa Çıkma Stratejilerinin Karşılaştırılması” adlı çalışmanın tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Yeliz BAYRAKTAR

İmza:

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda yardım ve desteğini hissettiren, anlayışı ve hoşgörölü yaklaşımı ile beni motive eden değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Başak AYIK'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan maddi ve manevi emeğini, desteğini üzerinde hep hissettiğim, motivasyonumu hep yüksek tutmaya gayret gösteren canım annem Hanife BAYRAKTAR'a ve canım babam Ali BAYRAKTAR'a,

Bana iyi ki abla olmuşum dedirten ve hep beni destekleyen canım kardeşim Aras BAYRAKTAR'a,

Maddi manevi ve her koşulda yanımda olan, olmasa bile yanımdaymış gibi hissettiren ablam şebnem AKAT'a,

Tez sürecini beraber geçirdiğimiz, her daim birbirimize destek olduğumuz canım arkadaşım Psk. Meltem TOPALOğLU'na,

Bu meşakkatli ve bir o kadar öğretici süreçte fikir alışverişi yaptığım birbirinden kıymetli arkadaşlarıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

YELİZ BAYRAKTAR

ÖZET

(Bayraktar, Yeliz, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

PREMENSTRÜEL SENDROM YAŞAYAN KADINLARDA BENLİK SAYGISI VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Premenstrüel (Adet Öncesi) Sendrom, tüm kadınların doğası gereği yaşantıladığı Menstruasyon (Adet görme) döneminin başlangıcından menstruasyon döneminin bitimi olan menopoza kadar devam eden bir süreci kapsamaktadır. Kadınların yaklaşık olarak hayatlarının yarısından fazlasını kapsayan Menstruasyon döngüsünün kadının işlevselliği açısından psikolojik, fiziksel ve sosyal birçok etkisinin olmasından dolayı bu konuda araştırma yapılması amaçlanmıştır. Bu araştırmada, Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları ile başa çıkma stratejilerinin karşılaştırmasının yapılması amaçlanmıştır. Bu amaçtan yola çıkarak İstanbul'un ilçelerinde yaşayan 211 katılımcıya Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği uygulanmış ve toplanan verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmıştır. Analizde öncelikli olarak ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediklerine bakılmıştır. Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Stilleri ölçeklerinin normal dağılım göstermediği bulunmuştur ($p<0,05$). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının puanlarının farklılık gösterme durumu Ki Kare testleri ile analiz edilmiştir. Ölçeklerin sosyodemografik bilgilere göre değişkenlik gösterip göstermediğine bakılmış, Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi uygulanmış, tartışma bölümünde bu bulgulara yer verilmiştir.

Sonuç olarak Premenstrüel sendromu olan kadınların benlik saygılarına bakıldığında benlik saygılarının orta veya düşük düzeyde olması hipotezini destekler sonuçlar bulunmuştur. Premenstrüel sendromu olan kadınların benlik saygılarının orta düzeyde olduğu ve diğer alt boyutların düzeyleri ile birlikte sonuçlarda verilmiştir. Ayrıca Premenstrüel sendromu olan kadınların hangi başa çıkma stratejilerini ne derece kullandıkları ve benlik saygıları ile başa çıkma stratejileri karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Premenstrüel Sendrom (PMS), Adet Öncesi Sendrom, Kadın, Benlik Saygısı, Başa Çıkma Stratejileri.

ABSTRACT

(Bayraktar, Yeliz, Graduate Program, İstanbul, 2018)

COMPARISON OF SELF ESTEEM AND COPING STRATEGIES OF WOMEN WITH PREMENSTRUAL SYNDROME

The Premenstrual Syndrome involves a process that starting on menstruation at any age and until menopause which is last of the menstrual period and mentioned syndrome is seen in all women as a natural. The menstrual cycle, which covers more than half of the women's lives, is intended to be investigated because of the psychological, physical and social effects of women's daily functioning. In this study, it was aimed to compare the self esteem and coping strategies of women with Premenstrual Syndrome. The Premenstrual Syndrome Assessment Scale, the Rosenberg Self Esteem Scale and the Coping Strategy Indicator were applied to 211 participants who live in Istanbul. The analysis of the collected data was done with SPSS 24.0. Firstly, in the analysis, it was looked whether the scales showed normal distribution. Self Esteem and Coping Strategy Scales did not show normal distribution ($p < 0,5$). Differences in scores of Coping Strategy and Self Esteem Subcales were analyzed with Chi Square tests. It was examined whether the scales vary in terms of sociodemographic informations, Spearman Correlation Analysis was applied to investigate the relationship between the Subscales of Coping Strategy Indicator and Self Esteem of women with Premenstrual Syndrome and these findings are in the discussion section. As a result, when the self esteem of women with Premenstrual syndrome is examined, results which supported our hypothesis were found. Self Esteem of women with Premenstrual syndrome is medium level and these findings and relevant other level of sub-dimensions are also in the discussion section. In addition, it was discussed which coping strategies using by women with Premenstrual syndrome in which level with comparing self esteem and coping strategies.

Keywords: Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Syndrome, Women, Self Esteem, Coping Strategies.

İÇİNDEKİLER

KAPAK

İÇ KAPAK

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

YEMİN METNİ

TEŞEKKÜR

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.1.1. Araştırmanın Problemleri	3
1.1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1. Menstruasyon (Adet Görme)	5
2.2. Premenstrüel (Adet Öncesi) Sendrom	6
2.2.1. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi	9
2.2.2. Premenstrüel Sendromun Etiyolojisi	12
2.2.3. Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanılar	14
2.2.4. Premenstrüel Sendrom Tanımlamada Kullanılan Araçlar	14
2.2.5. Premenstrüel Sendrom Tedavisi	16
2.3. Benlik Saygısı İle İlgili Literatür	18
2.3.1. Benlik	18
2.3.2. Benlik Saygısı	20
2.4. Başa Çıkma Stratejileri	23
3. YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Modeli	28
3.2. Araştırmanın Örnekleme	28
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Sosyodemografik Bilgi Formu):	29
3.3.2. PMS Değerlendirme Formu (Adet Öncesi Değerlendirme Formu):	29
3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	30
3.4. Araştırma Verilerinin Analizi	31
4. BULGULAR	33
4.1. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Sosyodemografik Dağılımlar ve Yüzdeler	33

4.2. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların İlk Adet Kanama Yaşı ve Kanama Süresi Göre Dağılımları	37
4.3. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Adet Kanama Düzenine İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri.....	37
4.4. Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi.....	38
4.5. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeğine Göre Dağılımları ve Yüzdeleri	38
4.6. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kendilik Kavramının Sürekliliği” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	39
4.7. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “İnsanlara Güvenme” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri	39
4.8. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Eleştiriye Duyarlılık” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	39
4.9. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Depresif Duygulanım” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	40
4.10. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Hayalperestlik” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	40
4.11. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Psikosomatik Belirtiler” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri	41
4.12. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetmeye” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	41
4.13. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Tartışmalara Katılma Derecesi” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	42
4.14. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Ana Baba İlgisi” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	42
4.15. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Babayla İlişki” Alt Ölçeği Göre Dağılımları ve Yüzdeleri.....	42
4.16. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Psişik İzolasyon” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri	43
4.17. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi	43
4.18. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri.....	44
4.19. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Mizah Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri	45
4.20. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri	46
4.21. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Madde Kullanımı” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri	46
4.22. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kabullenme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	47

4.23.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Diğer Etkinlikleri Bırakma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	48
4.24.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Dine Yönelim” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	48
4.25.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Yadsıma” Başa Çıkma Stratejileri Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	49
4.26.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Davranışsal Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	50
4.27.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Zihinsel Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	50
4.28.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kendini Sınırlandırma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	51
4.29.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Olumu Yeniden Yorumlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	52
4.30.	Premenstrüel Sendromu Olanların “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	52
4.31.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Planlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	53
4.32.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Yaş Açısından İncelenmesi	54
4.33.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Medeni Durum Açısından İncelenmesi	56
4.34.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi	58
4.35.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi	60
4.36.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Anne Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi	62
4.38.	Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	67
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	70
5.1.	Tartışma	70
5.2.	Sınırlılıklar	85
5.3.	Sonuç	86
5.4.	Öneriler	88
6.	KAYNAKÇA	89
EK-1.	KİŞİSEL BİLGİ FORMU (SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU)	99
EK-2.	PMS DEĞERLENDİRME FORMU (ADET ÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU)	102
EK-3.	ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ	108
EK-4.	BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ	114
EK-5.	ÖZGEÇMİŞ	116

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Sosyodemografik Dağılımları ve Yüzdeler.....	35
Tablo 2. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların İlk Adet Kanama Yaşı ve Kanama Süresi İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri	37
Tablo 3. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Adet Kanama Düzenine İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri.....	37
Tablo 4. Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi	38
Tablo 5. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “İnsanlara Güvenme” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri	39
Tablo 6. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Depresif Duygulanım” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri	40
Tablo 7. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Hayalperestlik” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	41
Tablo 8. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetmeye” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	42
Tablo 9. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Babayla İlişki” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri.....	43
Tablo 10. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi	44
Tablo 11. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri.....	45
Tablo 12. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Mizah Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri	45
Tablo 13. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri	46
Tablo 14. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Madde Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	47
Tablo 15. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kabullenme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	47
Tablo 16. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Diğer Etkinlikleri Bırakma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	48
Tablo 17. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Dine Yönelim” Başa Çıkma Stratejisi Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	49
Tablo 18. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Yadsıma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri	49
Tablo 19. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Davranışsal Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri.....	50
Tablo 20. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Zihinsel Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri.....	51

Tablo 21. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kendini Sınırlandırma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri 51	51
Tablo 22. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Olumu Yeniden Yorumlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri 52	52
Tablo 23. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri 53	53
Tablo 24. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Planlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri 53	53
Tablo 25. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Yaş Açısından İncelenmesi 55	55
Tablo 26. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Medeni Durum Açısından İncelenmesi 57	57
Tablo 27. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi 59	59
Tablo 28. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi 61	61
Tablo 29. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Anne Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi 63	63
Tablo 30. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Sosyo Ekonomik Durum Açısından İncelenmesi 65	65
Tablo 31. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 69	69

KISALTMALAR

PMS: Premenstrüel Sendrom

PMDB: Premenstrüel Disforik Bozukluk

DSM-III/ DSM- IV/ DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(Ruhsal Bozuklukluların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

LH (Luteinizan Hormonu): Üreme Organlarının Hormonal Dengesini Düzenleyen
Hormon

FSH (Folikül Uyarıcı Hormon): Lutein yapıcı hormonla (LH) beraber yumurtalığın ve
erbezlerinin işlevlerine katkı sağlar.

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health
Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflama Sistemi)

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın
Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği)

1. GİRİŞ

Kadın doğanın en mucizevi varlıklarından biridir. Doğası gereği hem fiziki yapısı hem de sosyal olarak doğaya birçok katkısı bulunmaktadır. Bu katkıların kadının kendi doğasına da getirdiği gözlenmiştir. Eski çağlardan bu yana kadın üzerinde yapılan araştırmalarda anatomik olarak bu canlının her ay kendini yenileyen ve yineleyen durumu olması aslında ne kadar karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Kadının her ay kendini yenilemesi aynı zamanda bu canlının üreme fonksiyonlarını her ay düzenlemesini ve kendini hazırlamasını sağlamaktadır.

Menstruasyon döngüsü tüm dişiler için üreme fonksiyonlarının devreye girdiğinin habercisidir. Normal gelişim gösteren her kadın, her ay 1 ile 8 gün arasında değişen sürelerde bu döngüyü yaşar. Kadınların ayda yaklaşık 28 günde bir kez olmak üzere 1 ile 8 gün arasında sürelerde görülen her kadında farklı sürelerde devam eden menstruasyon döngüsüdür. Bu dönem için özellikle toplumumuzda farklı adlandırmalar bulunmaktadır; adet görme, aybaşı, adet kanaması vb. gibi.

Adet görme yaşı yaklaşık 11-12 yaş civarı başlayıp; çoğu kadında değişken olmakla birlikte 45-50 yaş arasında ise sona ermektedir. Sona ermesiyle birlikte kadınlar yeni bir döneme başlamaktadır ki bu dönem ise menopoza olarak adlandırılmaktadır. Bu döngünün yaklaşık 40 yıla yakın olduğu düşünülürse sağlıklı bir kadının işlevsel olarak doğurgan ve üreme yeteneğinin olduğu dönemi kapsamaktadır. Menstruasyon döngüsü öncesinde yaşanan döneme Adet Öncesi Sendromu (Premenstrüel Sendrom), Menstruasyon ağrısına Dismenore, Menstruasyon olmamasına Amenore denmektedir.

Menstrüel siklus (adet dönemi) içerisinde kadınları ruhsal anlamda en çok etkileyen dönemin Premenstrüel dönem olduğu üzerinde durulmaktadır. Araştırmalar da bu konu üzerinde yoğunlaşmıştır. Ülkemizde Premenstrüel sendrom konusuna değinilmiş çalışmalar, makaleler ve tezler bulunmaktadır. Fakat bu konu yazılmış, basılmış herhangi bir kitaba rastlanmamıştır.

Premenstrüel (Adet Öncesi) sendrom, kadınlarda adet döngüsünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel belirtiler ve depresif duygu durumların, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerle kendini gösteren bir tablo olduğu belirtilmiştir. (A. Figen Türkçapar & M. Hakan Türkçapar, 2011). Bu durum genellikle kadınların Menstruasyonu başladıktan sonra ise görülmemektedir. Birçok kadın adet öncesinde yaşadığı semptomları tanımlayamamakta, geçici çözümler bulmakta veya üzerinde durmamakla beraber çok azı hastaneye başvurmaktadır. Kadınların yaşadığı Premenstrüel sendromun iş, aile, arkadaşlık ilişkilerinde fiziksel veya psikolojik birçok olumsuz etkilerin gözlemlendiği araştırmalarla desteklemektedir. Üreme çağındaki kadınların %40'ında PMS vardır. %2-3 oranında ağır semptomlar mevcuttur. En yoğun yaşandığı dönem 30' lu yaşların ortalarıdır fakat üreme çağında her yaşta görülebilir (Çatakoğlu, 2016). Araştırmalarda bu sendromun semptomlarının en fazla yaşandığı yaşların 25- 30 yaş aralığı olduğu; en şiddetli yaşandığı yaşın ise 26 olduğu görülmüştür.

2016 verilerine bakılarak Dünya nüfusunun % 49,56'sını kadınların oluşturduğunu göz önüne alarak, yaşanan bu biyolojik durumun kadınların hayatındaki önemini bizlere göstermektedir. Yine TÜİK'in verilerine göre Türkiye nüfusunun %49,8'nin kadın nüfusu olması ve menstruasyon döngüsüne değinen çok az çalışma bulunması sebebiyle bu araştırma için yola çıkılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları ve başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılmasının yapılması amaçlanmıştır. Literatür taraması sonucu Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. PMS'nin kadınların günlük ve uzun süreli düşünüldüğünde yaşamlarını ve işlevselliğini etkileyen bunun sonucunda bazı aktivitelerden ve işlerden geri çekildiği düşünüldüğünde benlik saygısının bu geri çekilmeye etkisinin büyük olduğu varsayılarak bu araştırmanın yapılmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Araştırmada 211 kadın ile çalışılarak hayatlarının yaklaşık 45 yılını etkileyen

Menstruasyon periyodunda Premenstrüel sendrom yaşadıkları süreçte benlik saygılarının negatif yönde etkilendiğine dair anlamlı bir ilişki olduğu ve bu durumla baş edebilmek için hangi stratejileri kullandıkları ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Bu araştırma için bazı problemlere yanıt aranmış ve hipotezler kurulmuştur.

1.1.1. Araştırmanın Problemleri

- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlarda sosyodemografik (yaş, medeni durum, akademik durum, çalışıp çalışmama durumu, sosyo-ekonomik düzeyi, nerede büyüdüğü, anne-babasının sağ/ öz olma durumu, anne-babasının akademik durumu, anne-babasının çalışma durumu, kaç kardeş ve kaçınıcı kardeş, anne-babasının psikiyatrik tanı olup olmadığı, kişinin psikiyatrik tanısının olup olmadığı, anne babanın aile tutumu) gibi özelliklerin dağılımı nedir?
- Premenstrüel Sendromun yaşayan kadınların ilk adet kanaması, adet kanama süresi, adet kanama düzeni dağılımı nedir?
- Premenstrüel Sendrom yaşayan kadınlarda normal popülasyona göre benlik saygısı açısından anlamlı bir farklılık var mıdır?
- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların başa çıkma stratejileri kullanım dağılımları nedir ?
- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların başa çıkma stratejileri ile yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, anne-babasının akademik durumu, kardeş ve sosyo ekonomik durum açısından karşılaştırıldığında dağılımı nedir?
- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları ile başa çıkma stratejileri arasında nasıl bir ilişki var?

1.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacından yola çıkararak oluşturulmuş hipotezler aşağıdaki gibidir:

- 1- Kadınlarda görülen Premenstrüel Sendrom sosyodemografik özellikler (yaş, medeni durum, çalışan/çalışmayan, akademik durumu, sosyo ekonomik durum anne-baba akademik durum, kardeş sayısı, kaçıncı kardeş olduğu) arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- 2- Premenstrüel Sendrom yaşayan kadınların benlik saygılarının düşük veya orta düzeyde olması öngörülmüştür.
- 3- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlar bu sendrom ile başa çıkabilmek için geliştirdikleri başa çıkma stratejileri vardır.
- 4- Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların, benlik saygıları ile kullandıkları başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Menstruasyon (Adet Görme)

Menstruasyon (Adet) döngüsü her (ay) $28 \pm$ günde bir defa 1-8 gün arasında değişen adet kanaması şeklinde görülmektedir. Bu döngünün evreleri aşağıdaki şekildedir.

- Folikül Evresi
- Ovulasyon Evresi
- Korpus Luteum Evresi
- Menstruasyon Evresi

- 1- Folikül evrede; FSH hormonu ile ovaryumda bulunan foliküller (yumurta şeklindeki yapı) büyümektedir. Evrimleşen folikül hücreleri, östrojen hormonu salgılamaya başlamaktadır. Aynı zamanda döl yatağında ki yumuşak iç dokunun kalınlaşmasını sağlamaktadır. Bu evre ortalama 10-14 gün sürmektedir.
- 2- Ovulasyon evresinde; LH (Luteinizan) hormonunun yaratmış olduğu etkiyle folikül zarı çatlamaya başlar ve yumurta hücresi yumurta kanalına geçmektedir. Bu evreye yumurtlama (ovulasyon) denmektedir.
- 3- Korpus Luteum evresinde; folükülün hücreleri sarı renkli lutein hücrelerine dönüşmektedir. Bu dönüşüm olayı Korpus Luteum (sarı cisim) olarak adlandırılmaktadır. Progesteron çok olmasına karşın östrojenin az olduğu görülmüştür. Progesteron hormonu sayesinde döl yatağındaki iç dokuların kalınlaşması ile embriyonun tutunup gelişmesi için imkân sağlanmıştır. Bu evre ortalama 10-14 gün sürmektedir.
- 4- Menstruasyon evresinde ise yumurta hücresi döllense LH (Luteinizan) ve FSH (Folikül Uyarıcı Hormon) hormonlarının miktarları gitgide azalmaktadır. Korpus Luteum ayrılır, östrojen ve progesteron hormonlarının da azalmasıyla döllenen yumurta hücreleri ve döl yatağının yumuşak iç dokuları kanama vasıtasıyla atılmaktadır. Bu olaya menstruasyon denmektedir. Bu evre ortalama 4-5 gün sürmektedir (Yeni Biyoloji, 2017).

2.2. Premenstrüel (Adet Öncesi) Sendrom

Premenstrüel Sendromun, Hipokrat dönemine kadar uzanan tarihsel bir süreci olduğu görülmektedir. Hipokrat, o dönem kadınlardaki bazı psikolojik ve davranışsal yakınmalarının adet dönemleriyle ilintili olduğunu düşünmüştür. Trotula De Salerno 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi hastalık tablosu ile ilgili bir atıfta bulunmuştur. 16. yüzyılda Padua Üniversitesi'nden Giovannita Monte adet döngüsü ile depresyon arasında bir ilişkinin olabileceğini bildirmiştir. İcard ise piromani, dipsomani, homisidal ve suisidal mani, erotomani, nimfomani, morbid kıskançlık, melankoli ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840'ta kadınların bu dönemde yaşadıkları histerik belirtilerinin mevcut hastalıkların bir alevlenmesi olabileceğini belirtmiştir (Sferaff ve ark., 1994, Kütsal Ş. , 2010).

Premenstrüel sendrom üzerinde duran kişilerden biri de Amerikalı Jinekolog Robert Frank olarak anılmaktadır. 1931'de tıp literatürüne geçmesi için bu durumu bir sendrom olarak adlandırmış ve menstruasyon başlangıcına kadar kadınların şişlik, baş ağrısı, kilo artışı, depresif duygu durumları gibi yakınmaları olduğunu gözlemlemiştir. Katharina Dalton 1952'de Adet Öncesi Sendrom" terimini ilk kullanan kişi olmuştur (Sferaff ve ark., 1994, Kütsal Ş., 2010).

Dalton ve Greene bir makalesinde "Araştırmamız ilerledikçe bu terimin (Premenstrüel Gerginlik) yetersiz olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Sendrom sıklıkla adet öncesi evrede ortaya çıksa da, benzer semptomlar, kısmen menstrüel fazın erken döneminde ovulasyon sırasında ortaya çıkar ve nadiren de akışın başlangıcından sonraki ilk gün veya iki gün içinde bile gerçekleşebilmektedir. Bu durumda "Menstrüel sendrom" terimi, doğru olsa da her bireyde semptomların aylık aralıklarla tekrarlanması, menstruasyon sırasında ortaya çıktığı izleniminden ziyade öncesinde yaşanan semptomların ağır basması nedeniyle "Adet Öncesi Sendrom" terimini muhafaza etmeye karar vermiş fakat daha sonra araştırmalar sonucunda konunun yeni bir terminolojiye açık olduğunu belirtmiştir. (Dalton, K. & Greene R., 1953)

1987’de Amerikan Psikiyatri Birliği kadınların yaşadığı bu durumu “Premenstrüel Disforik Bozukluk” olarak adlandırmıştır. Daha öncesinde ise DSM IV’te “Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluklar” grubu içerisinde yer almaktaydı. Son zamanlarda semptomların psikolojik yönünün ağır basması ve kadınların yaşamlarında bazı işlev bozukluklarına sebep olmasından dolayı ayrı bir kategori olarak ele alınmaya başlanmıştır.

DSM 5’e göre Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disforik Bozukluğu tanı kriterleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

A. Aybaşı (menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde *iyileşmeye* başlar aybaşlarından sonraki hafta çok *azalır* ya da yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır;

1. Belirgin duygusal değişkenlik (örn. duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmeye karşı artmış duyarlılık)
2. Belirgin biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişilerarası çatışmalarda artma.
3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.
4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerin biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. İş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).
2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.
3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.

4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
5. Aşırı uyku uyma ya da uykusuzluk çekme.
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, “davul gibi şişme” duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

Not: A-C tanı ölçütlerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunda bulunmuş olmalıdır.

D. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (örn. Toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) gider.

E. Bu bozukluk, yalnızca, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (**Not:** Böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konulabilir.)

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertirodizm) fizyolojiyle ilgili etkenlerine bağlanamaz.

Diğer bir tanı kriteri sistemi de Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği (ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists) tarafından geliştirilmiştir. Daha önceleri Adetle İlişkili Sendrom (MRS Menstruation-Related Syndrome; Menstruasyon-İlişkili Sendrom) olarak adlandırılan PMS, 2000 yılında

ACOG tarafından Premenstrüel Sendrom (PMS) olarak kabul edilmiş ve tanı kriterleri belirlenmiştir;

A) Önceki üç adet döngüsünde adet başlamadan beş gün önceki dönemde duygusal ve somatik belirtilerden bir veya daha fazlasının gözlenmesi;

Duygusal:

- 1- Depresyon
- 2- Sinirli davranış
- 3- İritabilite
- 4- Anksiyete
- 5- Konfüzyon
- 6- Sosyal çekilme

Somatik:

- 1- Meme hassasiyeti
- 2- Karın şişliği
- 3- Baş ağrısı
- 4- Ekstremitelerde şişlik

B) Belirtilerin adet başlangıcından itibaren 4 gün içerisinde rahatlaması ve en az siklusun 13 günü tekrarlamaması

C) Belirtilerin hiçbir farmakolojik tedavi veya hormon tedavisi veya ilaç veya alkol kullanımını olmadan ortaya çıkması

D) İleriye yönelik incelemelerde belirtilerin en az 2 siklus boyunca gözlenmesi

E) Hastaların belirtiler nedeni ile sosyal ve ekonomik olarak zarar görmesi

2.2.1. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi

Premenstrüel Sendromun görülme sıklığı ile alakalı yapılan çalışmaların gösterdiği doğrultuda kadınların çoğu yaşadıkları sıkıntıların farkında olarak bir kısmı ise farkında olmadan sosyal ve iş yaşamlarına devam etmektedir. DSM- IV kriterlerine göre yapılan bir çalışmada kadınların hafif düzeyde PMS etkilerinin görülme oranı %75, PMS belirtilerinin ise %20-30 olarak belirtmiştir (Dinç, 2010) Türkiye’de yapılan Premenstrüel sendrom görülme oranları ile ilgili bir çalışmada 15–49 yaş arasındaki

kadınlarda PMS görülme sıklığı %5.9–%7.6 arasında olduğu ortaya konmuştur (Adıgüzel ve ark. 2007).

Atasü ve Şahmay'ın çalışmasında aktarımlarında kadınların Premenstrüel sendromu yaşamları boyunca belli aralıklarla yaşadıkları görülmüştür. Yakınmaların kadınlardaki oranı ise %20 –%40'dır. Bu yakınmaların fiziksel ve zihinsel durumlarını etkileyecek düzeyde olduğu aktarılmıştır. Yakınmaların %5–%10' unun ise şiddetli düzeyde olduğu kabul edilmiştir. Premenstrüel sendromlu kadınların %85'inde orta şiddette, %15 inde ise ciddi düzeyde yakınmalar olduğu aktarılmıştır (Kütsal, 2010).

Karavuş ve arkadaşlarının 1997'de yaptığı bir araştırmada Marmara Üniversitesi'nde okuyan 406 kız öğrencinin %17.2' sinde adet öncesi belirtileri saptamışlardır. Bektaş'ın 1995'te yaptığı bir çalışmada ise hastanede çalışan 320 kadın üzerinden yapılan bir4 araştırma ve kadınların %62.5'inin adet öncesi belirtiler gözlemlenmiş ayrıca %7.8'inin belirtilerinin çok şiddetli yaşadığını, %3.1'inin ise hiçbirini yaşamadığını belirtmiştir (Kütsal, 2010).

Manisa ilinde yapılan bir çalışmada 15–49 yaşlar aralığında olan 541 kadının katılımcı olduğu çalışmada adet öncesi sendromun belirti örüntüsü ve yaygınlığına bakılmıştır. Kadınların %6.1'inde şiddetli adet öncesi sendrom belirtilerinin olduğu, %72.2'sinde DSM-IV'te belirtilen şekilde işlevsellik kaybı olduğu görülmüştür. En sık görülen belirtileri ise; sınırlı veya huzursuz hissetme, sıkıntılı hissetme, karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme, enerji azlığı veya çabuk yorulma ve bacaklarda yorgunluk hissi diye açıklamıştır (Adıgüzel ve ark., 2007).

Güneş ve arkadaşlarının 1997'de Malatya'da bir lisede yaptıkları çalışmada, lise öğrencilerinde adet öncesi sendrom sıklığını araştırmışlardır, 16–21 yaşlar aralığında 447 genç kız çalışmaya katılmıştır. Kız öğrencilerde adet öncesi sendrom görülme sıklığı % 21 olarak bulunmuştur. Daha sonra 18–25 yaş aralığındaki 230 yüksekokul öğrencisi araştırmaya dahil edilmiş, DSM-IV tanı kriterlerine göre Adet Öncesi Disforik Bozukluk görülme sıklığı %8 olduğu görülmüştür. Öğrencilerin belirtilerinin şiddeti, tedavi arayışı içinde olan ve daha önce adet öncesi disforik bozukluk teşhisi konulmuş

28-43 yaşlar aralığında 13 kadının oluşturduğu diğer bir grubun belirtilerinin şiddeti ile karşılaştırılma yapıldığında yüksek okul öğrencilerinden oluşan grupta adet öncesi dönemde içe kapanma ve aknedden şikayet daha şiddetli iken, daha yaşlı olan kadın grubunda baş ağrısı, göğüslerde ve bacaklarda ağrı ile konsantrasyon bozukluğu daha şiddetli bulunmuştur (Müderriş ve ark.,1999).

Canbaz ve arkadaşlarının 1999'da On Dokuz Mayıs Üniversitesi'nde gerçekleştirdiği bir çalışmada birinci sınıfta okuyan 397 kız öğrenci ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin % 58,2'sinin adet öncesi belirtileri yaşadıklarını saptamışlardır (Kütsal, 2010)

Derman ve arkadaşları 2004'te 171 ergen kızdandan oluşan bir grup ile DSM-IV tanı ölçütlerini kullanarak yaptıkları çalışmada örneklem grubunun % 61,4'ünde adet öncesi sendrom olduğunu saptamış, bu grubun %49,5'inin hafif, %37,1'inin orta, %13,4'ünün şiddetli düzeyde adet öncesi belirtileri yaşadıklarını bulmuşlardır (Kütsal, 2010).

Karadağ ve arkadaşlarının 2004'te Bipolar bozukluk ve sağlıklı bireyler üzerinden yaptıkları karşılaştırma çalışmasında çalışma örnekleminin %2.9' unda DSM-IV tanı ölçütlerine göre AÖDB saptanmış, bir grup çalışan kadında Premenstrüel sendromun semptomlarının görülme sıklığını saptamak ve etki eden faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmada; kişilerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, görevinden memnun olma durumu, işe ayrılan zamanı, ilk adet görme yaşı, adet döngüsüne karşı tutumu, ağrılı adet görme öyküsü, akın çevrede adet öncesi belirtilerin yaşanma durumu, toplam gebelik/düşük/kürtaj sayısı, hormonal olmayan doğum kontrol yöntemleri kullanma durumunu, günlük tüketilen çay/kahve miktarı, sigara kullanma durumu ve zorlayıcı yaşam olaylarının varlığı gibi başlıkların adet öncesi belirtiler üzerinde etkili olduğu ve çalışma kapsamına alınan kadınların %50.0 59.3'ünün adet öncesi alt grup belirtilerini yaşadığı belirlenmiştir (Gökçe, 2006).

2.2.2. Premenstrüel Sendromun Etiyolojisi

Premenstrüel Sendromun etiyolojisi ile alakalı çok çeşitli sebepler ortaya atılmışsa da tam olarak açıklanamamış ve netliğe kavuşturulamamış bir konu olarak literatürde yer almaktadır. Bu sendromla alakalı araştırmaları göz önünde bulundurursak bu nedenleri bir kaç başlık altında toplamak mümkün olabilmektedir. Biyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere başlık altında toplansa bile farklı görüşler oluştuğunda içerikleri değişim gösterecektir.

Yaygın görüş biyolojik temelli olduğunu savunsa da sosyal ve psikolojik temelli olabileceğine dair araştırmalar bulunmaktadır. Biyolojik hastalıklardan Psikonöroendokrin olabileceğini destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Yumurtlama döneminin baskılanması veya menopoz durumlarında kullanılan hormonlar ve o dönemde sendromun belirtilerinin görünmemesi, aynı zamanda adet döngüsü gibi Premenstrüel sendromun da döngüsünün olması bu durumu desteklemektedir. Grene ve Dalton'un bu konuda 1953 yılında yaptıkları bir çalışmada, 84 hasta üzerinden Dalton'un ortaya attığı Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk yumurtlama dönemindeki hormonların dengesiz ve düzensiz olmasından kaynaklanmakta olduğunu ortaya koymuştur (Ulu, A. 2016).

Premenstrüel Sendromda yaşandığı düşünülen hormonal değişiklikler (Çatakoğlu, H.2015);

- Progesteron hormonunun seviyelerindeki düşüklük,
- Östrojenin hormonunun yüksek veya düşük düzeyleri,
- Östrojen-progesteron oranlarında değişiklikler,
- Aldosteron, reninangiotensin ve adrenal bez aktivitesindeki artışlar,
- endojen endorfinlerin düşüklüğü,
- Merkezi katekolamin değişiklikleri,
- Prolaktin alınıminin artışı

PMS etiyolojisinde suçlanan hormon değişikliklerindedir (Çatakoğlu, H.2015).

Premenstrüel sendromun semptomların psikolojik ayağına baktığımız zaman içerik olarak depresyon ile benzerlik göstermektedir. Bu sendromun ortaya çıkmasındaki en

önemli tetikleyicilerden biri olan nörotransmitter serotoninidir. Bir araştırma da Premenstrüel disforik bozukluk tanısı almamış kadınlar ile PMS tanısı almış kadınlar arasında serotonerjik sistemde farklılıklar olduğu görülmüştür. Premenstrüel sendromun ağırlıklı olarak fizyolojik belirtilerin ön plana çıkmasına rağmen ruhsal belirtilerin de çok fazla olduğu görülmektedir (Ulu, 2016).

Premenstrüel sendromun psikososyal nedenlerine bakıldığında menstruasyon dönemi ve menstruasyon öncesi dönemdeki durum ve davranışların; kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algıları, hayat stresörleri gibi birçok faktörden etkilendiği belirtilmiştir. Çalışmalarda adet öncesi sendrom belirtilerinin etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu, ev içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyokültürel faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir. Kadınlar, kadınlığın reddi, erkeğe yönelik düşmanlık ve kendini cezalandırma gibi psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir.

Toplum içindeki kadının yeri, kadının rolü hatta toplumda kadına yönelik yaklaşımlarda menstruasyon dönemi üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bazı toplumlarda ilk adet görme ile beraber aileler kutlama yapmaktadır. Eski çağlardan bu zamana kadar gelmiş Amazon'un kuzeybatısında yaşayan Ticuna halkı kabilededeki her genç kıza "kadınlığa hoş geldin" kutlaması tören halini almış ve kızların bu törene katılabilmesi için adet kanmalarının başlaması gerekmektedir. İnanışa göre genç kızlar bir odaya kapatılıp uzun süre orada kalarak ruhlarını temizlemek için aylarca bekliyor ve daha sonra bir kadın olarak köyüne geri dönüyor.

İlk adet dönemi hakkındaki bilgiler ve adet öncesi dönemdeki tecrübeler, adet döngüsüne karşı tutumu belirlemekle birlikte adet döngüsü ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve korkutucu algısı Premenstrüel sendromu etkilediği görülmüştür. Bir araştırma da Hintli kadınlarla çalışılmış ve adet görmeye ilişkin olumlu düşüncelerinin olmasının Premenstrüel sendromun yakınmalarını azalttığını ortaya koymuştur. (Kütsal, Ş. 2010)

2.2.3. Premenstrüel Sendromda Ayırıcı Tanılar

Premenstrüel sendromun yanında eşlik eden veya sendromla aynı özellikleri taşıyıp birbirine karıştırılma durumu olabilecek birtakım rahatsızlıklar bulunmaktadır. PMS'nin kadınlar üzerinde birçok fiziksel, sosyal ve psikolojik etkeni olduğu araştırmalar sonucunda kabul edilmiştir. Bu sebeple diğer rahatsızlıklarla karıştırılmaması konusuna dikkat çekmekte fayda olduğu düşünülmektedir. Fizyolojik veya organik sebepli hastalıkların nörolojik yapısı ile PMS'nin içeriğinin ve etiyolojisinin iyi anlaşılması gerekmektedir.

PMS ile ilgili yapılabilecek ayırıcı tanılar da Migren, nedeni bilinmeyen ödem, İritabl kolon sendromu, Perimenopoz, Kronikleşen yorgunluklar, Bağırsak enfeksiyonları, Meme hastalıkları Allerjiler, prolaktin yükselmesi, çikolata kisti, Anoreksia nervroza, İlaç bağımlılığı, Ağrılı adet görme, Anksiyete nervrozu, Feokromasitoma, Pelvik enfeksiyon, Hiperandrojenizm, Cushing –Tiroid hastalıkları, Psikososyal sorunlar, Evlilik sorunları, Major ve minor depresyon, Anemi, Diabet, Genel anksiyete, Panik bozukluk, Bipolar hastalık, yaygın bağ dokusu hastalıkları, Panhipopituitarizm gibi hastalıklar sayılabilmektedir. Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluktan ayırımına baktığımız zaman Premenstrüel sendrom tipik semptomların şiddeti ve sonuçtaki bozulma ile Premenstrüel Disforik bozukluktan ayrılmaktadır. PMS, sosyal fonksiyonellikte bozulma, evlilikte uyum olmaması, arkadaşlar ve aile ile problemler ile de belli olabilmektedir. Sadece Premenstrüel olarak ortaya çıkan işlevsellikle ilgili bozukluk ve uzun süren evlilik ya da iş sorunlarıyla karıştırmamak gerekmektedir (Ulu, 2016).

2.2.4. Premenstrüel Sendrom Tanımlamada Kullanılan Araçlar

PMS ve PMDB 'nin tanı koymak ve sendromun şiddet düzeyini ölçmek amaçlı kullanılan bazı ölçekler bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar bu ölçeklerin Türkiye standardizasyonlarını yapmış bulunmaktadır ve ülkemizde kullanılmaktadır.

- 1- Sorun Şiddeti Günlük Kayıt Çizelgesi (Daily Record of Severity of Problems) ölçeği, Ölçek Endicott ve ark. Tarafından oluşturulmuş, Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması henüz yapılmamıştır. Ölçek DSM-IV TR’nin tanı kriterlerini içeren 11 maddeden oluşmaktadır. Her bir belirti için 0-6 arasında bir puanlama sistemi bulunmaktadır. Ardışık iki döngüde, adet öncesi bir haftalık (geç luteal) dönemde en az 2 ya da daha fazla gün, en az 4 puan olarak belirtilmiş depresyon, anksiyete, affektif labilite, öfke/ irritabilitenin bulunması gerekmektedir. Ölçeğin 11 maddesinin en az beşinin en az iki gün boyunca ve en az 4 olarak puanlanması, en az 2 gün süre ile işlevselliği değerlendiren 3 maddeden birinin en az 4 olarak puanlanmış olması tanı almak için gerekli kriterdir (Endicott ve ark., 2006).
- 2- Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstrual Assesment Form, PDF) 95 sorudan oluşan kadınların Premenstrüel dönemde kendilerinde duygusal, davranışsal ve fiziksel değişimleri değerlendirdikleri bir ölçektir. 1982 yılında Halbreich ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Dereboy ve ark. Tarafından 1994 yılında Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Dereboy ve ark, 1994) (Halbreich ve ark. 1982).
- 3- Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) Gençdoğan tarafından tarafından Premenstrüel belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş olan Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) DSM-III ve DSM-III-R temel alınarak oluşturulmuş 44 maddelik ve 5 dereceli likert tipi bir ölçektir (Gendoğan, 2006).
- 4- Menstrüel Distres Şikayet Listesi (MDQ): 1968 yılında R. Rudolf H. Moos tarafından oluşturulmuştur. 1992 yılında Kızılkaya tarafından Türkçe ’ye uyarlanmış ve güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik katsayıları 0,71-0,97 bulunmuştur. Ölçek 8 alt kümeden (ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım, konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, canlanma, kontrol ve iştah artması) oluşmaktadır. MDQ ölçeği 47 semptom ve bu semptomları içeren sekiz alt gruptan (ağrı, su retansiyonu, otonomik reaksiyon, negatif duygulanım,

konsantrasyon bozukluğu, davranış değişiklikleri, canlanma, kontrol) oluşmaktadır (R. Rudolf H. Moos, 1968) (Kızılkaya, 1992).

- 5- Premenstruel Belirti Tarama Aracı (Premenstrual Symptoms Screening Tool-PSST) Steiner ve arkadaşlarının oluşturduğu çalışma Premenstrüel disforik bozukluk için DSM-IV tanı kriterleri temel alınmıştır. Birinci aşamada ölçek Türkçe 'ye çevrilmiştir sonrasında araştırmacılar ve iyi derece İngilizce bilen üç psikiyatri uzmanı bir araya gelerek ölçeğin maddeleri DSM-5'in Türkçe yorumundaki ifadelerle karşılaştırma yapmış ve tüm bu çeviriler göz önüne alınarak bir her madde için, o de en iyi karşılık bulan ifadeler tespit edilmiştir. İkinci aşamada Türkçe 'ye çevrilen metin 10 kadına uygulanarak test edilmiştir (Özdel ve ark., 2014). Premenstrüel sendromun 14 belirtisinin şiddet düzeyini ve kişinin fonksiyonel yaşantısına etkisini olan etkisini derecelendirerek ölçmeyi amaçlamaktadır (Steiner ve ark., 2003)

2.2.5. Premenstrüel Sendrom Tedavisi

Premenstrüel sendromun nedeninin ne olduğuna dair kesin bilgi olmadığı gibi tedavi yöntemlerinde de kesin bir bilgiye ulaşılabilmemiş değildir. PMS yaşamın hangi işlevsel alanına etki ettiği düşünülerek çözüm yöntemleri sıralanabilir. Türkçapar (2011) Yaklaşım olarak biyolojik (İlaç ile tedavi), psikolojik ve diğer yöntemler olarak ayırabiliriz.

- 1- Biyolojik yaklaşım genel olarak ilaç tedavisinden oluşmaktadır; en çok kullanılanlar antidepresanlar ve hormonal tedavileridir. PMS nedenlerine baktığımızda progesteron hormonunun dengesiz olması ve dengesizliğin normal olmayan nörotransmitter işlevine bağlı olduğunu düşünerek nörotransmitter işlevlerinin serotonin geri alım inhibitörleriyle düzeltilmesiyle veya ovulasyonun baskılanmasıyla tedavi edilebilir olması muhtemel görünmektedir. Biyolojik tedavilerden bir diğeri olan hormonal tedavide sendrom sürecinde hormonal değişikliklerle ilişkili olmasından dolayı menstrüel döngünün luteal döneminde progesteron hormonun düşmesinin etkili olduğu belirtileri azaltmak için

progesteron yüklemesi yapılmış fakat etkisi gözlenememiştir. Bazı ilaçların etkisi sendrom bazında azaltması yan etkileri düşünüldüğünde avantaj sağlamamıştır. Danazol (sentetik bir androjen) ilacının Premenstrüel sendroma, Depresyona, irritabilite, ödem anksiyete ve memelerdeki gerginliği azalttığı gözlenmiş ama aynı zamanda akne, kilo alımı ve hirsütizm gibi yan etkileri olduğu görülmüştür. Oral kontraseptiflerin (doğum kontrol ilaçları) yumurtlama dönemindeki hormon akışını düzenleyerek endojenin dalgalanmasını azaltmaktadır fakat bu ilaçlar sürekli kullanıldığında belirli periyodlarla Premenstrüel belirtilere yaklaşık belirtiler karşımıza çıkacağı düşünülmektedir. Başka bir araştırmada ise kalsiyum takviyesi, vitamin B6 (pyridoxine) takviyesi, karmaşık karbonhidratlardan oluşan diyet ve vitex agnus castus (Chasteberry) kullanımı denenmiş ve belirtilerde azalmalar olduğu gözlenmiştir.

- 2- Psikolojik yaklaşım olarak kadınlara psikoeğitim verilmesi önemlidir. Psikoeğitimde herhangi bir hastalığın hasta üzerindeki etkilerini nedenlerini kişiye anlatarak güven ve destek sağlamak amaçlanmaktadır. Psikoeğitim hem hastaya hem sosyal çevresine verilmektedir. Böylece kişi içinde bulunduğu durumla ilgili yaşadığı olumsuz duyguların azaltılması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda kişinin durum üzerinde denetim kurabilmesini sağlamaktadır
- 3- Diğer yaklaşımlara bakıldığında çok fazla kanıt bulunmamakla beraber Premenstrüel sendrom yaşayan bazı kişilerde diyet veya düzenli beslenme programları da denenmiştir. İlaç haricinde başlıca yaklaşımlar eğitim, stres yönetimi, egzersiz, gevşeme teknikleri ve bilişsel davranışçı psikoterapi yöntemleri gibi yönlendirmeler ile PMS yaşayan kişilerin işlevsellikleri düzenlenebilir ve motivasyonları arttırabilir.

Ayrıca Premenstrüel sendrom tedavisinde belirtilerden biri olan vücutta toplanan sıvı (ödem) için idrar söktürücü ilaçlarla tedaviyi destekleyici bir yön olmuştur. Bu ilaçların şişlik ve ödem yakınmalarını azaltmak için etkili olduğu, ancak diğer yakınmalara etkilerinin kısıtlı olduğu saptanmıştır (Kütsal, 2010).

2.3. Benlik Saygısı İle İlgili Literatür

2.3.1. Benlik

Benlik, insanın kişiliği ile alakalı çıkarımları ve kendini nasıl algıladığı şeklinde açıklanabilir. Benlik kişiliğin genetik ve çevresel faktörlerin etkileri ile oluşmuş ortak bir üründür. Psiko-sosyal gelişimin başlamasıyla birlikte benlikte devreye girer. Allaport, kişiliğin sosyal durumlardaki uyuma ilişkin bir fonksiyonu olduğunu düşünmektedir. Çalışmalarında kullanmış olduğu “proprium” kelimesini benliği anlatmak amacıyla kullanmıştır. Proprium kişiliği bütünüyle kabul eden içsel bütünlük olarak bireyin gayelerini ve uzun süre içerisinde gerçekleştirmek istedikleri ile iç içe geçen düşünce olarak aktarmıştır. W. James ise bu konuda benliği bilinen ben ve bilen ben olmak üzere ayrıma gitmiştir. Bilinen ben, bireyin dışarıdan algılanan yapısı, bilen ben ise bireyin bilinçli, kendinde olan yapısıdır. Psikanalitik kuramda ise Freud benlik kavramına sosyallik kavramını katarak egoyu benliğin önüne almaktadır. Hümanistik ekolde bireyin benliği davranış ve davranışı şekillendirmek üzerinden gitmektedir. Sullivan benliği kendi temel kuramı olan anksiyete ile bağdaştırarak açıklamaya çalışmıştır. Anksiyetenin dışavurumu sonucu benlik ve buna bağlı bir düzen oluştuğunu aktarmıştır. Sullivan, benliği iyi ben, kötü ben, ben ve ben olmayan olarak üç türü aile yapısının ödül veya ceza sistemi oluştuğunu söylemektedir. Horney, bireyin benliğinin doğuştan itibaren kendini ortaya koyduğunu, çocukluk döneminde yeterince beslenmeyen doyurulmayan kişilerin hasarlı benlik gelişimi oluşabileceğini ifade etmiştir (Aslan,1992).

Kohut’a göre benlik egoyu da kapsamaktadır. Bizi diğerlerinden ayıran bir özelliktir. Benlik kişinin hem kendi içinde hem de dış dünyaya karşı kurduğu bağlantıdır. Kişinin olgunlaşmış ve gelişmiş kişiliği aynı zamanda bilinçliliğini temsil etmektedir (Aytan, 2010)

Erikson insanın doğduğu andan öleceği ana kadar 8 evre içinden geçtiğini ve bu süreçler içerisinde benliğin kendine yer bulduğu ve şekillendiğini aktarmış. Erikson’a göre her

evrede gerçekleştirilmesi gereken işlevleri, kendi içinde çözmesi gereken çatışmaları bulunmaktadır. Bireyin olumlu ve dengeli bir kişilik gelişimi olabilmesi için bu evrelerde ki işlevleri tamamlanması gerekmektedir. Bu evrelerin içinde bulunan çatışmalar çözüme kavuştukça bir sonra ki evreye geçilmektedir. Erikson'a göre genetik, çevre ve ego süreçleri bir araya gelerek benliğin gelişimini tamamlamasına yardımcı olmaktadır. Genetik dediğimiz süreç kişinin yaşamsal biyolojik değişiklikleri, çevresel süreç bireyin tüm yaşamını etkileyen çevresel faktörler ego ise bu iki sürecin bütünleşmesinden ortaya çıkmıştır (Burma, 2012).

Jung, benlik kavramını bireyin kişiliğinin içindeki ego olarak adlandırmıştır. Adler benliğin bireyin hedefleri doğrultusunda kişinin başarılı bir yaşamı olmasını ve karar mekanizmasını kullanabilen bir düzeni olması olarak aktarmıştır (Güler, 2017).

Benlik sınırlarını iyi bilen bireylerin özellikleri;

- Duygu ve düşünceler arasındaki farklılıkları doğru yorumlayan
- Duygusal, düşünsel ve fiziksel açıdan diğer bireylere göre farklılıkları olduğunu anlayabilen ve kabullenebilen
- Mutluluk duyduklarında bunun kaynağının kendileri olduklarını bilen kişilerdir (Güler, 2017).

Strong'a göre benliğin dört önemli kavramdan oluştuğunu aktarmış.

1. Kişinin kendi benliği ile ilgili olan önem ve becerileri ile ilgisi algısı ve rolü olarak "bütünsel benlik kavramı",
2. Olumlu veya olumsuz herhangi bir duruma göre değişim gösteren "değişken benlik kavramı",
3. Çevreden kabul görme ve sosyallik düzeyine göre olan "sosyal benlik kavramı",
4. Kişinin hayal ettiği, istediği ve idealindeki benliğe göre "ideal benlik kavramı olarak nitelendirilir (Deregözü, 2016)

2.3.2. Benlik Saygısı

Benliğin emosyonel tarafını temsil eden benlik-saygısı, kişinin kendisine yönelik duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Bizim değerimiz, özel oluşumuz ve kendimize verdiğimiz önem ile alakalıdır. Benlik-saygısı; bireyin benliğini benimsemesi, değer vermesi, kendine güven ve saygı duyması, bireyin ruhsal açıdan etkili bir birey olmasını sağlayan en önemli araçlardan biridir (Aytan, 2010).

Benlik saygısı, benlik kavramının kendi ile düşüncelerinin olumlu olduğunu göstermektedir. Bireyin kendi için yaptığı çıkarımların sonucunda ortaya çıkan benliği kabul etmesi ile oluşan değerdir. Benlik saygısı, bireyin kendine olan sevgisidir. Benlik saygısı, bireyin bulunduğu ve bulunmak istediği durumlar arasında ki fazlalık veya azlığa göre duyguların meydana gelmesi şeklinde aktarılmıştır. Bireyin kendi değerleri konusunda kazanımlarının çıktısı anlamını taşımaktadır (Deregözü, 2016).

Bireyin benlik durumuna göre benlik saygısının seviyesi değişiklik göstermektedir. Birey kendi benliği düşük veya yüksek görmez ise ve benliğini seviyorsa benlik saygısı yüksek olacaktır. Birey benliğini kabul ettikçe kendisine olan güvenine paralel olarak artacaktır. Kendine karşı sürekli geliştirdiği olumsuz eleştiriler ve memnuniyetsizlik sonucu kişinin düşük benlik saygısının olmasına sebep olacaktır. Benlik saygısının oluşumunda kişinin ahlaki yapısı, bireysel, fiziksel, sosyal, ailesel özelliklerin katkısı olduğu belirtilmiştir (Deregözü, 2016).

Rosenberg'e göre benlik saygısını kişinin kendine karşı tutumları olarak nitelendirmiş ve kişinin kendini olumlu ve olumsuz algılayabileceğini vurgulamıştır. Benlik saygısı kişinin kendi ile ilgili çıkarımlarının bir sonucu ve ulaştığı sonuç benlik saygısının seviyesinin bir belirleyicisi olmaktadır (Aytan, 2010).

Coopersmith'e göre benlik saygısı kişinin kendi için tasarladığı saygınlık ve kendini için yaptığı değerlendirme sonucu kendi ile ilgili inancını, değerini ve önem sırasını kabullenmesi veya kabullenmemesi ile ilgili düşünceleri şekline açıklamıştır (Aytan, 2010).

Bowlby'e göre benlik saygısının oluşumunda erken çocukluk döneminde kurulan bağlanma ilişkisinin etkisi olduğunu aktarmaktadır. Bireyin benlik saygısını düşük veya yüksek olmasını da bu dönemde ki durumun belirlediğini söylemiştir (Turanlı, 2010).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, kişinin bilincine alıp incelediği sosyal destek arttıkça benlik saygısının doğru orantı gösterdiği gözlenmiştir. Ünüvar'a göre aile ve arkadaş desteğini alan öğrencilerde sorun çözme becerilerinin iyi olduğu ve bu kişilerin benlik saygılarının az destek alanlara göre yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Arslan, 499 öğrenciyle yaptığı araştırma bireylerin algıladığı sosyal destek arttıkça sonucunda benlik saygısının da arttığını belirtmiştir. Londra'da yapılan bir çalışma da psikotik bozukluğu olan hastaların algıladıkları sosyal destek arttıkça benlik saygılarının da yükseldiği gözlenmiştir. Kişinin okul yaşamı ve okul yaşamındaki kişilerinde benlik saygısını etkilediği görülmüştür. Kahriman'a göre arkadaş grubu sahip ergenlerin benlik saygısının daha yüksek olduğu yönünde sonuç ortaya koymuştur (Burma, 2012).

Benlik saygısının temeli oluşturan noktalardan biri aile yapısıdır. Aile içindeki kurulan iletişim, bağlar ve herhangi bir konuda problem çözme becerileri ile ilgili genel içeriklerin benlik saygısı ile doğrudan ilişkili olduğunu aktarmaktadır. Aile içi iletişimin kuvvetli olduğu, bireyin aile içindeki diğer bireylerle sağlıklı ilişki kurabilmesi bireyin yüksek benlik saygısına sahip olabilmesini destekleyecektir demektedir (Burma, 2012).

Benlik saygısına etkisi olduğu düşünülen konulardan biri ekonomidir. Suner'in yaptığı bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerin benlik saygılarının yüksek olduğunu ve aralarında doğru orantı olduğunu aktarmıştır (Burma, 2012).

Araştırmalarda benlik saygısının cinsiyet faktöründen etkilenip etkilenmediği konusunda araştırmalar yapılmıştır. Slovenya'da yapılan bir çalışmada kadın ve erkek olarak benlik saygısında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (Burma, 2012).

Araştırmalarda psikolojik rahatsızlıklar ile benlik saygısı arasında bağlantı olup olmadığı incelendiğinde, depresyon ile benlik saygısı arasında bir ilişki olduğu

gözlenmiştir. Araştırma sonucuna göre bireyin benlik saygısı düştükçe depresif belirtiler görülmektedir (Burma, 2012).

Bir birey yüksek benlik saygısına sahip ise, kendine saygı duyar ve kendini toplum içerisinde değerli bir varlık olarak algılamaktadır. Eğer bir birey düşük benlik saygısına sahip ise kendisini de olumsuz algılar ve kendi ile ilgili negatif değerlendirme yapmakta olduğunu gösterir (Deregözlü, 2016). Benlik saygısının yüksek olması aynı zamanda kişinin depresif özellikleri yaşamasına önleyici ve koruyucu bir etken olmaktadır. Benlik saygısı yüksek olan kişinin kendinden beklentisi yüksektir, bu nedenle olumlu fikirler üretmeyi daha kolay yapabilir ve çıkarımlarına daha çok güvendikleri görülmüştür. Dolayısıyla karşıt bir görüşle karşılaştıkları zaman kendini ifadeleri daha tasasız bir şekilde ifade edebilirler ve bu bireyler dıştan gelebilecek her türlü görüşe karşı dinleyici bir tavırla yaklaşmaktadır (Deregözlü, 2016)

Duygusal, bilişsel, toplumsal ve hatta fiziksel özelliklerin benlik saygısı üzerinde etkisi bulunmaktadır. Birey kendini ne kadar değerli hissettiği, yetenek, bilgi ve becerilerini ne derece kullandığı, başkaları tarafından ne kadar takdir edildiği ve fiziksel durumlarını kabullenmesi gibi etkilerin benlik saygısı üzerinde çok fazla etkisinin bulunduğu gözlenmektedir.

Benlik saygısının seviyesini etkileyen faktörler ise şöyledir;

1. Kişinin eğitim ve iş yaşamındaki becerileri
2. Stres ile başa çıkma stratejileri ve yeteneği
3. Çevre tarafından ne kadar kabul gördüğü (Oynağanlı, 2015).

Yavuzer'in benlik saygısını etkileyen faktörlerde meslek, eğitim seviyesi, ekonomik durum vb. sosyodemografik özelliklerin olduğuna dair araştırmaları bulunmaktadır. Bir araştırma sonucuna göre sosyoekonomik konumun ve kültürel olarak toplum içinde yer etmesi için yaptığı bazı etkinlikler, cinsiyet, baba mesleği, ebeveyn tutumları gibi birçok konunun benlik saygısı üzerinde etkisi olduğunu ortaya koymuştur (Şahin, 2017).

Çocuğun benlik saygısı gelişiminin en önemli etkenlerinden biri aile tutumlarıdır. Çocuğu yetiştirirken anne ve babanın nasıl tutumunun olduğu ve yaşantısı çocuktaki benlik saygısının düşük veya yüksek olmasını belirleyen unsundur (Şahin, 2017).

Ergenlik döneminde bireyler de çevrenin etkisi büyüktür. Birey çevresinden edindiği bütün olumlu ve olumsuz yargıları bir araya getirerek değerlendirme yapar ve kendine yönelik yaptığı çıkarımlar sonucu benlik saygısı oluşturur. Ergenlik döneminde fiziksel görünüş önemli olmakla beraber diğerleri tarafından beğenilme duygusu ve çekici olmak kavramı kişinin kendi ile ilgili beklentisini ve karakter özelliklerini oluşturma ve geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Fiziksel görünüşün önemli olması ve benlik saygısının buna bağlı yüksek veya düşük olması durumu çevrelerinde sosyal ilişkilerinde tercih etme ve tercih edilme gibi durumları belirlemektedir. Bireyler yetişkinlik dönemine geldiklerinde benlik saygısı hayatlarına biçimlendirmeye başlamaktadır. Yetişkinlikte de benlik saygısının gelişimi devam etmektedir. Yetişkin kişi Maslow'un piramidindeki gibi kendini gerçekleştirmeye doğru gider ve bu süreçte mesleği olur, aile kurar, bağımlı bir insan olmaktan çıkar ve kendi ayakları üzerinde durmaya başlamıştır. Tüm bu olaylar benlik saygısını olumlu etkileyen etmenlerdir. Yetişkin kişinin hayatında yaşadığı hastalık, kaza, kayıplar ve olumsuz yaşam olayları benlik saygısını etkileyebilir ve kişi bu noktada yenilenme ve yeniden oluşum ihtiyacı hissedebilmektedir (Şahin, 2017).

2.4. Başa Çıkma Stratejileri

Lazarus ve Folkman'a göre bireyin değer verdiği ve başa çıkmaya dair kullandığı becerilerini maksimum düzeyde kullandığı veya bunu geçtiği varsayılan olay ve durumlar üzerinden meydana gelen süreçler olduğunu aktarmıştır. Başa çıkma içinde bulunduğu zaman diliminde birey amaçlarının olumsuz sonuçlarını gördüğünde, kaybolduğunda ya da tehlike anındaki davranışları ile başlamaktadır. Bu sürecin muhakemesi yapıldığında genelde olumsuz duygulanımlarla sonuçlanmaktadır. Dolayısıyla bireylerdeki başa çıkma tepkisi bu duygusal durumlarla başlar ve başa çıkmayı ilk tetikleyen etmen stres olayları ve durumlarında başa çıkma becerilerini kullanarak etkili bir şekilde olumsuz duyguları kontrol altına almaya çalışmaktadır.

Duygular stresli durumlar devam etse bile başa çıkmanın bir sonucu olarak alınan bir bilgi veya rastlanan her hangi bir olay ile ilgili inceleme yapmak başa çıkma sürecinin bir bölümü olmuştur. Rastlanan olayda sorunsuz bir çözüme varılırsa olumlu duygular çözüme kavuşmayan karışık bir yol ile gidiliyorsa olumsuz duygular meydana gelmektedir. Başa çıkmayı etkileyen faktörlerden biri olan stres olumlu veya olumsuz tüm duygularla birlikte bir yol izlemektedir (Sav, 2007).

Folkman ve Lazarus, karşılaşılan stres durumlarında başa çıkabilmek için birey kullandığı olanakları bitiren ve güç kullanan bir tarzda inceleme ve gelen isteklere yön verici bir süreç olduğunu aktarmıştır. Tanımlama yaparken dört başlık üzerinden gitmiştir. Birincisi başa çıkma bir süreci kapsamakta veya bireyin çevresi ile etkileşimsel durumudur. İkincisi başa çıkma yönlendirme yapabilmek olarak görülür ve stresin karşısında sorunların her zaman sonuca bağlanamayacağını aktarmıştır. Üçüncüsü stres kavram ile ilgili saptamalar yapmaktan bahsedilmektedir. Dördüncü ise stres yaratan durumu zihinsel ve tepkisel olarak yönetebilmekten bahsedilmektedir (Altıok, 2011)

Baş çıkma konusu bir süreç olarak düşünüldüğünde bireylerin stres ile ilgili ögelere yönelik değerlendirmeler yapıldığı görülmektedir. Bununla beraber bilişsel anlamda bir değerlendirme süreci başlamaktadır. Folkman ve Lazarus başa çıkmayı açıklarken değerlendirme kavramını kullanmışlardır. Folkman ve Lazarus'a göre değerlendirme bireyin olağan stres durumları ile ilgili zihinsel olarak yorumlama yapması demektir. Değerlendirme sürecini de iki ye ayırmaktadırlar. Birincil ve ikincil değerlendirme olarak açıklamaktadırlar.

- 1- Birincil değerlendirmede birey stres yaratan olay ile ilgili düşünüp kendine ne anlam ifade ettiğini değerlendirmektedir. Aslında kişi olayın kendi üzerinde olumlu mu, olumsuz mu yoksa stresli mi bir etkisi olduğunu değerlendirmektedir. Bireyin algıladığı stres durumları zarar, kayıp ve mücadele olarak değerlendirilmektedir. Stres kaynağıyla doğrudan karşı gelerek mücadele eden bireyler bakış açısı olarak durumlarla baş etme becerilerini kullanmada daha iyi ve başarı elde edebilen kişilerdir. Karşılaşılan zarar, kayıp ve tehlike

durumlarına karşılık değerlendirmeler kızgınlık, kaygı vb olumsuzluk atfedilen duygular ise birey stresle karşı karşıya kalmış demektir.

- 2- İkincil değerlendirmede birincil değerlendirme sürecinde zarar, kayıp ve tehlike durumlarının algılanmasıyla ikinci aşamada “Ben olay ile ilgili nasıl çözüm bulabilirim?” sorusunu sorarak ikinci değerlendirmeyi yapmaktadır. Kişi ikincil değerlendirmede karşılaşılan tehlike durumlarıyla bir daha karşılaşmamak için önlem alır ve nasıl daha çok faydalı durumları sağlayabilirim diye değerlendirme yapmaktadır(Altıok, 2011).

Lazarus’a göre ikincil değerlendirmede üç başlık bulunmaktadır. Bireyin kendine olan veya başkalarına olan güven ve itham, başa çıkma dinamiği ve gelecek ile alakalı umudunu belirtmektedir. Birey bir olay ile karşılaştığında bu öğeleri kullanarak değerlendirme yapmaktadır. Birey her hangi bir stres durumu ile karşılaştıysa baş çıkma referansları ile değerlendirme yapmaktadır (Altıok, 2011)

Folkman ve Lazarus ‘a göre başa çıkma ile ilgili yöntemlerini problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki başlıkta düşünmüştür. Problem odaklı başa çıkma yönteminde birey stres anında durumu değiştirmeye çalışmaktadır. Sorunla alakalı çözüm odaklı olmak, stresli durumda ne yapacağı hakkında bilgi toplamak ve sorun yaratan kişiyle direk iletişime geçmek problem odaklı başa çıkmaya örnek olarak verilebilmektedir.

Duygu odaklı başa çıkma yönteminde ise stres yaratan durumun duygusal boyutuna odaklanılır ve yeniden yapılandırma yapılmaktadır (Yazıcıoğlu, 2011).

Literatüre bakıldığında başa çıkma stratejileri ile ilgili araştırma yaparak kategorilere ayıran araştırmacılardan biri de Aamir Khan’dır. Aamir Khan’a göre; problem çözme stres öğelerini doğru yönlendirilmesini içermektedir. Sosyal destek arama, bireyin sıkıntılı zamanlarda çevresinden gördüğü destek yaşanan stresi en aza indirgemektedir. Destek bireye stresi azaltıcı ve etkisini ortadan kaldırmak için değerli olduğunu hissettirerek başa çıkabilmesi için öneriler bulabilmesini sağlamaktadır. İnsanlar ile ilişkiyi kapsadığı için özerk bir strateji özelliği taşımaktadır. Kaçınma, bir savunma olup kişinin karşılaştığı engel ve tehditler karşısında yadsıma, geri çekilme ve mantığa

bürüme gibi tepkilerin oluştuğu başa çıkma stratejisidir. Birey kabullenmek istemediği stres durumlarında kaçınma tepkisini kullanmaktadır. Bu yönüyle duygusal boyutu kapsayan bir strateji olmaktadır (Yazıcıoğlu, 2011).

Holahan, Moos ve Schaefer'a göre iki tür sınıflandırma var bunlar aktif ve kaçınmacı stratejilerdir. Aktif başa çıkma stratejisi akla uygun analiz yapabilme ve olumlu yeniden inceleme yapabilme yetileri kişiye destek ve yol gösterici olmasından dolayı problemin çözümüne yönelik işleyişi göstermektedir. Kaçınmacı başa çıkma stratejisi bireyin yaşadığı ruhsal sorunlar ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Zihinsel kaçınma, durum karşısında mücadeleyi bırakmak ve farklı motiveler aramak, duygusal anlamda yenilenmeler yaşanması olarak da açıklanabilir.

Başta çıkma stratejilerine başka bir bakış açısı ise daha olumlu (more salutary) karar verme, sosyal destek arama, aile ile problem hakkında konuşma gibi) ve daha az olumlu (less salutary) (sözel kızgınlık, alkol kullanımı, problemin önemini azaltma gibi) durumları çıkış noktası olarak oluşturulmuştur (Karatekin, 2013)

Olah'a göre araştırmalar sonucunda başa çıkma ile alakalı üç strateji olabilir. Bunları özümleme, yeniden şemalandırma ve kaçınma şeklinde açıklamıştır. Özümlemeci başa çıkma bireyin çevresel etkenleri göz önüne alarak kendi çıkarlarını gözeterek davranışsal ve bilişsel olarak değişim göstermesidir. Yeniden şemalandırma bireyin çevresine uyum sağlaması için kendi çıkarlarını gözedip değişim göstermesidir. Kaçınma ise bireyin fiziksel ve ruhsal durumları gözeterek stres yaratan koşullardan kurtulmaya çalışmasını kaçınmasını göstermektedir.

Çeşitli dönemlerde başa çıkma stratejileri ile ilgili farklı birçok sınıflandırma yapılmıştır. Folkman ve Lazarus'a göre yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %98 ya problem ya da duygu odaklı stratejileri kullanmaktadır. Sınıflama yapabilmek için bireylerde kaygı yaratan tüm durumlara karşı stratejilerin genelini içermektedir. Carver, Scheier ve Weintraub'a göre baş çıkma stratejileri iki boyuttan çok daha fazlasını barındırması gerekmektedir. Carver, Lazarus ve Folkman'ın "Başta Çıkma Modeli" ve Carver ve Scheier'in "Davranışsal Kendini Düzenleme Modeli'nden" yola çıkarak başa

çıkma stratejilerini 14 boyutla yeniden yorumlamıştır. Bu alt boyutlar; Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Mizah, Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma, Madde Kullanımı, Kabullenme, Diğer Etkinlikleri Bırakma, Dine Yönelme, Yadsıma, Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme, Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama, Duygusal Sosyal Destek Kullanma ve Planlama şeklinde oluşturulmuştur.

Başa çıkma stratejilerinde etkisi en fazla olan ve en fazla kullanılan strateji stres ile karşı karşıya geldiğinde baş edemeyip kaçınmada bulunmasıdır. Odak nokta duygu mu yoksa problem mi diye bakıldığında olayın daha durumsal olduğu gözlenmektedir. Ortada bir sorun varsa yapılması gereken şey sorunu çözmek adına en etkili bir şeyler yapmaktır. Durum üzerinde yapılabilecek bir şey yok ve duruma etki edilemiyorsa o zaman duyguların hâkim olduğu noktaya odaklanıp burada çalışma yapmak gerekmektedir. Bazı durumlarda o durumun stratejisinden başka bir stratejiyi kullanmak daha etkili sonuçlar sağlayabilir. Uygun başa çıkma koşulları sağlandığında bireyin stresi yönetmeyi başaracaktır. Lazarus ve Folkman'a göre stresi yönetmek için doğru koşulları oluşturabilmek, doğru stratejiyi tercih edebilmesi için kültürel değerleri ve normları göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Karatekin, 2013).

3. YÖNTEM

Bu araştırma Premenstrüel Sendrom yaşayan kadınların sendromda yaşadıkları fiziksel ve psikolojik belirtileri ölçerek başa çıkma stratejilerinin neler olduğunu belirleyip bu durumun benlik saygısı ile anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını ölçmek amaçlanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma nicel bir araştırma olup “ilişkisel tarama modeli” kullanılarak yapılmıştır. İlişkisel tarama modelinde iki ya da daha fazla değişkenin arasındaki ilişki seviyelerini anlamak için istatistiksel testler kullanarak ölçülmeye çalışılmaktadır. İlişki seviyesini ölçmek için korelasyon kullanılmaktadır. Korelasyon iki ya da daha fazla değişkenin birlikte (ayrı ayrı) tutarlı bir değişim gösterip göstermediğini ölçmek için kullanılmaktadır. İlişkisel araştırma modeli nicel verilerin kullanıldığı, genellikle aralık ya da oran ölçeğinden elde edilmiş verilerin analize tabi tutulduğu bir yöntem olması sebebiyle veri toplamada kullanılacak olan ölçek, anket, test veya diğer araçların geçerlik ve güvenirliği uygun yöntemlerle incelenmesi yapılmaktadır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi Premenstrüel Sendromu ölçebilmek için; Haziran 2017 – Ağustos 2017 tarihleri arasında İstanbul’un çeşitli ilçelerinde yaşayan 18-40 yaş arasındaki rastlantısal olarak seçilen 211 kadından oluşmaktadır. Örneklemin sınırının 18-40 yaş aralığındaki kadınlarla tutulmuş olmasının nedeni 18 yaş öncesini ergenlik sınır alıp bu dönemdeki yakınmaların yetişkinliktekiler ile karışmaması ve 45 yaş sonrası kadınların yakınlarının ise de Premenopoz ve Menopoz yakınmaları olup Premenstrüel Sendrom olarak değerlendirilmemesi olarak belirlenmiştir (Bostancı, A. 2010). Anket yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Araştırmanın örneklemini oluşturan kadınlara araştırmanın amacı, konusu ve önemi hakkında sözel ve yazılı olarak bilgilendirme yapılmıştır. Her birey çalışmaya gönüllü olarak katılmış bulunmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, PMS Değerlendirme Formu, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu (Sosyodemografik Bilgi Formu):

Katılımcılara araştırmanın konusunu, amacını ve kişinin onamını kapsayan bilgilendirme ve ölçeklerin bulunduğu bir form hazırlanmıştır. Bu form bu araştırma özelinde araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Daha sonra araştırmanın gizlilik esasları katılımcıya açıklanıp onam alındıktan sonra anket verilmiştir. Onam formunun ardından araştırmada ki katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, sosyo-ekonomik düzeyleri, anne ve babasının sağ olma veya öz olma durumları, anne-baba eğitim düzeyleri, anne-babasının iş durumu, medeni durum, kardeş sayısı, psikiyatrik tedavi durumları, anne-baba ebeveyn tutumları ve kişinin adet döngüsünü kapsayan 18 soru soru bulunmaktadır.

3.3.2. PMS Değerlendirme Formu (Adet Öncesi Değerlendirme Formu):

1982 yılında Halbreich ve ark tarafından geliştirilen Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Formu Dr. Çiğdem Dereboy öncülüğünde (1994) Türkçe 'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek PMS'yi 95 soru ile ölçmeye çalışan "Değişim Yok", "Çok Az Değişim", "Hafif Değişim", "Orta Şiddette Değişim", "Şiddetli Değişim", "Aşırı Değişim" şeklinde altı (6) dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısının hesaplanabilmesi için Cronbach Alfa yöntemi ile hesaplaması yapılmıştır. İç tutarlılığı 0.97 olup, madde-toplam puan korelasyon değerleri ise 0.13 ile 0.76 arasında bulunmuştur. Aynı zamanda alt ölçekleri için ayrı ayrı analiz yapılmıştır. PDF'nin çökkün duygudurum, endojen depresif özellikler, labilite, atipik depresif özellikler, histeroid özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, bunaltı, kendini iyi hissetmede artış, impulsivite, organik mental özellikler, su tutulumu, genel fiziksel rahatsızlıklar, otonomik fiziksel değişiklikler, yorgunluk, sosyal

işlevsellikte bozulma, çeşitli duygudurum/davranış değişimleri, çeşitli fiziksel değişimler gibi toplam 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Premenstrüel yakınmaların şiddeti, hafif- orta şiddet – şiddetli şeklinde 3 grup olarak ele alındığından ölçeğin küme analizinde üçlü çözüm kullanılmıştır (Dereboy, Ç. , Dereboy F.İ. , Yiğitol, F. , Çoşkun, A. ,1994) (Halbreich, 1982).

3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg, benlik saygısı ölçeğinde ölçüm yapabilmek için kişinin kendini bütünsel değerlendirmesi üzerinde durmuştur. Ölçek 63 madde 12 alt alandan oluşmaktadır.

Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri, D-1 (Benlik Saygısı) ; D-2 (Kendilik Kavramının Sürekliliği) ; D-3 (İnsanlara Güven Duyma) ; D-4 (Eleştiriye Duyarlılık) ; D-5 (Depresif Duygulanım) ; D-6 (Hayalperestlik) ; D-7 (Psikosomatik Belirtiler) ; D-8 (Kişilerarası İlişkilerde Tehdit Hissetme) ; D-9 (Tartışmalara Katılabilme Derecesi) ; D-10 (Ana-Baba İlgisi) ; D-11 (Babayla İlişki) ve D-12 (Psişik İzolasyon) olmak üzere toplam 12 alt alandan oluşmaktadır.

Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinin ilk alt alanları benlik saygısını direkt, diğer alt alanları ise benlik saygısı ile bağlantısı olabilecek tutumları ölçmek amaçlanmıştır. Ölçek Guttman yöntemine uygun yapılan güvenilirlik değerlendirmelerinde tekrar üretilebilirlik katsayısı 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını Fusun Çuhadaroğlu yapmış bulunmaktadır. Çuhadaroğlu çalışmasında örneklem olarak 250 lise öğrencisi kullanmıştır. Rosenberg benlik saygısı ölçeği geçerlik çalışmalarında klinik görüşmeler yapılmış ve geçerlik katsayısı .71 elde edilmiştir (Çuhadaroğlu, 1986) (Rosenberg, 1965).

3.3.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Baş çıkma, yaşanan herhangi ruhsal bir sorun ya da strese yol açan nedenlere verilen bilişsel ve davranışsal tepkilerin dışavurumudur. 1989'da Carver ve arkadaşları tarafından 53 madde ve 14 faktörden oluşan Başa Çıkma Stilleri Ölçeği için yola çıkılmıştır. Envanterin güvenilirliğini ölçmek için Cronbach'ın Alfa katsayısı ve test

tekrarı yöntemi kullanılmıştır. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin alt ölçeklerinin alfa katsayıları en düşük .45 (zihinsel olarak geri çekilme) ve en yüksek (dine yönelme) .92'dir. Test tekrarı sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları ise .42 (davranışsal olarak geri çekilme) ve .89 (dine yönelme) aralığında bulunmuştur.

1997'de Carver Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin uzun formun daha az maddeli olanını geliştirmiştir. Ölçeğin kısa formu 14 faktörden oluşmuştur. Bunlar; aktif başa çıkma, planlama, amaca yönelik sosyal destek arama, duygusal sosyal destek arama, duyguları dışı vurma davranışsal uzaklaşma, dikkatini başka yöne yöneltme, olumlu yeniden yorumlama, reddetme, kabullenme, din, madde kullanımı, mizah, kendini suçlama faktörleridir. Faktör analizi sonuçlarına göre, envanterin alt ölçeklerinin Cronbach'ın Alfa katsayıları .50 (duygulara odaklanma) ile .90 (madde kullanımı) arasında değişim göstermektedir.

Ölçek 4'lü likert tipi olup "1- Asla böyle bir şey yapmam, "2-Çok az böyle yaparım", "3-Orta derecede böyle yaparım", "4-Çoğunlukla böyle yaparım" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Prof. Dr. Hasan Bacanlı, Dr. Mustafa Sürücü, Dr. Tahsin İlhan (2007) tarafından 34 madde üzerinden gidilerek tüm boyutları temsil edecek ikişer madde ve 14 boyuttan oluşan 28 maddelik başa çıkma stratejileri kısa formu oluşturulmuştur. Yapılan çalışmanın sonucunda 14 faktörlü BÇSÖ-KF ölçeğinin varyansının % 80.37 olduğu görülmüştür (Bacanlı, H. , Sürücü, M., İlhan, T. , 2007) (Carver, 1989).

3.4. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 24.0 ile yapılmış ve sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde öncelikli olarak ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediklerine bakılmıştır. Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Stilleri ölçeklerinin normal dağılım göstermediği bulunmuştur ($p<0,05$). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının puanlarının farklılık gösterme durumu Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ile analiz edilmiştir.

Ölçeklerin sosyodemografik bilgilere göre değişkenlik gösterip göstermediğine bakılmış, Premenstrüel Sendrom olan Katılımcıların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi için Spearman Korelasyon analizi uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin istatistiksel analizlerine yer verilmiştir. Öncelikle katılımcılara uygulanan Premenstrüel Sendrom ölçeği ile sosyodemografik formun analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Premenstrüel Sendrom yaşadığı varsayılan bireylere uygulanan Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Stratejileri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

4.1. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Sosyodemografik Dağılımlar ve Yüzdeler

Araştırmaya katılan ve Premenstrüel Sendromu olan kadınların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışıp çalışmadığına göre durumu, sosyoekonomik durumu, nerede büyüdüğü, anne- babasının sağ ve öz olma durumları, anne baba eğitim durumları, anne-babasının boşanma durumları, kardeş sayısı veya kaçınıcı kardeş olduğu, ailede ya da bireyde psikiyatrik bir tanı olup olmadığı, anne baba tutumu ve adet düzeni gibi bazı konulara göre dağılımları ve yüzdeleri Tablo 1’de verilmiştir.

Katılımcıların yaşa dağılımlarına göre incelendiğinde %38,6’sı 25 yaş ve altı, %38,6’sı 26-30 yaş arası, %22,8’inin 31 yaş ve üzeridir. Medeni duruma göre dağılımlar incelendiğinde %47’sinin bekâr, %35, 7’sinin evli ve %17,2’sinin ilişkisinin olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına göre incelendiğinde %0,6’sının ortaokul mezunu, %10,1’nin lise mezunu, %60,1’nin ön lisans ve lisans mezunu, %29,1’nin yüksek lisans mezunudur. Çalışıp çalışmama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %77,1’nin çalıştığı %29,9’unun çalışmadığı görülmüştür.

Sosyo-ekonomik durumlara göre dağılım incelendiğinde %6,8’inin Asgari ücret ve altı ile 1000 TL arası, %52’sinin 1001 ve 3000 TL arasında, %30,4’ünün 3001 ve 5000 TL arasında, %8,1’inin 5001-10000 TL arasında, %2,7’sinin 10000 ve üzeri geliri olduğu görülmüştür.

Katılımcıların büyüdüğü yerlere göre dağılımları incelendiğinde %48,7’si Metropol, %48,1’i Şehir, %3,2’si Kırsal Kesim/Köy de büyüğü belirtilmiştir.

Anne ve babasının eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, annelerin eğitim durumunda %1,3'ü okur-yazar, %5,1'i ilkokul mezunu, %31,0'nin ortaokul mezunu, %17,1'inin lise mezunu, %27,8'inin ön lisans ve lisans mezunu, %8,2'sinin yüksek lisans mezunu, %9,5'inin doktora ve üzeri olduğu görülmüştür. Babaların ise %0,6'sının okuryazar, %2,5'inin ilkokul mezunu, %17,1'inin ortaokul mezunu, %13,9'unun lise mezunu, %32,9'unun ön lisans ve lisans mezunu, %7,6'sının yüksek lisans mezunu, %25,3'ünün doktora ve üzeri olduğu görülmüştür.

Anne ve babanın çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde annesi çalışanların oranı %21,0; annesi çalışmayanların oranı %79,0'dır. Babası çalışanların oranı %70,4; babası çalışmayanların oranı %29,6'dır.

Katılımcıların anne ve baba boşanma durumuna göre dağılım incelendiğinde anne ve babası boşanmış olanların oranı %14,6'ı; boşanmamış olanların oranı %85,4'tür.

Katılımcıların kardeş sayıları dağılımları incelendiğinde tek kardeş olanların oranı %3,4; iki kardeş olanların oranı %46,3; üç kardeş olanların oranı %36,9; dört kardeş olanların oranı %10,1; beş kardeş olanların oranı %2,7; altı ve üzeri kardeş sayısı olanların oranı %0,7'dir.

Katılımcıların daha önce herhangi bir psikolojik rahatsızlıktan dolayı psikiyatrik tedavi görüp görmediklerine göre dağılım incelendiğinde %11,2'sinin tanı aldığı %88,8'inin herhangi tanı almadığı ve tedavi görmediği görülmüştür.

Katılımcıların anne ve babalarının hayatta olup olamama durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında annesi hayatta olanların sayısı 158 kişi (%98,8), annesi hayatta olmayanların sayısı 2 kişi (%1,2); babası hayatta olanların sayısı 144 kişi (%89,9), babası hayatta olmayanların sayısı 16 kişi (%10,1) olduğu belirtilmiştir.

Katılımcıların anne ve babalarının öz veya üvey olma durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında annesi öz olanların sayısı 157 kişi (%100) olduğu saptanmış, annesinin üvey olduğuna dair bilgi bulunmayan katılımcılar olduğu belirtilmiştir. Babası öz olanların sayısı 158 kişi (%97,8), babası öz olmayanların sayısı 2 kişi (%1,3) olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Sosyodemografik Dağılımları ve Yüzdeler

Sosyo Demografik Özellikler	n	%	
Yaş	25 yaş ve altı	61	38,6
	26-30 yaş arası	61	38,6
	31 yaş ve üstü	36	22,8
Medeni Durum	Bekâr	74	47,1
	Evli	56	35,7
	İlişkisi var	27	17,2
Eğitim Durumu	Ortaokul	1	0,6
	Lise	16	10,1
	Ön lisans -lisans	95	60,1
	Yüksek lisans	46	29,1
Çalışma Durumu	Evet	121	77,1
	Hayır	36	22,9
Sosyoekonomik Durum	Asgari ücret ve altı- 1000	10	6,8
	1001 – 3000	77	52,0
	3001 - 5000	45	30,4
	5001- 10000	12	8,1
	10000 ve üzeri	4	2,7
Büyüdüğü Yer	Metropol	76	48,7
	Şehir	75	48,1
	Kırsal kesim/ Köy	5	3,2
Annesinin Eğitim Durumu	Okur-Yazar	2	1,3
	İlkokul	8	5,1
	Ortaokul	49	31,0
	Lise	27	17,1
	Ön lisans	44	27,8
	Yüksek lisans	13	8,2
	Doktora ve üstü	15	9,5

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Babasının Eğitim Durumu	Okur-Yazar	1	0,6
	İlkokul	4	2,5
	Ortaokul	27	17,1
	Lise	22	13,9
	Ön lisans	52	32,9
	Yüksek lisans	12	7,6
	Doktora ve üstü	40	25,3
Annesinin Çalışma Durumu	Evet	33	21,0
	Hayır	124	79,0
Babasının Çalışma Durumu	Evet	107	70,4
	Hayır	45	29,6
Anne- Baba Boşanma Durumu	Evet	23	14,6
	Hayır	135	85,4
Kardeş Sayısı	1	5	3,4
	2	69	46,3
	3	55	36,9
	4	15	10,1
	5	4	2,7
	6	1	0,7
Kaçınıcı Kardeş Olduğu	1	76	54,3
	2	39	27,9
	3	20	14,3
	4	2	1,4
	5	2	1,4
	6	1	0,7
Daha önceden psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumu	Evet	17	11,2
	Hayır	135	88,8

4.2. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların İlk Adet Kanama Yaşı ve Kanama Süresi Göre Dağılımları

Araştırmaya katılan ve Premenstrüel Sendromu olan kadınların ilk adet kanama yaşları ve adet kanamasının kaç gün sürdüğüne dair dağılım Tablo 2’de verilmiştir.

Premenstrüel sendrom olan katılımcıların ilk adet kanama başlama yaşı $12,99 \pm 1,48$; adet kanamaları sürme günü ortalaması $5,64 \pm 1,34$ gündür.

Tablo 2. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların İlk Adet Kanama Yaşı ve Kanama Süresi İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri

	Ortalama	Minimum	Maximum	SS
İlk adet kanama yaşı	12,99	8,00	17,00	1,48
Adet kanama süresi (gün)	5,64	1,00	10,00	1,34

4.3. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Adet Kanama Düzenine İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri

Araştırmaya katılan ve Premenstrüel Sendromu olan kadınların adet kanama düzenlerine ilişkin dağılım ve yüzdeleri Tablo 3’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınların adet düzenlerine göre dağılımında %48,4’ünün her zaman düzenli adet gördüğü; %40,3’ünün döngüsünün ara sıra düzensiz olduğu; %11,3’ünün döngüsünün her zaman düzensiz olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Adet Kanama Düzenine İlişkin Dağılımlar ve Yüzdeleri

		n	%
PMS olan kadınların adet kanama düzeni	Her zaman düzenli	77	48,4
	Ara sıra düzensiz olur	64	40,3
	Her zaman düzensizdir	18	11,3

4.4. Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan normallik testi verileri Tablo 15’te verilmiştir.

Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları için yapılan normallik analizine göre alt boyutların normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tablo 4. Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Benlik Saygısı	,984	211	,019
Kendilik Kavramının Sürekliliği	,411	211	,000
İnsanlara Güvenme	,974	211	,001
Eleştiriye Duyarlılık	,952	211	,000
Depresif Duygulanım	,957	211	,000
Hayalperestlik	,961	211	,000
Psikosomatik Belirtiler	,938	211	,000
Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetme	,987	211	,047
Tartışmalara Katılma Derecesi	,955	211	,000
Ana-Baba İlgisi	,931	211	,000
Babayla İlişki	,956	211	,000
Psşik İzolasyon	,912	211	,000

4.5. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısı Alt Ölçeğine Göre Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 5’te verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde benlik saygısı oranının “orta” düzeyde olduğu görülmüştür.

4.6. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kendilik Kavramının Sürekliliği” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde kendilik kavramının sürekliliği oranının “çok” olduğu görülmüştür.

4.7. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “İnsanlara Güvenme” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo’7 de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların insanlara güvenme oranının %74,4’ünün “orta”, %25,6’sının “az” düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “İnsanlara Güvenme” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
İnsanlara Güvenme	Orta	n	119	19,732	,000
		%	74,4%		
	Az	n	41		
		%	25,6%		
Total	n	160			
	%	100,0%			

4.8. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Eleştiriye Duyarlılık” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100'ünde eleştiriye duyarlılık oranının “çok” olduğu görülmüştür.

4.9. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Depresif Duygulanım” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 9’te verilmiştir.

Premenstrüel sendrom olan katılımcıların depresif duygulanım oranının %97,5’nin “az”, %2,5’inin “orta” düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Depresif Duygulanım” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Depresif Duygulanım	Az	n	156	7,721	,005
		%	97,5%		
	Orta	n	4		
		%	2,5%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.10. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Hayalperestlik” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 10’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların hayalperestlik oranının %23,8’nin “az”, %76,3’ünün “orta” düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Hayalperestlik” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Hayalperestlik	Az	n	38	3,897	,048
		%	23,8%		
	Orta	n	122		
		%	76,3%		
Total	n	160			
	%	100,0%			

4.11. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Psikosomatik Belirtiler” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde psikosomatik belirtiler oranının “az” olduğu görülmüştür.

4.12. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetmeye” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların kişilerarası tehdit hissetme oranının %1,2’ünün” az”, %98,8’inin “orta” olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetmeye” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetme	Yok	n	0
		%	0,0%
	Az	N	2
		%	1,2 %
	Orta	N	158
		%	98,8 %
Total	N	160	
	%	100,0 %	

4.13. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Tartışmalara Katılma Derecesi” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 13’te verilmiştir. Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde tartışmalara katılma derece oranının “orta” düzeyde olduğu görülmüştür.

4.14. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Ana Baba İlgisi” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 13’te verilmiştir. Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde anne ve baba ilgisi oranının “çok” olduğu görülmüştür.

4.15. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Babayla İlişki” Alt Ölçeği Göre Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 15’te verilmiştir. Premenstrüel sendromu olan katılımcıların babayla ilişki alt ölçeğine göre oranının %90,0’inin “az”, %10,0’inin “orta” düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Babayla İlişki” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Babayla İlişki	Az	n	144	,002 ^a	,968
		%	90,0%		
	Orta	n	16		
		%	10,0%		
Total	n	160			
	%	100,0%			

4.16. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Benlik Saygısına Göre “Psşik İzolasyon” Alt Ölçeği Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 16’da verilmiştir. Premenstrüel sendromu olan katılımcıların %100’ünde psşik izolasyon oranının “çok” olduğu görülmüştür.

4.17. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini anlamak için yapılan normallik testi verileri Tablo 4’de verilmiştir.

Premenstrüel sendrom olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutları için yapılan normallik testine göre alt boyutların normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 10. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Normallik Testi

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	,910	160	,000
Mizah	,902	160	,000
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	,932	160	,000
Madde Kullanımı	,579	160	,000
Kabullenme	,939	160	,000
Diğer Etkinlikleri Bırakma	,935	160	,000
Dine Yönelme	,886	160	,000
Yadsıma	,854	160	,000
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	,839	160	,000
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	,950	160	,000
Kendini Sınırlandırma	,948	160	,000
Olumlu Yeniden Yorumlama	,930	160	,000
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	,948	160	,000
Planlama	,912	160	,000

4.18. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 18’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “araçsal sosyal destek kullanımı” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 105 kişi (%65,6), uygulamayanların sayısı 55 kişi (%34,4) olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Uygulamıyor	n	55	,212	,645
		%	34,4%		
	Uyguluyor	n	105		
		%	65,6%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.19. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Mizah Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 19’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “mizah” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 46 kişi (%28,8), uygulamayanların sayısı 114 kişi (%71,2) olduğu bulunmuştur.

Tablo 12. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Mizah Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Mizah	Uygulamıyor	N	114	,033	,856
		%	71,3%		
	Uyguluyor	N	46		
		%	28,8%		
Total		N	160		
		%	100,0%		

4.20. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 20’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “duygulara odaklanma ve ortaya koyma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 94 kişi (%58,8), uygulamayanların sayısı 66 kişi (%41,2) olduğu bulunmuştur.

Tablo 13. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

			χ^2	p	
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Uygulamıyor	n	66	1,696	,193
		%	41,2%		
	Uyguluyor	n	94		
		%	58,8%		
Total	n	160			
	%	100,0%			

4.21. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Madde Kullanımı” Başa Çıkma Stratejisinin Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 21’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “madde kullanımı” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 7 kişi (%4,4), uygulamayanların sayısı 153 kişi (%95,6) olduğu bulunmuştur.

Tablo 14. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Madde Kullanım” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Madde Kullanımı	Uygulamıyor	n	153	,019 ^a	,889
		%	95,6%		
	Uyguluyor	n	7		
		%	4,4%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.22. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kabullenme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 22’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “kabullenme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 89 kişi (%55,6), uygulamayanların sayısı 71 kişi (%44,4) olduğu bulunmuştur.

Tablo 15. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kabullenme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Kabullenme	Uygulamıyor	n	71	,236	,627
		%	44,4%		
	Uyguluyor	n	89		
		%	55,6%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.23. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Diğer Etkinlikleri Bırakma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 23’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “diğer etkinlikleri bırakma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 61 kişi (%38,1), uygulamayanların sayısı 99 kişi (%61,9) olduğu bulunmuştur.

Tablo 16. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Diğer Etkinlikleri Bırakma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	P
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Uygulamıyor	n	99	,924	,336
		%	61,9%		
	Uyguluyor	n	61		
		%	38,1%		
Total	n	160			
	%	100,0%			

4.24. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Dine Yönelim” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 24’te verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “dine yönelme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 101 kişi (%63,1), uygulamayanların sayısı 59 kişi (%36,9) olduğu bulunmuştur.

Tablo 17. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Dine Yönelim” Başa Çıkma Stratejisi Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Dine Yönelme	Uygulamıyor	N	59	,002 ^a	,961
		%	36,9%		
	Uyguluyor	N	101		
		%	63,1%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.25. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Yadsıma” Başa Çıkma Stratejileri Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendrom olma durumunun Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 25’te verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “yadsıma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 18 kişi (%11,2), uygulamayanların sayısı 142 kişi (%88,8) olduğu bulunmuştur.

Tablo 18. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Yadsıma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Yadsıma	Uygulamıyor	n	142	1,642	,200
		%	88,8%		
	Uyguluyor	n	18		
		%	11,2%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.26. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Davranışsal Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 26’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “davranışsal olarak ilişkiyi kesme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 15 kişi (%9,4), uygulamayanların sayısı 145 kişi (%90,6) olduğu bulunmuştur

Tablo 19. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Davranışsal Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Davranışsal Olarak İlgili Kesme	Uygulamıyor	n	145	5,147 ^a	,023
		%	90,6%		
	Uyguluyor	n	15		
		%	9,4%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.27. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Zihinsel Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 27’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “zihinsel olarak ilişkiyi kesme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 53 kişi (%33,1), uygulamayanların sayısı 107 kişi (%66,9) olduğu bulunmuştur.

Tablo 20. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Zihinsel Olarak İlişkiyi Kesme” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	P
Zihinsel Olarak İlişkiyi Kesme	Uygulamıyor	n	107	1,251	,263
		%	66,9%		
	Uyguluyor	n	53		
		%	33,1%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.28. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kendini Sınırlandırma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 28’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “kendini sınırlandırma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 63 kişi (%39,4), uygulamayanların sayısı 97 kişi (%60,6) olduğu bulunmuştur.

Tablo 21. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Kendini Sınırlandırma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	P
Kendini Sınırlandırma	Uygulamıyor	n	97	,011	,916
		%	60,6%		
	Uyguluyor	n	63		
		%	39,4%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.29. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Olumlu Yeniden Yorumlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 29’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “olumlu yeniden yorumlama” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 95 kişi (%59,4), uygulamayanların sayısı 65 kişi (%40,6) olduğu bulunmuştur.

Tablo 22. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Olumlu Yeniden Yorumlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Olumlu Yeniden Yorumlama	Uygulamıyor	n	65	,005 ^a	,944
		%	40,6%		
	Uyguluyor	n	95		
		%	59,4%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.30. Premenstrüel Sendromu Olanların “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Premenstrüel sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 30’da verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “duygusal sosyal destek kullanma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 67 kişi (%41,9), uygulamayanların sayısı 93 kişi (%58,1) olduğu bulunmuştur.

Tablo 23. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Uygulamıyor	n	93	,450	,503
		%	58,1%		
	Uyguluyor	n	67		
		%	41,9%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.31. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Planlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

Katılımcıların Premenstrüel sendrom olma durumunun Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutları açısından analiz edilebilmesi için verilere ki kare uygulanmış, sonuçları Tablo 31’de verilmiştir.

Premenstrüel sendromu olan kadınlardan “duygulara odaklanma ve ortaya koyma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 119 kişi (%74,4), uygulamayanların sayısı 41 kişi (%25,6) olduğu bulunmuştur.

Tablo 24. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların “Planlama” Başa Çıkma Stratejisinin Kullanım Dağılımları ve Yüzdeleri

				χ^2	p
Planlama	Uygulamıyor	n	41	,159	,690
		%	25,6%		
	Uyguluyor	n	119		
		%	74,4%		
Total		n	160		
		%	100,0%		

4.32. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Yaş Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının yaş açısından değerlendirilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmış, sonuçları Tablo 5’de verilmiştir.

Farklı yaştaki Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Dine Yönelme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde 25 yaş ve altı olanlarda “Dine Yönelme” en fazla iken; 31 yaş ve üstü olanlarda en az olduğu görülmektedir.



Tablo 25. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Yaş Açısından İncelenmesi

	Yaş	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	25 yaş ve altı	61	71,98	5,131	,077
	26-30 yaş arası	61	89,54		
	31 yaş ve üstü	36	75,22		
Mizah	25 yaş ve altı	61	77,57	0,620	,734
	26-30 yaş arası	61	78,42		
	31 yaş ve üstü	36	84,61		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	25 yaş ve altı	61	80,89	0,710	,701
	26-30 yaş arası	61	81,37		
	31 yaş ve üstü	36	73,97		
Madde Kullanımı	25 yaş ve altı	61	80,43	0,352	,839
	26-30 yaş arası	61	80,41		
	31 yaş ve üstü	36	76,39		
Kabullenme	25 yaş ve altı	61	76,25	0,740	,691
	26-30 yaş arası	61	83,19		
	31 yaş ve üstü	36	78,75		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	25 yaş ve altı	61	74,98	2,614	,271
	26-30 yaş arası	61	86,70		
	31 yaş ve üstü	36	74,96		
Dine Yönelme	25 yaş ve altı	61	93,21	9,423	,009
	26-30 yaş arası	61	72,14		
	31 yaş ve üstü	36	68,74		
Yadsıma	25 yaş ve altı	61	82,67	3,813	,149
	26-30 yaş arası	61	71,24		
	31 yaş ve üstü	36	88,13		
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	25 yaş ve altı	61	84,98	1,539	,463
	26-30 yaş arası	61	76,14		
	31 yaş ve üstü	36	75,92		
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	25 yaş ve altı	61	75,57	1,016	,602
	26-30 yaş arası	61	80,21		
	31 yaş ve üstü	36	84,94		
Kendini Sınırlandırma	25 yaş ve altı	61	75,27	0,991	,609
	26-30 yaş arası	61	81,06		
	31 yaş ve üstü	36	84,03		
Olumlu Yeniden Yorumlama	25 yaş ve altı	61	72,51	3,235	,198
	26-30 yaş arası	61	80,81		
	31 yaş ve üstü	36	89,13		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	25 yaş ve altı	61	79,20	0,202	,904
	26-30 yaş arası	61	81,24		
	31 yaş ve üstü	36	77,07		
Planlama	25 yaş ve altı	61	72,51	2,513	,285
	26-30 yaş arası	61	83,30		
	31 yaş ve üstü	36	84,90		

4.33. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Medeni Durum Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının medeni durum açısından analiz edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmış, sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Medeni durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde bekar olanlarda “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” en fazla iken evlilerde en az olduğu görülmektedir.



Tablo 26. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Medeni Durum Açısından İncelenmesi

	Medeni Durum	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Bekâr	74	77,84	2,160	,340
	Evli	56	75,17		
	İlişkisi var	27	90,11		
Mizah	Bekâr	74	75,41	1,029	,598
	Evli	56	81,05		
	İlişkisi var	27	84,59		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Bekâr	74	86,24	6,743	,034
	Evli	56	66,60		
	İlişkisi var	27	84,87		
Madde Kullanımı	Bekâr	74	79,49	2,047	,359
	Evli	56	74,70		
	İlişkisi var	27	86,57		
Kabullenme	Bekâr	74	80,85	0,243	,885
	Evli	56	77,18		
	İlişkisi var	27	77,70		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Bekâr	74	81,64	0,527	,768
	Evli	56	76,08		
	İlişkisi var	27	77,83		
Dine Yönelme	Bekâr	74	82,95	1,823	,402
	Evli	56	72,59		
	İlişkisi var	27	81,46		
Yadsıma	Bekâr	74	78,98	2,573	,276
	Evli	56	84,38		
	İlişkisi var	27	67,91		
Davranışsal Olarak İlgii Kesme	Bekâr	74	77,16	0,445	,800
	Evli	56	82,12		
	İlişkisi var	27	77,59		
Zihinsel Olarak İlgii Kesme	Bekâr	74	80,80	1,732	,421
	Evli	56	73,23		
	İlişkisi var	27	86,02		
Kendini Sınırlandırma	Bekâr	74	76,80	2,897	,235
	Evli	56	86,37		
	İlişkisi var	27	69,76		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Bekâr	74	78,26	0,334	,846
	Evli	56	81,49		
	İlişkisi var	27	75,87		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Bekâr	74	78,27	1,741	,419
	Evli	56	75,24		
	İlişkisi var	27	88,80		
Planlama	Bekâr	74	78,76	2,440	,295
	Evli	56	73,98		
	İlişkisi var	27	90,06		

4.34. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının çalışma durumu açısından analiz edilebilmesi için verilere Mann Whitney U testi uygulanmış, sonuçları Tablo 7’de verilmiştir.

Çalışma durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Kabullenme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde çalışanlarda “Kabullenme” başa çıkma stratejisinin çalışmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışma durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Planlama” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde çalışanlarda “Planlama” başa çıkma stratejisinin çalışmayanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 27. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu Açısından İncelenmesi

	Çalışma Durumu	n	Sıra Ort.	U	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Evet	121	81,33	1896,500	,229
	Hayır	36	71,18		
Mizah	Evet	121	78,64	2135,000	,854
	Hayır	36	80,19		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Evet	121	81,83	1835,500	,145
	Hayır	36	69,49		
Madde Kullanımı	Evet	121	77,92	2047,000	,482
	Hayır	36	82,64		
Kabullenme	Evet	121	83,13	1678,500	,034
	Hayır	36	65,13		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Evet	121	81,97	1818,500	,123
	Hayır	36	69,01		
Dine Yönelme	Evet	121	76,80	1911,500	,256
	Hayır	36	86,40		
Yadsıma	Evet	121	76,99	1935,000	,294
	Hayır	36	85,75		
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Evet	121	76,39	1862,000	,169
	Hayır	36	87,78		
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Evet	121	82,26	1784,000	,093
	Hayır	36	68,06		
Kendini Sınırlandırma	Evet	121	80,83	1956,000	,342
	Hayır	36	72,83		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	121	80,35	2014,500	,483
	Hayır	36	74,46		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Evet	121	78,21	2083,000	,684
	Hayır	36	81,64		
Planlama	Evet	121	82,78	1721,000	,048
	Hayır	36	66,31		

4.35. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının eğitim durumu açısından analiz edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmış, sonuçları Tablo 8’de verilmiştir.

Eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Dine Yönelme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde lise ve altı okul mezunu olanlarda “Dine Yönelme” en fazla iken; yüksek lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Yadsıma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde lise ve altı okul mezunu olanlarda “Yadsıma” en fazla iken; yüksek lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde lise ve altı okul mezunu olanlarda “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” en fazla iken; yüksek lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Kendini Sınırlandırma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde lise ve altı okul mezunu olanlarda “Kendini Sınırlandırma” en fazla iken; yüksek lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Tablo 28. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

	Eğitim Durumu	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Lise ve altı	17	75,09	1,851	,396
	Ön lisans-lisans	95	76,65		
	Yüksek lisans	46	87,01		
Mizah	Lise ve altı	17	77,76	0,849	,654
	Ön lisans-lisans	95	82,08		
	Yüksek lisans	46	74,80		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Lise ve altı	17	74,88	2,468	,291
	Ön lisans-lisans	95	76,09		
	Yüksek lisans	46	88,24		
Madde Kullanımı	Lise ve altı	17	83,00	0,202	,904
	Ön lisans-lisans	95	79,37		
	Yüksek lisans	46	78,47		
Kabullenme	Lise ve altı	17	84,18	0,207	,902
	Ön lisans-lisans	95	78,94		
	Yüksek lisans	46	78,92		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Lise ve altı	17	90,21	1,106	,575
	Ön lisans-lisans	95	78,25		
	Yüksek lisans	46	78,13		
Dine Yönelme	Lise ve altı	17	102,88	12,162	,002
	Ön lisans-lisans	95	83,63		
	Yüksek lisans	46	62,34		
Yadsıma	Lise ve altı	17	98,29	11,155	,004
	Ön lisans-lisans	95	84,43		
	Yüksek lisans	46	62,37		
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Lise ve altı	17	101,44	9,698	,008
	Ön lisans-lisans	95	82,60		
	Yüksek lisans	46	64,99		
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Lise ve altı	17	67,71	1,387	,500
	Ön lisans-lisans	95	81,61		
	Yüksek lisans	46	79,51		
Kendini Sınırlandırma	Lise ve altı	17	120,44	16,099	,000
	Ön lisans-lisans	95	75,43		
	Yüksek lisans	46	72,78		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Lise ve altı	17	72,76	0,647	,724
	Ön lisans-lisans	95	81,51		
	Yüksek lisans	46	77,84		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Lise ve altı	17	87,29	0,602	,740
	Ön lisans-lisans	95	78,18		
	Yüksek lisans	46	79,35		
Planlama	Lise ve altı	17	76,41	1,976	,372
	Ön lisans-lisans	95	76,32		
	Yüksek lisans	46	87,22		

4.36. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Anne Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının annenin eğitim durumu açısından analiz edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmış, sonuçları Tablo 9’da verilmiştir.

Annesinin eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Madde Kullanımı” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde annesi yüksek lisans mezunu olanlarda “Madde Kullanımı” en fazla iken; ortaokul mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Annesinin eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Dine Yönelme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde annesi ortaokul mezunu olanlarda “Dine Yönelme” en fazla iken; ön lisans-lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Annesinin eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Yadsıma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde annesi lise mezunu olanlarda “Yadsıma” en fazla iken; doktora ve üstü mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Annesinin eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde annesi yüksek lisans mezunu olanlarda “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” en fazla iken; ön lisans mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Annesinin eğitim durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Kendini Sınırlandırma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde annesi okuryazar ya da ilkokul mezunu olanlarda “Kendini Sınırlandırma” en fazla iken; doktora ve üstü mezunu olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Tablo 29. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Anne Eğitim Durumu Açısından İncelenmesi

	Anne eğitim durumu	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Okuryazar/İlkokul	10	67,35	6,186	,289
	Ortaokul	49	78,22		
	Lise	27	74,93		
	Ön lisans-lisans	44	77,47		
	Yüksek lisans	13	107,19		
	Doktora ve üstü	15	81,97		
Mizah	Okuryazar/İlkokul	10	85,80	2,644	,755
	Ortaokul	49	78,54		
	Lise	27	84,13		
	Ön lisans-lisans	44	83,48		
	Yüksek lisans	13	68,73		
	Doktora ve üstü	15	67,77		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Okuryazar/İlkokul	10	102,60	5,321	,378
	Ortaokul	49	76,95		
	Lise	27	75,94		
	Ön lisans-lisans	44	80,65		
	Yüksek lisans	13	91,04		
	Doktora ve üstü	15	65,47		
Madde Kullanımı	Okuryazar/İlkokul	10	80,95	12,262	,031
	Ortaokul	49	66,73		
	Lise	27	89,22		
	Ön lisans-lisans	44	84,70		
	Yüksek lisans	13	95,27		
	Doktora ve üstü	15	73,80		
Kabullenme	Okuryazar/İlkokul	10	98,40	6,820	,234
	Ortaokul	49	77,19		
	Lise	27	71,48		
	Ön lisans-lisans	44	85,26		
	Yüksek lisans	13	91,54		
	Doktora ve üstü	15	61,53		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Okuryazar/İlkokul	10	86,70	1,929	,859
	Ortaokul	49	82,26		
	Lise	27	79,91		
	Ön lisans-lisans	44	79,52		
	Yüksek lisans	13	78,73		
	Doktora ve üstü	15	65,57		
Dine Yönelme	Okuryazar/İlkokul	10	97,05	21,321	,001
	Ortaokul	49	98,11		
	Lise	27	81,72		
	Ön lisans-lisans	44	57,35		
	Yüksek lisans	13	72,19		
	Doktora ve üstü	15	74,30		

	Anne eğitim durumu	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Yadsıma	Okuryazar/İlkokul	10	92,20	12,804	,025
	Ortaokul	49	74,36		
	Lise	27	104,00		
	Ön lisans-lisans	44	72,92		
	Yüksek lisans	13	79,23		
	Doktora ve üstü	15	63,27		
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Okuryazar/İlkokul	10	90,55	13,296	,021
	Ortaokul	49	84,02		
	Lise	27	84,35		
	Ön lisans-lisans	44	60,25		
	Yüksek lisans	13	100,42		
	Doktora ve üstü	15	86,97		
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Okuryazar/İlkokul	10	84,80	1,582	,903
	Ortaokul	49	80,99		
	Lise	27	81,44		
	Ön lisans-lisans	44	73,26		
	Yüksek lisans	13	88,08		
	Doktora ve üstü	15	78,47		
Kendini Sınırlandırma	Okuryazar/İlkokul	10	122,10	14,152	,015
	Ortaokul	49	69,50		
	Lise	27	84,89		
	Ön lisans-lisans	44	82,59		
	Yüksek lisans	13	81,42		
	Doktora ve üstü	15	63,33		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Okuryazar/İlkokul	10	78,95	2,995	,701
	Ortaokul	49	76,72		
	Lise	27	84,70		
	Ön lisans-lisans	44	84,33		
	Yüksek lisans	13	81,46		
	Doktora ve üstü	15	63,70		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Okuryazar/İlkokul	10	63,25	3,095	,685
	Ortaokul	49	77,05		
	Lise	27	78,81		
	Ön lisans-lisans	44	81,48		
	Yüksek lisans	13	94,77		
	Doktora ve üstü	15	80,53		
Planlama	Okuryazar/İlkokul	10	78,65	2,505	,776
	Ortaokul	49	78,70		
	Lise	27	73,54		
	Ön lisans-lisans	44	87,53		
	Yüksek lisans	13	70,73		
	Doktora ve üstü	15	77,43		

4.37. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Sosyoekonomik Durum Açısından İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutlarının sosyo ekonomik durum açısından analiz edilebilmesi için verilere tek yönlü varyans analizi uygulanmış, sonuçları Tablo 13’de verilmiştir.

Sosyo ekonomik durumu farklı Premenstrüel sendrom olan katılımcılar arasında “Kendini Sınırlandırma” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde geliri 3001-5000 TL arası olanlarda “Kendini Sınırlandırma” en fazla iken; 1001-3000 TL arası olanlarda en az olduğu görülmüştür.

Tablo 30. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutlarının Sosyo Ekonomik Durum Açısından İncelenmesi

	Sosyoekonomik Durum	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	75,85	,583	,900
	1001 – 3000	77	73,53		
	3001 - 5000	45	73,26		
	5001 TL ve üstü	16	81,84		
Mizah	Asgari ücret ve altı- 1000	10	93,50	2,281	,516
	1001 – 3000	77	72,90		
	3001 - 5000	45	74,28		
	5001 TL ve üstü	16	70,94		
Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	56,60	5,155	,161
	1001 – 3000	77	70,52		
	3001 - 5000	45	84,67		
	5001 TL ve üstü	16	76,25		
Madde Kullanımı	Asgari ücret ve altı- 1000	10	69,45	2,267	,519
	1001 – 3000	77	77,40		
	3001 - 5000	45	74,31		
	5001 TL ve üstü	16	64,25		
Kabullenme	Asgari ücret ve altı- 1000	10	75,90	6,941	,074
	1001 – 3000	77	66,06		
	3001 - 5000	45	83,94		
	5001 TL ve üstü	16	87,66		
Diğer Etkinlikleri Bırakma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	68,25	2,058	,560
	1001 – 3000	77	78,66		
	3001 - 5000	45	68,18		
	5001 TL ve üstü	16	76,16		

	Sosyoekonomik Durum	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Dine Yönelme	Asgari ücret ve altı- 1000	10	99,20	4,459	,216
	1001 – 3000	77	72,04		
	3001 - 5000	45	70,88		
	5001 TL ve üstü	16	81,09		
Yadsıma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	86,55	1,717	,633
	1001 – 3000	77	73,71		
	3001 - 5000	45	70,67		
	5001 TL ve üstü	16	81,53		
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	Asgari ücret ve altı- 1000	10	67,15	1,695	,638
	1001 – 3000	77	77,15		
	3001 - 5000	45	69,39		
	5001 TL ve üstü	16	80,72		
Zihinsel Olarak İlgiyi Kesme	Asgari ücret ve altı- 1000	10	68,40	,410	,938
	1001 – 3000	77	75,65		
	3001 - 5000	45	72,88		
	5001 TL ve üstü	16	77,34		
Kendini Sınırlandırma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	67,70	8,547	,036
	1001 – 3000	77	65,93		
	3001 - 5000	45	87,48		
	5001 TL ve üstü	16	83,50		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Asgari ücret ve altı- 1000	10	78,60	,251	,969
	1001 – 3000	77	73,17		
	3001 - 5000	45	76,16		
	5001 TL ve üstü	16	73,69		
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	Asgari ücret ve altı- 1000	10	75,10	1,148	,765
	1001 – 3000	77	72,32		
	3001 - 5000	45	74,49		
	5001 TL ve üstü	16	84,63		
Planlama	Asgari ücret ve altı- 1000	10	73,80	,876	,831
	1001 – 3000	77	74,39		
	3001 - 5000	45	71,80		
	5001 TL ve üstü	16	83,06		

4.38. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Premenstrüel Sendromu olan kadınların Benlik Saygısı Ölçeği alt boyutları ile Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutları ile arasındaki anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını anlamak amacıyla korelasyon uygulanmıştır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanma” puanı ile “Psşik İzolasyon” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Mizah” puanı ile Benlik Saygısı ve “Psikosomatik Belirtiler” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Madde Kullanımı” puanı ile “Benlik Saygısı” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Kabullenme” puanı ile “Psikosomatik Belirtiler” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Yadsıma” puanı ile “Psşik İzolasyon” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” puanı ile “İnsanlara Güvenme”, “Depresif Duygulanım” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; “Psşik İzolasyon” puanı arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Kendini Sınırlandırma” puanı ile “Psikosomatik Belirtiler” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Olumlu Yeniden Yorumlama” puanı ile “İnsanlara Güvenme”, “Kendilik Kavramının Sürekliliği”, “Depresif Duygulanım”, “Tartışmalara Katılma Derecesi” ve “Psşik İzolasyon” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; “Eleştiriye Duyarlılık” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” puanı ile “Benlik Saygısı”, “Depresif Duygulanım”, “Psikosomatik Belirtiler” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Premenstrüel Sendromu olan kadınların “Planlama” puanı ile “Benlik Saygısı” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; “Psşik İzolasyon” puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır



Tablo 31. Premenstrüel Sendromu Olan Kadınların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Alt Boyutları ile Benlik Saygısı Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Benlik Saygısı	Kendilik Kavramının Sürekliliği	İnsanlara Güvenme	Eleştiriye Duyarlılık	Depresif Duygulanım	Hayalperestlik	Psikosomatik Belirtiler	Kişilerarası İlişki Tehdit Hissetme	Tartışmalara Katılma Derecesi	Ana-Baba İlgisi	Babayla İlişki	Psşik İzolasyon
Araçsal Sosyal Destek Kullanma	rho	,095	-,114	-,033	,032	,004	,139	-,005	,050	-,023	,071	,123	,212**
	p	,234	,152	,676	,689	,959	,080	,952	,532	,777	,372	,122	,007
Mizah	rho	-,162*	,000	-,005	-,090	,132	-,104	-,237**	-,044	-,082	-,118	-,008	,042
	p	,041	,996	,948	,257	,096	,190	,003	,583	,302	,136	,924	,595
Madde Kullanımı	rho	-,196*	-,018	-,032	,077	-,059	-,056	-,034	,048	-,094	-,117	-,044	-,094
	p	,013	,822	,686	,334	,458	,483	,669	,544	,238	,140	,585	,235
Kabullenme	rho	,035	,113	,030	,012	,001	,065	,223**	,031	-,052	-,091	-,043	,056
	p	,664	,157	,709	,885	,986	,412	,005	,695	,514	,251	,591	,483
Yadsıma	rho	-,068	-,094	-,131	-,088	-,055	-,152	-,177*	-,079	-,072	-,010	-,048	-,213**
	p	,392	,235	,098	,268	,493	,055	,025	,318	,363	,895	,546	,007
Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme	rho	-,144	-,147	-,168*	,065	-,219**	-,147	-,028	-,033	-,202*	,110	-,027	-,394**
	p	,068	,064	,034	,416	,005	,063	,724	,677	,010	,168	,732	,000
Kendini Sınırlandırma	rho	,050	,051	-,058	-,085	-,053	,006	,183*	,005	-,016	-,028	-,045	,001
	p	,531	,519	,466	,286	,507	,943	,020	,949	,843	,730	,576	,993
Olumlu Yeniden Yorumlama	rho	,106	,232**	,129	-,273**	,202*	-,155	-,020	-,051	,206**	-,140	-,016	,197*
	p	,183	,003	,104	,000	,010	,051	,801	,525	,009	,078	,843	,013
Duygusal Sosyal Destek Kullanma	rho	-,181*	-,009	-,050	,070	-,156*	,045	-,204**	,060	-,190*	,082	,008	,024
	p	,022	,908	,530	,379	,049	,575	,010	,451	,016	,301	,925	,763
Planlama	rho	,171*	,093	,145	-,078	,117	,069	,052	,012	,230**	-,035	,060	,324**
	p	,031	,245	,067	,329	,139	,389	,517	,877	,003	,657	,451	,000

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu araştırmada Premenstrüel Sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları incelenmiş ve başa çıkma stratejileri ile karşılaştırması yapılmıştır. Bunun yanında çalışmanın sınırlılıkları yazılmış ve daha sonra yapılabilecek araştırmalara örnek teşkil etmesi için öneriler yazılmıştır.

Araştırmanın asıl amacı olarak katılımcılara “Premenstrüel Değerlendirme Formu”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ve “Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği” uygulanarak elde edilen verilerin analizi yapılarak sonuçların ortaya koyulmasıdır.

Premenstrüel Sendrom Formu katılımcıların adet öncesindeki yaklaşık 10-12 gününü kapsayan psikolojik, fiziksel ve biyolojik açıdan değerlendirme amacıyla doldurulan bir ölçektir.

Araştırmada 18-40 yaş arası 211 kişi ile çalışılmış, sosyodemografik formda kişilerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik ve iş durumları sorulmuştur. Ayrıca ebeveynlerinin bazı durumlarını anlamaya yönelik hayatta olup olmadıkları, iş, eğitim durumları da sorgulanmıştır. Katılımcıların ailesinin herhangi bir psikiyatrik tanısının bulunması çalışmayı etkileyebilecek unsurlar arasında olduğu varsayılarak sosyodemografik formunda bu tarz sorulara da yer verilmiştir. Fakat psikiyatrik tanıya sahip katılımcıların az olması sebebiyle araştırma içerisinde bu başlığa değinilememiştir.

Premenstrüel sendromu olan 160 kadının yaş açısından dağılımını bakıldığında; 25 yaş ve altı 61 kişi (%38,6), 26-30 yaş arası 61 kişi (%38,6), 31 yaş ve üzeri 36 kişi (%22,8) olduğu belirtilmiştir. Yaş dağılımından alınan sonuçlar literatürle desteklenebilmektedir. Premenstrüel Sendrom belirtilerinin yaşlar arasındaki oranı 25–35 yaş arasındaki kadınlarda görülme oranı daha fazla olup bu sendromun düzeyi yaşla orantılı bir şekilde artmaktadır sadece menopoz sürecine yaklaşıldığında azalmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007).

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında bekâr olanların sayısı 74 kişi (%47,1), evli olanların sayısı 56 kişi (%35,7), ilişkisi olanların sayısı 27 kişi (%17,2) olduğu belirtilmiştir. Bekar olan katılımcılar, evli olan ve ilişkisi olan katılımcılara oranla daha fazla Premenstrüel sendrom yaşamaktadır. Özeren ve arkadaşlarının 2013'de yaptığı bir çalışmada medeni durumun Premenstrüel sendromuna etkisine bakıldığında evli kadınlara göre bekâr ve boşanmış olan kadınlardan daha fazla Premenstrüel sendrom yaşamaktadır. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların evli veya ilişkisi olması durumlarında yaşadıkları sendromla ilgili eş veya partnerlerinden destek görerek süreci kolay atlatabildikleri düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumları açısından dağılımları incelendiğinde lise mezunu olanların sayısı 16 kişi (%10,1), ön-lisans ve lisans mezunu olanların sayısı 95 kişi (%60,1), yüksek lisans mezunu olanların sayısı 46 kişi (%29,1) olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların yaş dağılımları ile eğitim durumu dağılımları birbirine yakın olduğu görülmekte, yaş grubu olarak ön lisans ve lisans mezunları yaş dağılımına karşılık gelmektedir. Ogur (2004), eğitim düzeyleri ile Premenstrüel sendrom ilişkisine dair yaptığı araştırmasında lisans mezunlarının ilkökul mezunlarına göre çok PMS yaşadığı ve lisans mezunlarının depresif duygulanım, agresiflik, kilo, uyku değişimleri ve su tutulumu alt boyut puanlarının ve toplamının ilkökul mezunlarına göre yüksek ve anlamlı olduğunu aktarmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların ilkökul mezunlarına göre daha fazla Premenstrüel sendrom yaşamaları, sendromun belirtileri ile alakalı farkındalıklarının yüksek olması olarak değerlendirilebilir. Kadınların sendromla ilgili farkındalıkları arttıkça birey bu belirtileri ile ilgili bilgi almak için araştırma yapması, konu ile ilgili tedavi arayışı içine girmesi gibi durumlar ile bilgisini de arttıracak etkinliklerde bulunabilirler.

Çalışıp çalışmama durumuna göre katılımcıların Premenstrüel sendromu olan kadınların durumlarına bakıldığında çalışanların sayısı 121 kişi (%77,1), çalışmayanların sayısı 36 kişi (%22,9) oranında olduğu görülmektedir. Çalışan katılımcıların çalışmayan katılımcılara göre daha fazla Premenstrüel sendrom yaşadığı görülmektedir. Ogur

2004'de çalışan hemşire ve öğretmenlerde iş stresinin PMS üzerindeki etkisini öğrenmek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışan grubun depresif duygulanım, kilo ve uyku değişimleri, su tutulumu alt boyutlarının ve puan toplamlarının çalışmayan gruba göre yüksek olduğunu aktarmıştır. Çalışma durumunun Premenstrüel sendrom üzerinde etkisini gösteren çalışmalar araştırmayı destekler olduğu görülmüştür. Çalışan kadınların Premenstrüel sendrom döngüsüne denk geldiğinde sendromun etkisiyle yaşanan stres ile iş stresi birleşerek kadınların günlük hayatlarında işlevselliğini etkileyecek düzeyde olduğu düşünülmektedir.

Sosyoekonomik duruma göre araştırmaya katılan kadınların dağılımlarına bakıldığında düşük sosyoekonomik düzeyde olanların sayısı 10 kişi (%6,8), orta sosyoekonomik düzeyde olanların sayısı 122 kişi (% 82,4) ve yüksek sosyoekonomik düzeyde olanların sayısı 16 kişi (%10,8) olduğu belirtilmiştir. Çatakoğlu (2016), çalışmasında katılımcıların sosyoekonomik durumlarını ekonomik durumu nasıl algıladıkları açısından değerlendirmiş orta/ kötü algılayanların sinirlilik, yorgunluk, agresyon, depresif duygudurum gibi alt boyutlar da ortalama değerlerinin ekonomik durumlarını iyi algılayanlara göre daha fazla olduğunu aktarmıştır. Sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan kadınların Premenstrüel sendromu yaşama oranı daha fazla olduğu görülmektedir. Taghizadeh ve arkadaşlarına göre Tahran'da yapılan bir araştırmada orta düzeyde sosyoekonomik durumda olan kadınların %62.22'si orta düzeyde , %8.89'u hafif düzeyde ve %28.89'u şiddetli düzeyde Premenstrüel sendrom yaşadıkları bulunmuştur (Çoşkun, 2012). Sosyoekonomik durum bireyin maddi anlamda sıkıntı yaşayıp yaşamadığına göre Premenstrüel sendromda farklılık gösterebilir, maddi sıkıntı yaşayan bireylerin Premenstrüel sendromu daha fazla yaşadığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan kadınların Premenstrüel sendromu olma durumuna nerede büyüdüğüne göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında metropolde büyüyenlerin sayısı 76 kişi (%48,7), şehirde büyüyenlerin sayısı 75 kişi (%48,1), kırsal kesim ve köyde büyüyenlerin sayısının 5 kişi (%3,2) olduğu belirtilmiştir Metropol ve şehirde doğup büyüyen katılımcıların geneli, kırsal kesim ve köyde büyüyenlere göre Premenstrüel sendromu daha fazla yaşamakta olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların annelerinin eğitim durumuna göre Premenstrüel sendrom olma durum dağılımlarına bakıldığında ortaokul mezunu olan annelerin sayısı 49 kişi (%31,0), ön-lisans ve lisans mezunu annelerin sayısı 44 kişi (%27,8); babalarının eğitim durumuna göre dağılımlar ise ön-lisans ve lisans mezunu olan babaların sayısı 52 kişi (%32,9) doktora ve üstü mezunu olan babaların sayısı 40 kişi (%25,3) olduğu belirtilmiştir.

Erbil ve ark. (2011), evli kadınların Premenstrüel sendromunu etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmasında Premenstrüel sendromun görülme sıklığı ile annenin akademik düzeyinin düşük olması ($p=0.024$) arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Pınar ve arkadaşlarına göre üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri araştırmalarında anne-babalarının akademik düzeyi ve ekonomik geliri arttıkça kişilerin Premenstrüel sendrom yaşama oranları da doğru orantılı olarak azaldığı görülmüştür (Çoşkun, 2012). Anne ve babalarının eğitim düzeyleri arttıkça kadınlarda Premenstrüel sendrom yaşama oranlarının azaldığı gözlemlenmiş; anne ve babaları bilinçli olan bireylerin çocukları ebeveynleri tarafından bilgilendirilip; farkındalıklarını arttıran bir aile yapısına sahip olarak sendromla daha iyi başa çıkabildikleri düşünülmektedir.

Katılımcıların annelerinin çalışma durumuna göre Premenstrüel sendrom olma durum dağılımlarına bakıldığında ise annesi çalışanların sayısı 33 kişi (%21,0), annesi çalışmayanların sayısı 124 kişi (%79,0); babalarının çalışma durumuna göre dağılımlar ise babası çalışanların sayısı 107 kişi (%70,4), babası çalışmayanların sayısı 45 kişi (%29,6) olduğu belirtilmiştir. Arıöz ve Ege (2013), çalışmalarında deney ve kontrol grubu olmak üzere iki grup üzerinden öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini incelemiş ve baba çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğunu bulmuştur. ($p<0,05$). Anne ve babaların çalışma durumuna göre Premenstrüel sendrom incelendiğinde anne ve babayı ayrı ayrı değerlendirmek gerekmektedir. Özellikle sendromun kadınlar üzerindeki etkisi düşünüldüğünde anne tarafından alınan destek ile baba tarafından alınacak destek farklılık göstermektedir. Dolayısıyla annesi çalışan kadınların sendromla başa çıkma kapasiteleri annesi çalışmayanlara oranla daha az olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Anne ve babalarının boşanma durumuna göre katılımcıların Premenstrüel sendrom olma durumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakıldığında anne ve babası boşanmış olanların sayısı 6 kişi (% 11,8), Premenstrüel sendrom yaşama oranı anne ve babası boşanmış olanların sayısı 23 kişi (%14,6) göre daha az sayıda olduğu bulunmuştur.

Kardeş sayısı ve Premenstrüel sendrom olma durumları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına bakıldığında Premenstrüel sendrom olan iki kardeşe sahip olanların sayısı 69 kişi (%46,3); Premenstrüel sendromu olan üç kardeşe sahip olanların sayısı 55 kişi (%36,9) olduğu belirtilmiştir. bulunmuştur. Premenstrüel sendrom olma durumu kardeş sayısına göre farklılık göstermektedir diyebiliriz.

Kaçıncı kardeş olduğu ve Premenstrüel sendrom olma durumuna bakıldığında ise Premenstrüel sendromu olan ve ilk çocuk olanların sayısı 76 kişi (% 54,3) olduğu belirtilmiştir. Kaçıncı kardeş olduğu bilgisi araştırmaya katılan Premenstrüel sendromu olan kadınların sendrom yaşamasında bir etken olmadığı düşünülmektedir.

Premenstrüel sendrom olma durumu ve psikiyatrik sorunlar arasındaki ilişkiye bakıldığında Premenstrüel sendrom olan katılımcılardan daha önce psikiyatrik tanısı olan tedavi görenlerin sayısı 11 kişi (%11,2) herhangi bir tanısı olmayan ve tedavi görmeyenlerin sayısı 135 kişi (%88,8) olduğu belirtilmiştir.

Kişilerin psikiyatrik bir tanı almaları ve bu durumun sonucunda bir tedavi görmelerinin Premenstrüel sendromu tetikleyen bir durum olmadığı düşünülmektedir.

Premenstrüel sendromun DSM-IV bulunduğu konum itibariyle duygudurum bozuklukları başlığı altında bulunması itibariyle sendromun belirtileri ile duygudurum başlığı altında ki patolojilerin belirtilerinin paralellik gösterdiği literatürde belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu patoloji bir durum kılan özellikler özellikle sendroma ait psikolojik belirtilerin yoğun görülmesi olduğu düşünülmektedir. Premenstrüel Disforik Bozuklukta Semptomatolojinin Adet Döngüsüyle İlişisine bakılan bir araştırmada, Premenstrüel Disforik Bozukluk ile psikopatoloji arasında ilişki olduğu görülmektedir. Bu araştırmada Premenstrüel Disforik Bozukluk tanısı almış kadınlarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların yaşam boyu prevalansını incelendiğinde majör depresyon için

% 70, panik bozukluğu için % 16, alkol bağımlılığını % 9, madde bağımlılığını % 7 ve özkıyım girişimini % 12 olarak bulunduğu görülmüştür. Bir başka araştırmada, depresyon geçirmiş kadınlar incelendiğinde % 62'sinde Premenstrüel disforik bozukluk belirtileriyle karşılaştığı ayrıca depresyon öyküsü bulunmayan kadınlarda ise bu oranın % 7 olduğunu görülmüştür (Danacı ve ark, 2001).

Araştırmada katılımcıların ilk adet kanama başlama yaşı ve adet kanama sürelerinin Premenstrüel sendroma göre farklılık gösterip gösterilmediğine bakıldığında Premenstrüel sendromu olan kadınların ilk adet kanama başlama yaşının $12,99 \pm 1,48$; adet kanamaları süresi (günü) $5,64 \pm 1,34$ olduğu belirtilmiştir. Balaha ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada erken başlayan adet yaşı, adeti düzenli görme ve ailede Premenstrüel sendrom öyküsü bulunma durumu sendromu yaşayanlar için olası risk faktörleri olduğu ve PMS ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Kıran'a göre adet kanamaları düzensiz ve sancılı geçenlerin Premenstrüel sendrom oranları yüksek düzeyde anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (Büyükbayrakdar, 2016). Adet kanamasının başlama yaşı ortalamalarına bakarak; ortalamadan önce başlayanlarda PMS'nin etkisinin geç başlayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Adet kanama günü sayısına bakıldığında Premenstrüel sendrom yaşayanların ortalama ($5,64 \pm 1,34$) gün olduğu baz alınarak sendromun etkisini daha uzun yaşadığı belirtilmiştir.

Katılımcıların adet kanama düzenleri ile Premenstrüel sendrom olma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında Premenstrüel sendromu olan kadınların adet kanaması her zaman düzenli olanların sayısı 77 kişi (%48,4), adet kanaması arada sırada dengesiz olanların sayısı 64 kişi (%40,3), adet kanama düzeni olamayanların sayısı 18 kişi (%11,3) olduğu belirtilmiştir.

Menstruasyon düzensizlikleri, organik ve hormonal nedenlere bağlı olabilmektedir. Organik kökenli menstruasyon düzensizlikleri, üreme organları ile ilgili çeşitli problemlerden kaynaklanmaktadır. Rahimde (Uterus) myom, polip, tümör veya over (yumurtalık) kisti gibi nedenlerden dolayı menstruasyonda düzensizlikler görülmektedir. Kadınlarda bu düzensizlik yaklaşık %25 sıklıkla görülür. Sadece

hormonal problemlere bağlı âdet düzensizlikleri ise yaklaşık %75 sıklıkla görölmektedir (MEGEP, 2012).

Kadınların yaşadığı menstruasyon dengesizliklerin organik ve hormonal temelli olması Premenstrüel sendrom sürecinde de etkisinin daha fazla yaşanabileceğini göstermektedir. Adet kanama düzeni olmayan kadınların her zaman düzenli olan ve arada sırada düzensiz olanlara göre daha fazla Premenstrüel sendrom yaşadığı belirtilmiştir.

Literatürde Premenstrüel sendromla ilgili çalışmalar bulunmasına karşın bu araştırmalar arasında Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları ile ilgili araştırmaların kısıtlı sayıda olduğu görölmüştür. Bu çalışmada Premenstrüel sendromun yaşandığı dönemde kadınların benlik saygıları açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığını anlamak adına benlik saygısı ölçeği alt boyutlarının normallik analizi yapılmış fakat normal dağılım göstermediği bulunmuştur ($p<0,05$).

Benlik saygısı ölçeği bize kişinin hem benlik saygısı hem de benlik saygısına ilişkin alanlarıyla ilgili bilgi vermektedir. Benlik saygısı, kişinin kendini olumlu veya olumsuz değerlendirmesi ile vardığı noktadaki kendilik onayı olup, kendini olduğundan aşağı ya da üstün olduğunu düşünmeksizin kendinden mutlu olma; diğerleri tarafından beğenilmeye ve sevmeye değer bulma; kendine güvenme olarak tanımlanabilmektedir. Dolayısıyla kişilerin kendileri hakkındaki olumlu beden algıları yüksek benlik saygısına, olumsuz beden algıları ise düşük benlik saygısına işaretir. Depresyon gibi duygudurum bozukluklarının da benlik saygısı ve sosyal görünüş kaygısı üzerine etki edebilen patolojik durumlar olduğu gözlenmiştir. Düşük benlik saygısını depresyonun duygusal açılımı olduğu, depresyonu olanlarda benlik saygısının düşük olduğu literatürde bildirilmektedir (Özcan ve ark, 2013). Premenstrüel Sendromun DSM-5'te duygudurum bozuklukları başlığı altında yer aldığı göz önüne alınarak yaşanan psikolojik ve depresif belirtilerin paralel olmasından dolayı Premenstrüel sendromun benlik saygısı üzerindeki etkisinin de paralellik gösterebileceği öngörülmüştür.

Premenstrüel sendromu olan kadınlara uygulanan benlik saygısı ölçeğinin alt boyutlarına yapılan analiz sonucunda Premenstrüel sendromu olan kişilerde benlik

saygısının “orta” düzeyde olduğu görülmüştür. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlar “orta” düzeyde benlik saygısı yaşamakta olduğu sonucu kişilerin bu dönemde kendilik algılarının ya da dışarıdan görünen kendileri için algılarının ortalama düzeyde olduğu, sendromun semptomlarını yaşarken benlik saygılarını stabilize edebilmeye çalıştıkları düşünülmektedir.

Benlik saygısı ölçeğinin diğer alt alanlarına baktığımızda ise Premenstrüel sendromu olan kadınların %100’ün kendilik kavramının sürekliliğinin “çok” olduğu bulunmuştur. İnsanlara güven duyma alt ölçeğinde “orta” olanların sayısı 119 kişi (%74,4) iken; “az” olanların sayısı 41 kişi (%25,6) olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların %100’ünün “eleştiriye duyarlılık” alt ölçeğinde duyarlılığın “çok” olduğu belirtilmiştir. “Depresif duygulanımı” “orta” olanların sayısı 4 kişi (%2,5) iken; az olanların sayısı 156 kişi (%97,5) olduğu görülmüştür. “Hayalperestlik” alt ölçeğinde “orta” olanların sayısı 122 kişi (%76,3) iken; “az” olanların sayısı 38 kişi (%23,8) olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların %100’ünde “psikosomatik belirtilerin” “az” olduğu bulunmuştur. “Kişilerarası ilişkide tehdit hissetme” alt ölçeğinde “orta” olanların sayısı 158 kişi (%98,8) iken; “az” olanların sayısı 2 kişi (%1,2) olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların %100’ünde “tartışmalara katılma derecesi” “orta” düzeyde olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendrom olan kadınların “anne ve baba ilgisinin” çok olduğu bulunmuştur. “Babayla ilişki” alt ölçeğinde “orta” olanların sayısı 16 kişi (%10,0) iken; “az” olanların sayısı 144 kişi (%90,0) olduğu belirtilmiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların %100’ünde “psişik izolasyonun” “çok” olduğu görülmüştür.

Premenstrüel sendromu olan katılımcıların Başa Çıkma Stilleri Ölçeği alt boyutları için yapılan normallik testine göre alt boyutların normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p<0,05$). En çok kullanılan başa çıkma stratejilerini kategorilere ayıran Folkman ve Lazarus, hem zihinsel hem davranışsal stratejileri kapsayan, duygu ve problem merkezli başa çıkma stratejileri olduğunu aktarmışlardır (Karatekin, 2013). Dolayısıyla Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların duygusal ve davranışsal durumlarla karşılaştıkları zaman bu durumlarla nasıl başa çıktıkları ile ilgili stratejileri kullanım oranlarının bulunması amaçlanmıştır.

İki üniversitenin farklı fakültelerinde karışık öğrenci gruplarına yapılan bir çalışmada benlik yapılarına göre başa çıkma stratejilerine bakılmış, Araçsal Sosyal Destek Kullanma, Kendini Sınırlandırma, Olumlu Yeniden Yorumlama ve Planlama stratejileri ile anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmüştür (Karatekin, 2013).

Bağımlı Ayrık bireyler ile Özerk İlişkisel bireylerden daha az araçsal sosyal destek kullandığı; Özerk İlişkisel bireyler Özerk Ayrık bireylerden kendini daha fazla sınırlandığı; Özerk İlişkisel bireyler Özerk Ayrık, Bağımlı İlişkisel ve Bağımlı Ayrık bireylerden daha fazla Olumlu Yeniden Yorumlama yaptığı; Özerk Ayrık bireyler Bağımlı Ayrık ve Bağımlı İlişkisel bireylerden, Özerk İlişkisel bireyler ise Bağımlı İlişkisel bireylerden daha fazla planlama yaptığı sonucu bulunmuştur (Karatekin, 2013).

Analizler sonucu Premenstrüel sendromu olan kadınların “Araçsal Sosyal Destek Kullanma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 105 kişi (%65,6) iken; uygulamayanların sayısı 55 kişi (%34,4) olduğu belirtilmiştir. “Mizah” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 46 kişi (%28,8) iken; uygulamayanların sayısı 114 kişi (%71,3) olduğu belirtilmiştir. “Duyulara odaklanma ve ortaya koyma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 94 kişi (%58,8) iken; uygulamayanların sayısı 66 kişi (%41,2) olduğu görülmüştür. “Madde kullanımı” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 4 kişi (%4,4) iken; uygulamayanların sayısı 153 kişi (%95,6) olduğu belirtilmiştir. “Kabullenme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 89 kişi (%55,6) iken; uygulamayanların sayısı 71 kişi (%44,4) olduğu belirtilmiştir. “Diğer etkinlikleri bırakma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 61 kişi (%38,1) iken; uygulamayanların sayısı 99 kişi (%61,9) olduğu görülmüştür. “Dine yönelme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 101 kişi (%63,1) iken; uygulamayanların sayısı 59 kişi (%36,9) olduğu belirtilmiştir. “Yadsıma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 18 kişi (%11,2) iken; uygulamayanların sayısı 142 (%88,8) olduğu belirtilmiştir. “Davranışsal olarak ilgiyi kesme” alt ölçeğinin, uygulayanların sayısı 15 kişi (%9,4) iken; uygulamayanların sayısı 145 kişi (%90,6) olduğu görülmüştür. “Zihinsel olarak ilgiyi kesme” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 53 kişi (%33,1) iken; uygulamayanların sayısı 107 kişi (%66,9) olarak belirtilmiştir. “Kendini sınırlandırma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 63 kişi (%29,4) iken; uygulamayanların sayısı 97 kişi (%60,6) olduğu görülmüştür. “Olumlu yeniden yorumlama” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 95 kişi (%59,4) iken; uygulamayanların sayısı 65 kişi (%40,6) olduğu belirtilmiştir.

“Duygusal destek kullanma” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 67 kişi (%41,9) iken; uygulamayanların sayısı 93 kişi (%58,1) olduğu belirtilmiştir. “Planlama” alt ölçeğini uygulayanların sayısı 119 kişi (%74,4) iken uygulamayanların sayısı 41 kişi (%25,6) olduğu belirtilmiştir.

Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların yaşadıkları sendromun fiziki, psikolojik ve davranışsal yakınmalarının yarattığı sonuçlarla nasıl baş ettiği, hangi stratejileri kullandığına baktığımız zaman öne çıkan stratejilerin “Araçsal Sosyal Destek Kullanma”, “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma”, “Kabullenme”, “Dine Yönelme”, “Olumlu Yeniden Yorumlama” ve “Planlama” stratejileri olduğu bulunmuştur.

Premenstrüel sendromu olan kadınların başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının yaş açısından incelenmesine bakıldığında farklı yaş gruplarından olan Premenstruel sendrom olan katılımcıların arasında “Dine Yönelme” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde 25 yaş ve altı olanlarda “Dine Yönelme” en fazla iken 31 yaş ve üstü olanlarda en az olduğu görülmektedir. Premenstrüel sendromu olan kadınların “Dine Yönelme” başa çıkma stratejisinin kullanımının toplumun normlarını ve dini yapısını göz ardı etmeden değerlendirmek gerekir. Premenstrüel sendromda sendromun şiddetinin en yüksek olduğu yaşın 26 yaş olduğu bilgisinden yola çıkarak 25 yaş ve altı olanların bu süreçte 31 yaş ve üstü olanlara göre daha fazla dine yönelim göstermesi bireylerin toplumsal dini motifleri çok fazla benimsediklerini ve uyguladıklarını göstermektedir.

Premenstrüel sendrom olma durumlarına göre başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının medeni durum açısından incelenmesine bakıldığında medeni durumu farklı olan PMS’li katılımcıların arasında” Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalarına bakıldığında bekâr olanlarda “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma” evlilere göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Premenstrüel sendrom olma durumlarına göre başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının çalışma durumu açısından incelenmesine bakıldığında PMS’li olan ve

çalışan kadınların “Kabullenme” ve “Planlama” başa çıkma stratejileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında çalışan kadınlarda “Kabullenme” ve “Planlama” başa çıkma stratejileri daha fazla oranda olduğu görülmektedir. Premenstrüel sendromu olan ve çalışan kadınların kabullenme stratejisini kullanması, günlük yaşantılarını kolaylaştırmak amaçlı kullandıkları savunma mekanizması haline gelmiştir. Yine Premenstrüel sendromu olan ve çalışan kadınların Planlama stratejisini kullanarak, iş yaşantılarını işlevsel hale getirdikleri düşünülebilir.

Premenstrüel sendrom olma durumlarına göre başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının eğitim durumu açısından incelenmesine bakıldığında eğitim durumu farklı olan Premenstrüel sendromu olan kadınların “Dine Yönelme”, “Yadsıma”, “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” ve “Kendini Sınırlandırma” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında lise ve altı okul mezunu olanlarda “Dine Yönelme” yüksek lisans mezunlarına göre fazla; lise ve altı okul mezunu olanlarda “Yadsıma” yüksek lisans mezunu olanlara göre fazla; lise ve altı okul mezunu olanlarda “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” yüksek lisans mezunu olanlara göre fazla; lise ve altı okul mezunu olanlarda “Kendini Sınırlandırma” yüksek lisans mezunlarına göre fazla olduğu sonucu bulunmuştur. Premenstrüel sendromu olan kadınlarda eğitim durumları değişkenlik göstermektedir. Eğitim seviyesi düştükçe dine yönelme, yadsıma, davranışsal olarak ilişkiyi kesme ve kendini sınırlandırma başa çıkma stratejilerinin daha fazla kullanılmakta olduğu bildirilmiştir.

Premenstrüel sendrom olma durumuna göre başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının anne eğitim durumu açısından incelenmesine bakıldığında anne eğitim durumu farklı olan Premenstrüel sendromu olan kadınların “Kendini Sınırlandırma”, “Dine Yönelme”, “Yadsıma”, “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme”, “Madde Kullanımı” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Ortalamalara bakıldığında annesi yüksek lisans mezunu olanlarda “Madde Kullanımı” en fazla iken ortaokul mezunu olanlarda en az; annesi ortaokul mezunu olanlarda “Dine Yönelme” en fazla iken ön lisans mezunu olanlarda en az; annesi lise mezunu olanlarda “Yadsıma” en fazla iken doktora ve üstü mezunu olanlarda en az; annesi yüksek lisans

mezunu olanlarda “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” en fazla iken ön lisans mezunu olanlarda en az; annesi okuryazar ya da ilkokul mezunu olanlarda “Kendini Sınırlandırma” en fazla iken doktora ve üstü mezunu olanlarda en az olduğu bulunmuştur. Premenstrüel sendromu olan kadınların anne eğitim durumları farklılık göstermekte ve annelerinin eğitim düzeyleri yüksek olan kadınların madde kullanımı başa çıkma stratejisini kullanırken, anne eğitim düzeyleri düşük olan kadınların dine yönelme, davranışsal olarak ilişkiyi kesme ve kendini sınırlandırma başa çıkma stratejilerini kullandığı görülmüştür. Dolayısıyla Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların annelerinin eğitim düzeyleri düşükçe kullandıkları başa çıkma stratejilerinin savunma mekanizması gibi kullanıldığı sendromla baş edebilmek için benliğini korumak adına bir araç olarak kullandığı söylenebilir.

Premenstrüel sendrom olma durumuna göre başa çıkma stilleri ölçeğinin alt boyutlarının baba eğitim durumu açısından incelenmesine bakıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Premenstrüel sendrom olma durumuna göre başa çıkma stilleri ölçeği alt boyutlarının kardeş sayısı açısından incelenmesine bakıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Premenstrüel sendrom olma durumuna göre başa çıkma stilleri ölçeği alt boyutlarının kaçınıcı kardeş olduğu açısından incelenmesine bakıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Premenstrüel sendrom olma durumuna göre başa çıkma stilleri ölçeği alt boyutlarının sosyoekonomik durum açısından incelenmesine bakıldığında sosyoekonomik durumu farklı olan katılımcıların “Kendini Sınırlandırma” açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ortalamalara bakıldığında geliri 3001-5000 TL arası olanlarda “Kendini Sınırlandırma” en fazla iken 1001-3000 TL arası olanlarda en az olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik durumun etkisi toplumdan topluma, kadından erkeğe farklılık göstermektedir. Sosyoekonomik durumları orta düzey olan Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlara göre kendi

benliklerini ifade etmede ve geliştirmesinde kendisini sınırlaması ve engellemesi buldukları maddi durumun kısıtlamalarından ya da rahatlığından kaynaklı olabileceği belirtilmiştir.

Premenstrüel Sendromu olan katılımcıların “Benlik Saygısı Ölçeği” alt boyutları ile “Başa Çıkma Stilleri Ölçeği” alt boyutları ile arasındaki ilişkinin anlaşılması için korelasyon analizi yapılmış ve ilişkili olanlar aktarılmıştır.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “psikişik izolasyon” puanları ile “araçsal sosyal destek arama” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,212$, $p< 0.01$). Buna göre psikişik izolasyon arttıķa araçsal sosyal destek arama başa çıkma stratejisinin de arttığı söylenebilir. Premenstrüel sendromu olan kadınların, ruhsal olarak kendilerini engelledikleri ölçüde sosyal uyum sorunu yaşadıkları; bu sorunlara çözüm bulma arayışı sırasında stres durumu ile baş etmek için ‘araçsal sosyal destek arama’ stratejisini kullanacağı düşünölebilir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “benlik saygısı” ve “psikosomatik belirtiler” puanı ile “mizah” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,162$ ve $r=-0,237$, $p<0,01$). Buna göre “benlik saygısı” ve “psikosomatik belirtiler” azaldıkça “mizah” başa çıkma stratejisinin arttığı söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlarda benlik saygısı veya psikosomatik belirtiler azaldıkça herhangi bir stres durumuyla baş edebilmek için kişi bu durumu mizahı kullanarak absorbe ettiği düşünölmektedir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “benlik saygısı” puanı ile “madde kullanımı” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,196$, $p<0.01$). Buna göre “benlik saygısı” azaldıkça “madde kullanımı” başa çıkma stratejisinin arttığı söylenebilir. Premenstrüel sendromu olan kadınların benlik saygısı düştükçe madde kullanma oranının artış gösterebileceği belirtilmiştir. Alkol ve diğer maddelerin kullanımının vücutta sağladığı anlık rahatlama hissi ile kişi stresten kurtulabileceği yanılığına kapılıyor olabilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlardan benlik saygısı düşük olanların stresle başa çıkabilmek için alkol veya maddelerin kullanımına yönelebileceği düşünölmektedir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “psikosomatik belirtiler” puanı ile “kabullenme” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,223$, $p<0,01$). Buna göre “psikosomatik belirtiler” arttıkça “kabullenme” başa çıkma stratejisinin artış gösterebileceği söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların herhangi bir fiziksel rahatsızlık yaşamadığı durumlarda da sendromun fizyolojik belirtilerinin yaşanabileceği düşüncesi stres yaratacak ve kişi ruhsal olarak sıkıntı hissedecektir. Dolayısıyla bilişsel olarak fiziki bir acı, ağrı yaşayabileceğini bilen birey bu durumla başa çıkabilmek için kabullenmeyi seçecektir. Durumun varlığını kabul etmek sendromu yaşayan kişiye rahatlık sağlıyor veya baş etmesine yardım ediyor olabileceği düşünülmektedir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “psişik izolasyon” puanı ile “yadsıma” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,177$, $p<0,01$). Buna göre “psişik izolasyon” arttıkça “yadsıma (olumsuzluma)” başa çıkma stratejisinin de azabileceği söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan bireylerin sendromu yaşadıkları süreç içerisinde ruhsal anlamda sosyal ortamlardan kendilerini soyutladıkları ve ortamlardan stres yaşamamak adına kaçınabilecekleri düşünülmüştür. Sendromu yaşayıp kendini soyutlayan bireylerin karşılaştıkları herhangi bir durumu yadsımaları daha kolay olacak olumsuz düşüncelerden uzaklaşacaklardır.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “insanlara güvenme”, “depresif duygulanım”, “tartışmalara katılma derecesi” puanları ile “davranışsal olarak ilişkiyi kesme” puanları arasında negatif yönlü ($r= -0,168$, $r=-0,219$, $r=-0,202$, $p< 0,01$); “psişik izolasyon” puanı ile “davranışsal olarak ilişkiyi kesme” puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,394$, $p< 0,01$). Buna göre “insanlara güvenme”, “depresif duygulanım”, “tartışmalara katılma derecesi” azaldıkça “davranışsal olarak ilişkiyi kesme” başa çıkma stratejisinin arttığı, “psişik izolasyon” arttıkça “davranışsal olarak ilişkiyi kesme” başa çıkma stratejisinin arttığı söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların insanlara güven duyguları azaldıkça, ruhsal olarak kendilerini çökkün hissettikçe, tartışma yaşamaktan kaçınmak istemeleri gibi durumlarda bireyler sosyal ortamlardan davranışsal olarak kendilerini ve ilgilerini çekmektedirler. Kişi ruhsal olarak kendini soyutluyor ise yine sosyal ortamlardan kendini geri çekmiş, davranışsal olarak ilgisini kesmiştir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “psikosomatik belirtiler” puanı ile “kendini sınırlandırma” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,183$, $p<0,01$). Buna göre “psikosomatik belirtiler” arttıkça “kendini sınırlandırma” başa çıkma stratejisinin de arttığı söylenebilir. Fizyolojik olarak hiçbir rahatsızlığı olmayan bir kişinin psikolojik olarak kendini rahatsız hissetmesi ve bu belirtileri çok fazla yaşıyor olması kişinin kendini ifade etme ve benliğini ortaya koymasını engelliyor olabilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınlar bu durumla başa çıkmak için belğinin kendini ifade etmesini engellediği düşünülmektedir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “insanlara güvenme”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “depresif duygulanım”, “tartışmalara katılma derecesi” ve “psişik izolasyon” puanları ile “olumlu yeniden yorumlama” arasında pozitif yönlü ($r= 0,129$, $r=0,232$, $r=0,202$, $r=0,206$, $r=0,197$, $p<0,01$); “eleştiriye duyarlık puanı ile olumlu yeniden yorumlama” puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,273$). Buna göre “insanlara güvenme”, “kendilik kavramının sürekliliği”, “depresif duygulanım”, “tartışmalara katılma derecesi” ve “psişik izolasyon” arttıkça “olumlu yeniden yorumlama” başa çıkma stratejisinin arttığı; “eleştiriye duyarlılık” arttıkça “olumlu yeniden yorumlama” başa çıkma stratejisinin azaldığı söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların insanlara olan güveni arttıkça, ego gelişimini sürdürmeye devam ettiğinde, çökkün tepkiler verdiğinde, herhangi bir konuşma içerisine dahil olup kendini savunma becerisi geliştirmeye çalıştıkça, ruhsal olarak kendini soyutlamışsa kişi karşılaştığı veya yaşadığı stres durumunu yeniden değerlendirebilir, olumlu anlamda tekrar kurgulayabilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların kendileri ile ilgili olumlu veya olumsuz yapılacak bir eleştiriye normal zamanlardan daha fazla hassasiyetinin olması kişiyi olumsuz etkileyerek değerlendirme yaparak tekrar yorumlama yapabilmesini engellemektedir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “benlik saygısı”, “depresif duygulanım”, “psikosomatik belirtiler” ve “tartışmalara katılma derecesi” puanları ile “duygusal sosyal destek kullanma” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,181$, $r=-0,156$, $r=-0,204$, $r=-0,190$, $p<0,01$). Buna göre “benlik saygısı”, “depresif duygulanım”, “psikosomatik belirtiler” ve “tartışmalara katılma derecesi” arttıkça “duygusal sosyal destek kullanma” başa çıkma stratejisinin azaldığı söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan bireylerin benlik saygıları arttıkça, çökkün tepkiler

gösterdiğinde ve umutsuzluğa kapıldığında, psikosomatik belirtilerde artış oldukça, herhangi bir tartışma ortamından kaçınma davranışı göstermesi gibi durumlar yaşarken anlayış beklediği destek arayışı içinde olduğu söylenebilir.

Premenstrüel sendromu olan bireylerin “benlik saygısı” ve “tartışmalara katılma derecesi” puanları ile “planlama” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,171$, $r = 0,230$, $p < 0,01$); “psişik izolasyon” puanı ile “planlama” puanları arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0,324$, $p < 0,01$). Buna göre “benlik saygısı” ve “tartışmalara katılma derecesi” arttıkça “planlama” başa çıkma stratejisinin arttığı, “psişik izolasyon” arttıkça, “planlama” başa çıkma stratejisinin arttığı söylenebilir. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygısı arttıkça, herhangi bir tartışmaya dahil olarak kendini savunması karşılaştığı stres durumları ile nasıl başa çıkabileceğini düşündüğü ve bununla ilgili planla yaptığı düşünülmektedir. Aynı zamanda ruhsal olarak kendini sosyal ortamlardan soyutlayan kadınlarında planlama başa çıkma stratejisini kullanabilmesi öngörülmektedir. Kendi kendine kalarak, kendini diğerlerinden soyutlayarak stres ile başa çıkmak için bireysel olarak çözüm aramaktadır.

5.2. Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıklarından biri kullanılan “Premenstrüel Sendrom Değerlendirme Ölçeği”, “Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği” ve “Başa Çıkma Stilleri Ölçeği” soruları yapıları itibariyle çok fazla soruya sahip olmalarından dolayı anketi dolduran katılımcıların sıkıldıkları, ara verip daha sonra devam etmek istemeleri ve iki katılımcının da doldurmak istemediği gözlenmiştir. Bu sebeple daha çok katılımcıya ulaşmaya çalışılmış, tahmini bitirme süresinden daha fazla zaman harcanmıştır.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise için yapılan literatür çalışmalarında katılımcı sayılarından yola çıkılarak ortalama bir sayı üzerinden çalışma yapılmıştır. Bu yüzden araştırma İstanbul ilinde rastgele seçilen 211 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. İstanbul ilinin kozmopolit bir yapısı olmasından dolayı araştırma sonucunun genellenebileceği öngörülmüştür fakat diğer illerden katılımcılara ulaşılarak yapılan yeni bir araştırmanın alana ve konuya katkısının daha fazla olacağı düşünülmektedir.

Literatür taraması yapıldığında araştırma konusu olan “benlik saygısı” ve “başa çıkma stratejileri” ile alakalı çalışmalara rastlanmadığından dolayı araştırma sonucu diğer araştırmalarla kısıtlılık içinde karşılaştırma ve tartışma yapılmaya çalışılmıştır.

5.3. Sonuç

Bu araştırma Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygı durumlarını ve başa çıkma stratejilerini anlamak amacıyla yapılmıştır. Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların benlik saygıları durumlarına değinen sınırlı literatür olması sebebiyle ve araştırma sonucunda “beklenen”; Premenstrüel sendrom ve benlik saygısı arasındaki ilişki “beklenene yakın” sonuçlar vermiştir. Premenstrüel sendromu olan kadınların benlik saygısının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir.

Premenstrüel sendromu olanların diğer alt ölçeklerdeki durumu ise, “kendilik kavramının sürekliliğinin” çok olduğu, “İnsanlara güven duyma” orta olanların oranının fazla olduğu, “eleştiriye duyarlılığın” çok olduğu bulunmuştur. “Depresif duygulanım” oranının az olanların fazla olduğu görülmüş, “Hayalperestlik” oranı orta olanların daha fazla olduğu bulunmuştur. “Psikosomatik belirtilerin” az olduğu bulunmuş, “Kişilerarası ilişkide tehdit hissetmede” orta olanların oranı daha fazla olduğu görülmüştür. “Tartışmalara katılma derecesi” orta düzeyde olduğu ve “anne ve baba ilgisinin” çok olduğu bulunmuştur. “Babayla ilişki durumu” az olanların oranı daha fazla olduğu bulunmuş, “psişik izolasyonun” çok olduğu bulunmuştur.

Premenstrüel sendrom yaşayan kadınların sendromla başa çıkmak için kullandıkları stratejilere baktığımız zaman öne çıkan stratejilerin “Araçsal Sosyal Destek Kullanma”, “Duygulara Odaklanma ve Ortaya Koyma”, “Kabullenme”, “Dine Yönelme”, “Olumlu Yeniden Yorumlama” ve “Planlama” stratejileri olduğu bulunmuştur.

Premenstrüel Sendrom yaşayan kadınların Benlik Saygısı ile Başa Çıkma Stratejileri arasındaki ilişkiye baktığımızda,

- 1- “Araçsal Sosyal Destek Kullanma” stratejisi ile “Psişik İzolasyon” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki,
- 2- “Mizah” stratejisi ile “Benlik Saygısı” ve “Psikosomatik Belirtiler” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- 3- “Madde Kullanımı” stratejisi ile “Benlik Saygısı” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- 4- “Kabullenme” stratejisi ile “Psikosomatik Belirtiler” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki,
- 5- “Yadsıma” stratejisi ile Psişik İzolasyon puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- 6- “Davranışsal Olarak İlgiyi Kesme” stratejisi ile “İnsanlara Güvenme”; “Depresif Duygulanım” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki; “Psişik İzolasyon” puanı arasında negatif yönlü orta bir ilişki,
- 7- “Kendini Sınırlandırma” stratejisi ile “Psikosomatik Belirtiler” puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki,
- 8- “Olumlu Yeniden Yorumlama” stratejisi ile “İnsanlara Güvenme”; “Kendilik Kavramının Sürekliliği”; “Depresif Duygulanım”; “Tartışmalara Katılma Derecesi” ve “Psişik İzolasyon” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; “Eleştiriye Duyarlılık” puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- 9- “Duygusal Sosyal Destek Kullanma” stratejisi ile “Benlik Saygısı”; “Depresif Duygulanım”; “Psikosomatik Belirtiler” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki,
- 10- “Planlama” stratejisi ile “Benlik Saygısı” ve “Tartışmalara Katılma Derecesi” puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki; “Psişik İzolasyon” puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmuştur.

5.4. Öneriler

Bu araştırmada kadın ruh sağlığını psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan etkileyen Premenstrüel sendroma dikkat çekmek amaçlanmıştır. 10-12 yaşlarından itibaren bedensel olarak genç erişkinliğe geçiş süreci yaşayan tüm kadınların bu süreç hakkında farkındalık kazanması yaşanabilecek sendrom ile ilgili oluşan sorunlara çözüm bulabilmeyi kolaylaştırmayı sağlaması hedeflenmiştir. Özellikle adet kanama yaşı yaklaşan tüm kız çocuklarına adet görme ve adet öncesi sendrom ile ilgili bilgilendirmeler yapılarak bu sürecin doğal ve biyolojik bir yapısı olduğunun aktarılması bireylerde kendini tanıma, kabullenme ve öz saygı kazanma adına pozitif bir etki sağlayacaktır. Okullarda verilmesi planlanan cinsel eğitimin, kapsamı genişletilip özel bir program oluşturulması kız çocuklarının Premenstrüel (Adet Öncesi) Sendrom konusu anlatılarak, çocukların farkındalığı arttırılabilir.

Premenstrüel Sendrom yaşayan yetişkinler ve ailelerine ise Sağlık Bakanlığı onaylı Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Aile Danışmanlık Merkezlerinde bu konu ile ilgili psikologlar tarafından Premenstrüel sendroma yönelik psikoeğitimler verilmesinin faydalı olacağı kanaatindeyim.

6. KAYNAKÇA

Acar, B., (Ed.). (1996), *Premenstruel sendrom, temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*, Ankara: Güneş Kitapevi

Adıgüzel, H., Taşkın, O., Danacı, A. E. 2007, Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirtileri Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):1-8

Altıok, S.(2011), Üniversite Öğrencilerinin Utangaçlık ve Başa Çıkma Stratejileri İlişkilerinin İncelenmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

Akdeniz, F., Karadağ ,F., (2006). Adet Döngüsünün Duygu Durum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var Mıdır?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, (17):2-1-9.

Akkaya, M. (2010). Bağlanma Stilleri, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Problem Çözme Becerileri ve İletişim Tarzlarının Boşanma Süreci Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aksu, F. 1998, Kadın Hastalıkları ve Doğumda Baş Ağrıları: Menstrüel Migren ve Premenstrüel Gerilim Sendromu, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri*, 125-129

Ankara EGM (2000). Stres ve Baş etme Yolları. Ankara: Sağlık İşleri Daire Başkanlığı Ruh Sağlığı Merkezi.

Arslan, Ö. E., Dökmeci, F., 1999, Premenstrual Sendrom ve Tedavisinde Son Görüşler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(4), 237-241

Aslan, E. (1992), Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri. M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Dergisi, 4, 7-14.

Avşaroğlu, S., Üre, Ö., (2007). Üniversite Öğrencilerinin Karar vermede Özsaygı, Karar verme ve Stresle Başa çıkma Stillerinin Benlik Saygısı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Konya.

Aytan, M.E. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul

Bacanlı, H. , Sürücü, M., İlhan, T. , (2013), Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*,13(1),81-96

Bostancı, A., (2010), Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, Maltepe Üniversitesi

Braverman, P.K., (2007), Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 20(1):3-12

Burma, R. (2012), Cinsel Saldırı Suçu İşlemiş Hükümlülerde, Çocukluk Döneminde Örselleyici Yaşantılara Maruz Kalma İle Benlik Saygısı, Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

Büyükbayrakdar, A., (2016), Evli ve Bekar Bireylerdeki Stres ve Kaygı Düzeyinin Premenstrüel Sendrom Üzerine Etkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, Beykent Üniversitesi

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your rotocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of behavioral medicine*, 4 (1), 92-100.

Cevher, F.N., & Buluş, M. (2007). Benlik kavramı ve benlik saygısı: önemi ve geliştirilmesi, *Akademik Dizayn Dergisi*, 2, 52-64.

Coşkun, T.A. 2012, Adet Öncesi Gerginlik Sendromu ile Ruh Sağlığı, Stres, Sosyoekonomik Düzey, Vücut Algısı ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkiler, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, Ankara Üniversitesi

Çatakoğlu, H. ,(2016).25 Yaş Üstü Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya

Çuhadaroğlu F.,(1986). Adölesanlarda Benlik Saygısı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Dağ, İ. (1990) “Kontrol Odağı, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme İlişkileri”. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.

Demir, B., Algül, L.Y., & Güven, E.S. (2006) . Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*,3:4, 262-270

Dereboy, Ç., Dereboy, İ.F., Yiğitöl, F., Coşkun, A., (1994), Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2): 83-90

Deregözü, A. (2016), Kamu ve Özel Sektörde Çalışan Öğretmenlerin İş Doyumu ve Benlik Saygının İncelenmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Dilbaz, N., (1992), Premenstrual Sendrom. Türk Psikiyatri Dergisi, 3(1):42-47

Dinç, S. (2012), Orgazm Olmayan Kadınlar İle Orgazm Olan Kadınların Atılganlık Düzeyleri, Benlik Saygıları, Beden Algıları ve Evlilik Uyumluluğu Açısından Karşılaştırılması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Dinç, Ö. 2010, Üniversitesi Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği), *Yüksek Lisans Tezi*, Karaman, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Doğan, S., Doğan, N., Can, H., Alaşehirlioğlu, V. H., 2012, Birinci Basamakta Premenstrüel Sendroma Yaklaşım, *Smyrna Tıp Dergisi*, 90-93

Eğicioğlu, H. , 2008, Üreme Çağındaki Kadınlardaki Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması, *Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Afyonkarahisar, Ayfon Kocatepe Üniversitesi

Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S. Ve Uysal, F., (2001), Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1):427-438

Erci, B., Okanlı, A., & Kılıç, D., (1999). Premenstrüel Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2:2, 14-26

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 46:839-852.

Folkman, S, .Lazarus ,R.S.,1984, Stress, apprasial, coping, Springer Publishing Company, Inc. New York, s. 21

Folkman, S. ve Lazarus, R.S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*21: 219-239.

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

Gençdoğan, B., (2006), Premenstrüel Sendrom için yeni bir ölçek, *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(2):81-87

Gökçe, G. (2006). *Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler*. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin

Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., 1997, Malatya’da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 4(4), 403-406

Green, R., Dalton, K. (1953), The Premenstrual Syndrome, *British Medical Journal*, 9: 1007-1014

Hamarta, E., Arslan, C., Saygın, Y., & Özyeşil, Z. (2009). Benlik Saygısı ve Akılcı Olmayan İnançlar bakımından Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Yaklaşımlarının Analizi. *Değerler Eğitim Dergisi*, 7(18), 25-42

İnanç, N. (1997). Üniversite öğrencilerinin benlik saygısı düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

İnce, N., (2001), Adölesan Dönemde Premenstrüel Sendrom, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri, 21(3): 369-373

Kahriman, İ. (2002). Adölesanlarda aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ile benlik saygısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*,5: 11-14

Karadağ , G., Güner , İ., Çuhadar, D. , Uçan,Ö., (2008), Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Benlik Saygıları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:7.

Kıran, S., (1998), Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesin'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Prevalansı, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*

Kısa, S., Zeyneloğlu, S. Güler, N., 2012, Üniversitesi Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4) , 284-297

Kıvrak, O., Taşgın, Ö.,2010, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Düzeyleri, *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15, 110-119

Kızılkaya, N., (1994). Premenstrual şikayetlerin hafifletilmesinde hemşirelik girişimlerinin etkinliği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Korkmaz, M. (1996). Yetişkin örneklem için bir benlik saygısı ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Kütsal, Ş., (2010), Psikiyatrik Bozukluğu Olan ve Olmayan Kadınlarda Adet Öncesi Belirtilerin Karşılaştırması, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, Maltepe Üniversitesi

MEGEP. (2012). Jinekoloji - Hemşirelik. Milli Eğitim Bakanlığı: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/modüller_pdf/Jinekoloji.pdf adresinden alındı.

Moos, R.H. (1997). Menstrual Distress Questionnaire Manual. Palo Alto: Stanford University Department of Psychiatry.

Morris, C. G. (2002). Psikolojiyi Anlamak. (Çeviren H. Belgin Ayvaşık, Melike Sayıl). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Müderriş, İ., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşçı, S., Bayatlı, M., (1999), Genç Kadınların Premenstrual Disforik Bozukluk Prevalansı, *Klinik Psikiyatri*, 2: 197-201

Ogur, P., 2004, Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, Afyon, Afyon Kocatepe Üniversitesi

Oynağanlı, S. (2015), 60 Yaş ve Üzeri Kişilerde Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeyleri, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

Önal, B., (2011), Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması, *Uzmanlık Tezi*, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi

Öncel, S. & Pınar, A.(2006) , Premenstrual Sendromda Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Dergisi*, 18 (9), 86-91

Özcan, H. Subaşı, B. v.d. Ergenlik Ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon Ve Anksiyete İlişkisi. Ankara: Journal of Mood Disorders 2013; 3: 107.

Özkan, İ. (1997). Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler. *Düşünen Adam*, 7(3), 4-7.

Öztürk, S., Tanrıverdi, D., Erci, B. (2011), Premenstrual Syndrome and Management Behaviors in Turkey, *Austuralian Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 54-60

Pasinlioğlu, T., Baş, A., 1989, Premenstrüel Gerilim Sendromu, Ankara Üniversitesi Tıp Bülteni, 21(3), 137-141

Rosenberg, M. (1965). "Society and the Adolescent Self-Image". New Jersey: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sav, İ. (2007), Psikolojik Danışman Rehber Öğretmenlerden Kişilik Özellikleri İle Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Sayal, E., Doğangün, Z., Atay, O., Okyar, M., Karadağ, B., Yıldız, Ö., 1998, Premenstrüel Sendrom: Yaygınlığı ve Değerlendirilmesi, *Türk Aile Hekimler Dergisi*, 2(2):72-75

Süer, N. (2008), Premenstrual Sendrom, *Göztepe Tıp Dergisi*, 23(3):76-80

Selçuk, T.K., Avcı, D., Alp Yılmaz F., 2014, Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansını ve Etkileyen Etmenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2): 98-103

Sokullu, G. 2009, Premenstrual Sendrom Yakınmaları Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi

Steiner M, Macdougall M, Brown ET (2003) The Premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*, 6:203-209.

Şahin, N., 1994, Stresle başa çıkma : Olumlu bir yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s:20

Taşçı, K.D. (2006): Hemşirelik Öğrencilerin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 5: 6, 434-443

Taysi, E., (2000). Benlik Saygısı, Arkadaşlardan ve Aileden Sağlanan Sosyal Destek, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tortumluoğlu, G., Selçuk, E., Cansu, S., Kaplan, F., Katar, T., Bulut, N., (2007), Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı, *1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Sempozyum Kitabı*, 3-4 Mayıs 2007, İzmir, P37:

Turanlı, P. (2011). Orta Yetişkinlikte Evlilik Uyumu İle Benlik Saygısı ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin Saptanması, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.

Türkçapar, F., Türkçapar, H.M., (2011), Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme, *Klinik Psikiyatri*, 14: 241-253

Türküm A. S.(1999) İyimserlik ve Stresle Basa Çıkma. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir. s. 77.

Tüysüz, E.M. (2015), Çalışan Kadın Olmanın Benlik Saygısı ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Olumlu veya Olumsuz Etkilerinin Değerlendirilmesi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul

Ulu, A., (2016), Menstrüasyon Döngüsü ve Şema Özellikleri İlişkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, Üsküdar Üniversitesi

Ugarizza, D.N., Klinger, S., & O'brien, S. (1998). Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment. *The Nurse Practitioner*,40-56

Ünal, Y. ,(2014), Benlik Saygısı, Algıladıkları Sosyal Destek Ve Yardım Arama Davranışları Açısından Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Ünlü, F. (2015), Ebeveyni Boşanmış Bireylerde Benlik Saygısı, Yalnızlık ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Ünüvar, A. (2003). Çok yönlü algılanan sosyal desteğin 15-18 yaş arası lise öğrencilerinin problem çözme becerisine ve benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi, Konya.

Yazıcıoğlu, G. (2011), Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stilleri ve Stres İle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişki: Odtü Örneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Yeni Biyoloji. (2007). Yeni Biyoloji:<http://www.yenibiyoloji.com/menstual-dongu-adet-dongusu-nedir-evreleri-nelerdir-2370/> adresinden alınmıştır.

Yücel, B., (1993), Premenstrüel sendromda Anksiyete, Depresyon, Benlik Saygısı ve Hormon Ölçümlerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yörükoğlu, A. (1993). Gençlik çağı ruh sağlığı ve ruhsal sorunları. Özgür Yayınları: İstanbul.

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU (SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU)

Yaş;

Medeni Durum;

Bekâr	Evli
Boşanmış	İlişkisi var

Eğitimi;

Okur-Yazar	İlkokul	Ortaokul	Lise
Ön-Lisans	Yüksek Lisans	Doktora ve Üstü	

Çalışıyor musunuz?

Evet	Hayır
------	-------

SosyoEkonomik Durum;

Asgari ücret ve altı- 1000	1001 – 3000	3001 - 5000
5001- 10000	10000 +	

Nerede Büyüdünüz;

Metropol	Şehir
Kırsal Kesim/ Köy	Diğer

Anne –Baba Sağ mı?

Anne – Baba Öz mü? Üvey mi?

	Sağ	Ölü
Anne		

Baba		
------	--	--

	Öz	Üvey
Anne		
Baba		

Anne- Baba Eğitim Durumu Nedir?

Anne; Okur- Yazar Değil	Baba; Okur- Yazar Değil
Okur-Yazar	Okur-Yazar
İlkokul	İlkokul
Ortaokul	Ortaokul
Lise	Lise
Ön Lisans	Ön Lisans
Lisans	Lisans
Yüksek lisans	Yüksek lisans
Doktora ve üstü	Doktora ve üstü

Anne – Baba Çalışıyor mu?

Anne	Evet	Hayır
Baba	Evet	Hayır

Anne- Baba Boşandı mı?

Evet	Hayır
------	-------

Kaç Kardesiniz? / Kaçınıcı Kardesiniz?

--	--

Anne ya da Babanın psikiyatrik bir sorunu var mıydı?

Anne	Evet	Hayır
Baba	Evet	Hayır

Siz daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı ve tedavi gördünüz mü?

Evet	Hayır
------	-------

Anne –Babanızın Aile Tutumu Nedir?

Otoriter	İlgisiz
Tutarsız	Aşırı İzin Verici
Aşırı Koruyucu	Mükemmeliyetçi
Demokratik	

İlk adet kanamanız kaç yaşında başladı?

.....

Adet kanamalarınız yaklaşık kaç gün

sürer?.....

Adet kanamalarınızın düzeni nasıldır?

Her zaman düzenli	Ara sırada dengesiz olur	Her zaman dengesizdir
-------------------	--------------------------	-----------------------

EK-2. PMS DEĞERLENDİRME FORMU (ADET ÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU)

Bu ölçek, adet öncesi dönemlerde ortaya çıkabilen değişiklikleri sorgulamaktadır. Değerlendirmeyi yaparken son iç adet öncesi dönemde kendinizde fark ettiğiniz değişiklikleri düşünün. Her bir maddede söz edilen durumun, adet öncesi dönemlerde diğer zamanlara göre ne oranda şiddetlendiğini karar verin. Değişimin şiddetini uygun sayıyı daire içine alarak belirtin.

1. Değişim yok (belirti hiçbir zaman yok ya da her zamankinden farklı değil).
2. Çok az değişim (sadece sizin tarafınızdan hafifçe fark edilmektedir, başkaları sizdeki bu değişikliğin muhtemelen farkında değildir).
3. Hafif değişim (sizin için belirgindir ve belki de sizi iyi tanıyanlar tarafından fark edilmektedir).
4. Orta şiddette değişim (siz ve sizi iyi tanıyanlar tarafından kesin olarak fark edilmektedir).
5. Şiddetli değişim (siz ve sizi iyi tanıyanların gözünde çok belirgindir).
6. Aşırı değişim (değişim o kadar şiddetlidir ki, sizi iyi tanımayan kişiler bile fark edebilmektedir).

1. Aynı gün içinde ruhsal değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Enerji azlığı veya çabuk yorulma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Sakarlaşma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden sıkıntılı olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Kendini hasta hissetme (yani genel kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Sinirli veya huzursuz hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. İştah kaybı	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Baş ağrıları ya da migren nöbetleri	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

çabucak dağılması)	
12. Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme veya bir şeyleri istemeden kırma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Mide bulantısı veya kusma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
14. Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma(tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
15. Güçsüzlük, dermansızlık hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
16. Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
17. Kendini güvensiz hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
18. Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
19. Kendini çökkün hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
20. Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
21. Önemsiz konularda sürekli söylenme, tartışma çıkarma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
22. Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
23. Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
24. Daha unutkan olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
25. Dış görünüşünden hoşnut olmama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
26. Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birbirine vurma)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
27. Gün içinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
28. Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
29. Kalbin çarpıntısını veya hızlı attığını hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

30. Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
31. Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
32. Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
33. Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zamanki kadar iyi olmadığını fark etme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
34. Kendini pasif hissetme, kararların başkalarının vermesini sorumluluğunu yüklenmesini isteme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
35. Kendini iyi hissetme duygusunda artış	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
36. Kendini kontrol edememe	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
37. Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
38. Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
39. Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
40. Kabızlık çekme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
41. Zamanı kullanma, para harcama, yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
42. Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
43. Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
44. Kendini baskı altında hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
45. Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme, tırnak yeme gibi davranışlar	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
46. Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
47. Bir şeye canı sıkılınca ortalığı telaşa verme, feveran etme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
48. Suçluluk duyguları	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
49. Kendini bomboş hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
50. Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
51. Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

52. Bacaklarda yorgunluk hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
53. sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
54. Arkadaşlar ve aile tarafından “ bugün huylu gününde “ diye bilinme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
55. Sabahları sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
56. Kindar davranışlar gösterme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
57. Kendini yalnız hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
58. Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
59. Kilo alma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
60. Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
61. Çok konuşma eğiliminde olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
62. Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
63. Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
64. Uyku sorunları-sabah erken uyanıp uyanamama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
65. Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
66. Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
67. Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
68. Evde ya da işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
69. Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
70. Sivilce veya çıban gibi cilt problemleri	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
71. Ödem, şişkinlik, vücutta su tutulumu	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
72. Evde daha fazla oturma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

73. Daha az cinsel ilgi ya da aktivite (cinsel hayaller, kendiyile veya başkalarıyla ilgili)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
74. İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
75. Kendini şiş gibi hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
76. İş, ev veya hobilerle ilgili görevleri yerine getirmede zorluk çekme, yetersiz kalma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
77. Adet öncesi değişikliklerden dolayı çalışırken zaman kaybetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
78. Yalnız kalmayı isteme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
79. İlham veya yaratıcılıkta azalma hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
80. Özel bazı yiyecekleri ısrarla arama (tatlılar, hamur işi, çikolata, turşu gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
81. İştahta artış veya daha fazla yemeye eğilim	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
82. Sabahları kendini daha kötü hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
83. Nasıl görüldüğüne daha az dikkat etme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
84. Üşüme ve/veya ısı değişimlerine daha duyarlı olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
85. Enerji patlaması veya kendini daha fazla enerjik hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
86. Reddedilmeye karşı daha duyarlı olma veya katlanamama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
87. Kendini daha sevgi dolu hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
88. Basit konularda veya daha sık başkalarına akıl danışma eğilim	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
89. Karamsar görünme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
90. Kahve, çay veya kafeinli soğuk içecekleri daha fazla içme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
91. Cinsel ilişki sırasında acı veya rahatsızlık hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
92. Daha az ev işi yapma (temizlik, çamaşır yıkama gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
93. Boş zaman faaliyetlerine daha az zaman ayırma (hobiler, TV, okuma)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
94. Ateş basması veya soğuk algınlığı görünümü, ishal,	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

uyuşukluk, kendiliğinden olan çürükler, çınlama, varis damarları, hemoroid, Sara nöbeti, cildin güneşe duyarlı olması (hangisinin olduğunu belirtin)	
95. Göz problemlerinde artış veya görüntüde değişiklikler(kızarma, sulanma, yanma, dumanlı görme, arpacık, ışığa duyarlılık gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)



EK-3. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

D – 1

MADDE 1

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.
a. ÇOK DOĞRU b. DOĞRU c. YANLIŞ d. ÇOK YANLIŞ

D – 2

11. Kendiniz hakkındaki düşünceleriniz değişkenlik gösterir mi, yoksa her zaman aynı mıdır ?

a.ÇOK DEĞİŞİR b.ZAMAN ZAMAN DEĞİŞİR c.ÇOK AZ DEĞİŞİR d.HİÇ DEĞİŞMEZ

12. Hiç kendiniz hakkında bir gün bir görüşe, başka bir gün farklı bir görüşe sahip olduğunuzu farkettiğiniz olur mu ?

a. Evet, sık sık olur b. Evet, bazen olur c. Evet, nadiren olur d. Hayır, hiç olmaz

13. Kendim hakkındaki görüşlerimin **çok çabuk** değiştiğini farkettim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

14. Kendim hakkında bazı günler olumlu bazı günlerse olumsuz düşüncelere sahip oluyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

15. Şu günlerde kendim hakkındaki görüşlerimi hiç birşeyin değiştiremeyeceğini düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 3

16.Başınıza gerçekten bir şey geldiğinde kimse sizin durumunuzla pek ilgilenmeyecektir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

17. İnsan doğasında yardımlaşma gerçekten vardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

18. Dikkatli davranmazsanız insanlar sizi kullanacaklardır.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

19. Bazı kişiler, insanların büyük çoğunluğunun güvenilebilir olduğunu, bazıları ise insanlarla ilişkilerinde çok güvenilemeyeceğini söylerler. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz ?

a. İnsanların çoğuna güvenilebilir.

b. İnsanlarla ilişkilerde çok güvenilemez.

20. İnsanlar daha çok başkalarına yardım etmeye mi, yoksa kendi çıkarlarını düşünmeye mi eğilimlidirler ?

a. Başkalarına yardım etmeye

b. Kendi çıkarlarını düşünmeye

D – 4

21. Eleştiriye karşı ne kadar hassassınızdır ?

a. Çok fazla hassas b. Oldukça hassas c. Az hassas d. Hassas değil

22. Eleştiriyi ya da azarlama beni çok fazla incitir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

23. Yanlış yaptığınız bir şey için biri size güldüğünde veya suçladığında ne kadar rahatsız olursunuz ?

a. Çok fazla b. Oldukça c. Rahatsız olmam

D – 5

24. Genelde ne kadar mutlusunuzdur ?

a. Çok mutlu b. Mutlu c. Pek mutlu değil d. Çok mutsuz

25. Genelde oldukça mutlu bir kişi olduğumu düşünüyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

26. Genel olarak kendinizi neşeli bir ruh hali içinde mi, yoksa neşesiz bir ruh hali içinde mi hissedersiniz ?

a. Çok neşeli bir ruh hali içinde b. Oldukça neşeli bir ruh hali içinde
c. Ne neşeli ne de neşesiz ruh halinde d. Oldukça neşesiz ruh halinde

27. Hayattan çok zevk alıyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

28. Ben de mutlu gördüğüm diğer kişiler kadar mutlu olabilmeyi isterdim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

29. Kendinizi kederli ve karamsar hissettiğiniz olur mu ?

a. Çok sık b. Sık c. Ara sıra d. Nadiren e. Hiçbir zaman

D – 6

30. Çoğu zaman başka bir şey yapmaktansa oturup hayal kurmayı tercih ediyorum.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

31. Bana hayalperest denilebilir.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

32. Zamanımın büyük bir kısmını hayal kurmakla geçiririm.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

33. Gelecekte nasıl bir insan olacağınız konusunda hayal kurar mısınız ?

a. Çok sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 7

34. Hiç uykuya dalma ya da uykunun sürekliliği açısından sorunuz oldu mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

35. Hiç ellerinizin sizi rahatsız edecek kadar titrediği olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

36. Hiç sizi rahatsız edecek kadar sinirlendiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

37. Hiç sizi rahatsız edecek kadar çarpıntı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

38. Hiç sizi rahatsız edecek kadar başınızın içinde basınç hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

39. Şu sıralarda hiç tırnak yiyor musunuz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

40. Egzersiz veya çalışma zamanları dışında hiç sizi rahatsız edecek kadar nefes darlığı hissettiğiniz olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

41. Hiç sizi rahatsız edecek kadar ellerinizde terleme olur mu ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

42. Hiç rahatsız edici baş ağrıları çeker misiniz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

43. Hiç rahatsız edici kabuslar görür müsünüz ?

a. Sık sık b. Bazen c. Nadiren d. Hiçbir zaman

D – 8

44. Ulusal veya uluslar arası önemli bir konuda görüşünüzü belirttiğinizde birisi size gülerse ne hissedersiniz ?

a. Çok incinirim ve rahatsız olurum. b. Biraz incinirim ve rahatsız olurum.

c. Beni pek fazla etkilemez.

45. Ulusal veya uluslar arası sorunlar tartışıldığında genellikle kötü izlenim bırakacak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

46. Toplumsal konularla ilgili tartışmalarda insanları kızdıracak bir şey söylemektense hiçbir şey söylememeyi tercih ederim.

a. DOĞRU b. YANLIŞ

D – 9

47. Uluslar arası konuları tartışır mısınız ?

- a. Pek çok b. Oldukça c. Çok az d. Hiçbir zaman

48. Arkadaşlarınızla birlikte uluslar arası konuları tartıştığınız zaman tutumunuz nasıl olur ?

- a. Sadece dinlerim b. Arada bir görüş bildiririm
c. Konuşmaya eşit oranda katılırım d. Diğerlerini ikna etmeye çalışırım

D – 10

49. Siz 10 – 11 yaşlarınızdayken **anneniz** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

50. Bu dönemde **babanız** arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hemen hemen hiçbirini tanımazdı

51. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

52. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **iyi** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

53. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **anneniz** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

54. 5. – 6. sınıflardayken karneniz **kötü** olduğunda **babanız** çoğu zaman ilgilenmezdi.

- a. DOĞRU b. YANLIŞ

55. Sizce diğer aile bireyleri sizin söylediğiniz şeylerle ne kadar ilgilenirler ?

- a. Çok ilgilenirler b. Oldukça ilgilenirler c. İlgilenmezler

D – 11

56. Büyümekte olduğunuz dönemde babanızın en çok tuttuğu çocuğu kimdi ?

- a. Ben b. Ağabeyim c. Ablam d. Erkek kardeşim
e. Kız kardeşim f. Bildiğim kadarıyla çok tuttuğu birisi yoktu

57. Bu dönemde babanız arkadaşlarınızı tanır mıydı ?

- a. Hepsini tanırdı b. Çoğunu tanırdı
c. Bazılarını tanırdı d. Hiçbirini tanımazdı

58. Anne ve babanızın hangisi ile daha rahat konuşabiliyorsunuz ?

- a. Babamla çok daha fazla
- b. Babamla biraz daha fazla
- c. Her ikisi ile eşit oranda
- d. Annemle biraz daha fazla
- e. Annemle çok daha fazla

59. Anne ve babanızın hangisi sizi daha çok över ?

- a. Babam çok daha fazla
- b. Babam biraz daha fazla
- c. Her ikisi eşit oranda
- d. Annem biraz daha fazla
- e. Annem çok daha fazla

60. Anne ve babanızın hangisi size daha çok şefkat gösterir ?

- a. Babam çok daha fazla
- b. Babam biraz daha fazla
- c. Her ikisi eşit oranda
- d. Annem biraz daha fazla
- e. Annem çok daha fazla

61. Anne ve babanız anlaşamadıkları zaman siz genellikle hangisinden yana olursunuz ?

- a. Çok daha fazla olarak babamdan yana
- b. Biraz fazla olarak babamdan yana
- c. Eşit oranda her ikisinden yana
- d. Biraz fazla olarak annemden yana
- e. Çok daha fazla olarak annemden yana

D – 12

62. Yalnız bir insan olmaya eğilimli misinizdir ?

- a. Evet
- b. Hayır

63. İnsanların çoğu sizin nasıl bir kişi olduğunuzu bilirler mi, yoksa çoğunun sizi gerçekten tanımadıklarını mı düşünürsünüz ?

- a. Çoğu benim nasıl biri olduğumu bilir.
- b. Çoğu gerçekten beni tanımaz.

EK-4. BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösteriniz. Seçenekleri işaretlerken aşağıda belirtilen puanlamayı kullanınız.

- 1. Asla böyle bir şey yapmam 2. Çok az böyle yaparım 3. Orta derecede böyle yaparım**
4. Çoğunlukla böyle yaparım

<i>Maddeler</i>				
1. Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
2. Bu olay hakkında daha az düşünmek için sinemaya giderim ya da TV seyredirim.	1	2	3	4
3. Olay hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
4. Bununla baş edemeyeceğimi kabul eder ve denemekten vaz geçerim.	1	2	3	4
5. Olayın gerçekten olduğu fikrine kendimi alıştırırım.	1	2	3	4
6. Allah'tan yardım isterim.	1	2	3	4
7. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
8. Şartlar uygun olana kadar bu konuda hiç bir şey yapmam.	1	2	3	4
9. Ne hissettiğimi birilerine anlatırım.	1	2	3	4
10. Amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.	1	2	3	4
11. Soruna odaklanabilmek için diğer etkinliklerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
12. Alkol ya da sakinleştirici alarak bir süre kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4

13. Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
14. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
15. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
16. Ne yapmam gerektiği konusunda bir strateji geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4
17. Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse- yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
18. Başkasının sempatisini ve anlayışını kazanmaya çalışırım.	1	2	3	4
19. Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç almaya çalışırım.	1	2	3	4
20. Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
21. Olayların iyi yanını görmeye çalışırım.	1	2	3	4
22. Sorunun en iyi nasıl ele alınabileceğini düşünürüm.	1	2	3	4
23. Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
24. Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü etkinliklere yönelirim.	1	2	3	4
25. Böyle bir şeyin olduğu gerçeğini kabul ederim.	1	2	3	4
26. Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
27. Dini inancımda huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
28. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4

EK-5. ÖZGEÇMİŞ

Yeliz BAYRAKTAR

Doğu Cad. Atalar Mah. Eroğlu Apt 84/7
Kartal-Atalar / İstanbul
Telefon; 0535 365 97 67

Mail; yelizba@gmail.com

Doğum Tarihi: 05.05.1989

Doğum Yeri: Kadıköy

Üye Olunan Dernekler; Türk
Psikologlar Derneği

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans	Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji (2015- 2017)
Lisans	T.C. Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü (2008 – 2012)
Lise	Marmara Koleji (2007)
İlköğretim	Hüseyin Saim İlköğretim Okulu (2003-2004)

STAJLAR

Ada Anaokulunda gözlem ve uygulama Eylül 2010- Şubat 2011 yapmış bulunmaktayım.

Türk Eğitim Vakfı Gönüllüleri'nde aktif gönüllü olarak 1 yıl çalışmış bulunmaktayım. SOYAÇ (T.C. Maltepe Üniversitesi Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar İçin Uygulama ve Araştırma Merkezi) Çocuklarla Birlikte Projesinde çalışmış bulunmaktayım. Kemerburgaz–Ağaçlı grubunda gönüllü olarak her hafta 2 saat uygulama yapmış bulunmaktayım.

Maltepe Üniversitesi Kariyer Şenlikleri kapsamında mesleki ve kariyer danışmanlığı yapmış bulunmaktayım.

Haydarpaşa Gülhane Askeri Tıp Akademisinde zorunlu stajımı yapmış bulunmaktayım.

Haydarpaşa Gülhane Askeri Tıp Akademisinde gönüllü staj yapmış bulunmaktayım. (Ekim 2011- Şubat-2012)

Np İSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesinde staj yapmış bulunmaktayım. (2016)

İŞ

Maltepe LBM Butik Dershane'si'nde çalışmış bulunmaktayım.

Özel Bostancı Pozitif Gelişim Özel Eğitim ve Aile Danışmanlığı merkezinde psikolog olarak çalışmış bulunmaktayım. (27.12.2012-30.09.2013)

Melodi Çocuk evi Anaokulunda psikolog olarak çalışıyor bulunmaktayım. (01.10.2013-30.06.2014)

Doğa Koleji'nde Psikolog olarak çalışmaktayım. (25.06.2014-). Şuan Acarkent Doğa Koleji Üstün Zekâlılar Grubu Rehber Öğretmenliği yapmaktayım.

YABANCI DİL İngilizce (iyi)

TESTLER

- Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği 4 (WÇZÖ-IV) Eğitimi
- CAT, LOUISA DÜSS Hikâye Tamamlama Testi, Denver Gelişimsel Tarama Testi, Portage Gelişim Değerlendirme Ölçeği, Bebek Uyarım Testi, Peabody Resim Kelime Testi, Frostig Görsel Algı Testi, Metropolitan Okul Olgunluk Testi, Catell 2A Zekâ Testi, Catell 3A Zekâ Testi, Good Enough Testi, Bender Gestalt Algı Testi, Benton Görsel Bellek Testi¹³, Draw A Person Testi, Standardize Mini Mental Testi, MMPI, Alexander Pratik Zekâ Testi, AGTE, Porteus Labirentleri Zekâ Testi, Gessel Gelişim Testi.

MESLEKİ EĞİTİMLER

- Düşler Akademisi'nden İşaret Dili Eğitimi almaktayım. 2012
- Toplum Gönüllüleri Vakfı (TOG) tarafından 2010 Mayıs ayı içinde “5 Anahtar Eğitimi” alınmıştır. SARI Anahtar: Vakfın tanıtımı, MAVİ Anahtar: Sivil toplum ve gönüllülük kavramlarının işlenmesi, KIRMIZI Anahtar: Proje Yönetimi ve yazımının öğretilmesi, YEŞİL Anahtar: Takım çalışmasının önemini ve dinamiklerinin anlatılması, BEYAZ Anahtar: 2 ay bir projede çalıştıktan sonra alınan anahtarlardır. 2011
- Çapa Tıp Fakültesinin hazırladığı ‘Akran Eğitimi’ alınmıştır.
- Yusuf Ahmet KULCA “Deneyim Aktarımı ve Tartışmaları” 14 Nisan 2011
- Prof. Dr. Uğur TEKİN “Çocuk ve Suç”, 4 Kasım 2010
- Uzm Sosyolog Özgür AKTÜKÜN, “Deneyim aktarımı ve Tartışmaları” ,16 Aralık 2011
- Uzm Psk İpek PUR ile “Sinema Atölyesi: Kaçak Filminin izlenmesi ve tartışılması” 25 Ekim 2010

- Yrd. Doç. Dr. Ilgın GÖKLER DANIŞMAN “Travma” Eğitimi, 10-17 Ekim 2010
- Jale KERİMOL ve Lee JOHNSON “Madde Bağımlılığı ve Sokakta Yaşayan Çocuklar” Eğitimi, 1 Ekim 2010
- Yrd. Doç. Dr. Elif Güneri’den “Objektif Testler Eğitimi (MMPI, Catell 2A Zeka Testi, Catell 3A Zeka Testi, Alexander Pratik Yetenek Zeka Testi, Porteus Labirentleri Zeka Testi, Good Enough Testi, AGTE, Gesell Gelişim Testi, Peabody Resim Kelime Testi, Metropolitan Okul Olgunluk Testi, Bender Gestalt Algı Testi, Benton Görsel Bellek Testi13. Draw A Person, Standardize Mini Mental Testi) 27 Nisan, 25 Mayıs, 22 Haziran 2014
- Dr. Nevin Dölek’ten “KISA SÜRELİ ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM “ Eğitimi 1 Eylül 2014
- Arka Bahçe Klinik Psikolog Olcay Güner ve Psikolog Nur Dinçer Genç “Dışavurumcu Sanat Terapisi” Eğitimi 6 Şubat 2015
- Uzman Psikolog Filiz Kaya “Gottoman “Çift Terapisi 1.Düzey” Eğitimi 25 Nisan 2015
- Uzman Psikolog Elif Akdağ Göcek “Oyun Terapisine Giriş” Eğitimi 2 Eylül 2015
- Uzman Psikolog İlknur Efeçinar “ Çocuk Resimlerini Anlamak” eğitimi 5 Şubat 2016
- TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ Klinik Psikolog Esra Güven’den “WISC-4 eğitimi “ 12-19 Mayıs 2016

Ulusal ve Uluslar Arası Katılım Gösterilen Konferanslar;

İstanbul Aydın Üniversitesi Eğitim Fakültesi- Çocuk Üniversitesi- Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü VE AKEV İşbirliğiyle İstanbul Aydın Üniversitesi Uluslararası Üstün / Özel Yeteneklilerin Eğitimi Konferansı 28-29 KASIM 2015

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiriler;

Bayraktar, Y. (2011) “Sokakta Yasayan Çocuklar Açısından Grup Dinamiklerinin Tartışılması” II. SOSYAL DUYARLILIK ÇALIŞMALARI ÖĞRENCİ SEMPOZYUMU: “ÇOCUKLARLA BİRLİKTE”

Bayraktar, Y. Proje Gönüllülerinin Bakış Açısı İle Çocuklarla Birlikte Projesi. (2012) III. SOSYAL DUYARLILIK ÇALIŞMALARI ÖĞRENCİ SEMPOZYUMU: “Çocuklarla Birlikte Projesi II”

Görev Aldığı Projeler:

Sokakta Yaşayan ve Çalışa Çocuklar İçin Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin yürüttüğü “Çocuklarla Birlikte Projesi” kapsamında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ile işbirliği içinde sokakta yaşayan çocuklara yönelik projede gönüllü olarak uygulama alanında çalışılmıştır.

REFERANSLAR

Yrd. Doç. Dr. Özden Bademci (Uzman Psikolog-Maltepe Üniversitesi Öğretim Görevlisi) 0544 559 83 55

Okul Öncesi Öğrt. Ebru Demir (Bahçeşehir Bosphorus City Anaokulu Müdürü)
0530 517 56 59

Okul Müdürü Mehmet Sarıtış (Acarkent Doğa İlkokul Müdürü)
0532 252 20 76