



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

MENSTRUASYON DÖNGÜSÜ VE ŞEMA ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ

Alev ULU

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver

İstanbul,2016



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 14402061 (144102061)
Öğrenci Adı Soyadı	: Alev Ulu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Barış Ören Ünsal
Tezin Başlığı	: Menstrüasyon Dengesi ve Sana Özellikleri İlişkisi

Toplantı Tarihi	: 15.6.2016	Saati	: 15:00
-----------------	-------------	-------	---------

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 savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**

OY BİRLİĞİ **OY ÇOKLUGU**

ile karar verilmiştir.

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.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Doç. Dr. Gülben Hürriye Sayar	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış Ören Ünsal	
Üye	Doç. Dr. Serhat ÖZBEKES	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : / / 20

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /34

30.03.2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver
(Alev Ulu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16 Mart 2016 tarihinde, 04 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "*Menstruasyon Döngüsü ve Şema Özellikleri İlişkisi*" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘Menstruasyon Döngüsü Ve Şema Özellikleri İlişkisi’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

22/06/2016

ALEV ULU

Teşekkür

Uzmanlık eğitimim boyunca ışığında yön bulduğum, insani ve ahlaki değerleri ile de kendime örnek edindiğim, derslerini almaktan onur duyduğum ve ayrıca deneyimlerinden yararlanırken göstermiş olduğu anlayış,hoşgörü ve sabırdan dolayı değerli hocam, tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan fedakarlıklarını hiçbir zaman esirgemeyen,destekleriyle hep yanı başımda hissettiklerim canım aileme en içten teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Yardım ve katkılarını esirgemeyen “Bi Mimarlık” ailesine ve Tezimin her aşamasında desteğini hissettiğim, varlığı ile bana güç veren Abdurrahman Özdemir'e teşekkürlerimi sunarım.

ALEV ULU

İstanbul,2016

ÖZET

MENSTRUASYON DÖNGÜSÜ VE ŞEMA ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ

Adet döngüsü kadın doğurganlığının belirleyicilerinden biridir ve bayanların hayatları süresince biyolojik ve psikolojik değişmelerden de etkilenir. Premenstrüel Sendrom (PMS), adet döngüsünün luteal fazında meydana çıkıp, menstruasyonun başlamasıyla düzelen somatik, bilişsel(kognitif),duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlar. PMS semptomları ilk adet gördükten sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur başlangıç yaşı hemen hemen 26 olarak bildirilmişse de,Ancak genç erişkinlerde belirtiler o kadar şiddetli değildir. 25-35 yaş aralığında semptomlar yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. Menopoza gelindiğinde ise azalmaktadır. Literatürde PMS'nin semptomlarının meydana gelmesinde etkili olduğu düşünülen nedenler; hormon dengesizliği, tiroid işlev bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, genetik faktörler, stres ve psikolojik olarak sıralanmaktadır .En sık görülen semptomlar huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrolsüzlüğü, yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma, anksiyete, dikkat toplaşımında azalma, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı gibi belirtilerdir.

Şemalar ise bize gelen bilgiyi değerlendirmeye aldığımız bir süzgeç görevi görürler. Olayları, durumları sahip olduğumuz şemalara göre değerlendirir, kararlarımızı bu kalıp yargılara göre veririz. Literatürde şema özellikleri ile ilgili çalışmalar azdır. Şema özellikleri ve menstrüasyon ilişkisi bildiğimiz kadarıyla ülkemizde daha önce araştırılmamıştır. Özellikle premenstrüel sendromu olan kadınların adetlerinin ilk günü ve 15 gün sonra şema özelliklerinin değişip değişmediğine bakılması açısından bu çalışmanın yürütülmesinin faydalı olacağı öngörülmüştür. Benzer çalışmalarda bağlanma, erken döneme yönelik şemalar, psikolojik belirtiler gibi etkenlerden yola çıkılarak 110 kişi üzerinden yürütülmüştür. Bi Mimarlık ve Mühendislik şirketine gelen bayanlardan bilgilendirilmiş onam formu ile rızası alınanlar çalışmaya dahil edilmiştir ve 110 kişilik örneklem grubu oluşturulmuştur. Katılımcılara adetlerinin ilk günü bilgilendirilmiş onam formu,Beşli likert tipi Young ve arkadaşlarına ait Young Şema Ölçeği Kısa Formu,44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ),bireyde var olabilecek psikolojik semptomları ve bu semptomların düzeyini belirlemek için kullanılan,9 alt test ve 1 tane de ek skala olarak adlandırılan toplam 10 adet alt testten oluşan Sc1 90 Belirti Tarama Testi ve Sosyodemografik veri formları uygulanmıştır.

Katılımcılara Adetten 15 gün sonra sonuçlar değişebileceğinden ve psikiyatrik tanıyı dışlamak için Young Şema ölçeği ve SCL-90 Belirti tarama envanteri tekrar uygulanmıştır.

PMS ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığına bakıldığında PMS ölçeği alt boyutlarından depresif duygulanım ve yorgunluk alt ölçeği medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığına bakıldığında evli, bekar ve boşanmış kişilerin SCL-90 genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir. Young ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığı evli, bekar ve boşanmış kişilerin young genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir. PMS ölçeği ve alt boyutlarının psikopatoloji olma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına baktığımızda PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri alt boyutları psikopatoloji olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0,05$), diğer alt boyutlar psikopatoloji olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). PMS ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, sinirlilik ve ağrı alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı SCL-90 ölçeğinin geneli ile kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke düşmanlık, pibmokizm ve ek skalalar alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Young ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı young ölçeğinin geneli ile terk edilme, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, içiçelik, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, karamsarlık ve cezalandırıcılık alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). PMS

ölçeğinin 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına bakıldığında PMS ölçeği alt boyutlarından uyku değişimleri alt boyutu hariç ölçeğin geneli ve diğer alt boyutlar 15. Günde 1. Güne göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

SCL 90 ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına baktığımızda SCL90 ölçeğinin geneli ile somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, pbimokizm ve ek skalalar alt boyutları 1. Ve 15. Gün arasında anlamlı düzeyde bir farklılık gösterirken, diğer alt boyutlarda anlamlı bir değişim görülmemiştir. Young ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına baktığımızda ise terk edilme, sosyal izolasyon, bağımlılık, iççelik ve kendini ifade etme alt boyutları haricindeki alt boyutlar ve ölçeğin geneli için 1 ve 15. Gün ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Psikopatoloji grubunda PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. Ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını PMS ölçeği geneli ve alt boyutlarından uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutu haricindeki alt boyutların hepsi 1 ve 15. Gün ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Psikopatoloji olmayan grupta PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına baktığımızda uyku değişimleri alt boyutu hariç diğer alt boyutların hepsi ve PMS ölçeğinin geneli, 1 ve 15. gün arasında anlamlı düzeyde değişim göstermiştir.

Sonuç olarak, Menstrüasyon öncesi ve menstrüasyondan 15 gün sonra şemaların anlamlı olarak değiştiği söylenebilir. Ayrıca premenstrüel sendrom ölçeğine göre değerler incelendiğinde 15. Günde anlamlı düzeyde bir azalma görülmüştür. Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmanın bir kısıtlılığı şema ölçeklerinin kısa zaman aralığında uygulanmış olması. Yani kadınlara menstrüasyonun ilk günü ölçekler uygulandı ve 15 gün sonra tekrar uygulandı, bu kısa zaman aralığında uygulandığı için yanıtlayan soruları hatırlayabilir ve bu yüzden daha olumlu yanıtlar verebilir. Ve Kullanılan ölçeklerin uzun olması sebebiyle, tamamını cevaplamak istemeyen katılımcıların varlığı dikkat çekmiştir.

Anahtar Kelimeler: Menstrüasyon Döngüsü, Premenstrüel Sendrom, Şema Özellikleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

ABSTRACT

The Relationship Between Menstruation Cycle And Schema Properties

The menstrual cycle is the determinant of women's fertility and it is affected by biological and psychological changes during the life of women . Premenstrual Syndrome (PMS) , unveiled in the luteal phase of the menstrual cycle and With the start of menstruation improved somatic , cognitive (cognitive) , defines emotional and behavioral disorders. PMS symptoms can begin at an early age after seeing the first pieces. PMS is a disorder that begins during youth in the age of onset is reported to be almost 26 , but the symptoms are not so severe in young adults. Symptoms in the 25-35 age range is increasing proportionally with age. The decrease in Menopause. is thought to be effective in causing PMS symptoms in the literature ; hormone imbalance , thyroid dysfunction , hypoglycemia, fluid retention, genetic factors, psychological stress and are listed as. he most common symptoms associated with anxiety, tension , the uncontrollability of anger , fatigue, dizziness , increased appetite , anxiety , decreased attention agglomerates , breast fullness and tenderness are symptoms such as muscle and joint pain .

Schema is a filter we received information from the evaluation to us . Events are evaluated according to the schema that we have the situation , we will give our decision based on these stereotypes . In the literature, few studies about the schema properties. country as we know it in our schema properties and menstruation relationship has not been studied before. Especially on the first day of menstruation women with premenstrual syndrome, and 15 days after the schema has changed in terms of the characteristics that is intended to be useful to look at the conduct of this study. Connecting in similar studies, schemes for the early period , starting from factors such as psychological symptoms was carried out on 110 people . Bİ architectural and engineering company with their informed consent from the woman who received the consent form and were included in the study sample group of 110 people was established. The first day of the total participants informed consent form, Five -point Likert - type of Young et al Young Schema Questionnaire- Short Form 44 -item five-point (no , very little , sometimes , often , constantly) , Likert-type Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) , which may exist in individual psychological symptoms and used to determine the levels of these symptoms , and 1 in 9 sub- test consists of a total of 10 additional scale subtest called Scl 90 symptom and demographic data form was used.

Participants may change the results 15 days after the Young Plan Number and scale to exclude the diagnosis of psychiatric and SCL-90 Symptom Inventory was administered again. PMS scale and average according to marital status of the subscale and Considering that if this is the difference between the mean significant depressive affect the PMS Scale subscale and fatigue subscale vary significantly based on marital status .

When the SCL-90 scale and average according to marital status of the dimensions and look whether this is the difference between the mean significant married, single and divorced people SCL-90 overall score and score of the scale is the same level can be said. Average according to marital status and married the young scales and subscales whether this is a significant difference between the averages , unmarried and divorced young people overall score and subscale scores of the same level can be said. That psychopathology PMS scale and dimensions according to the state average and the baktığımız if there is a significant difference between the average general of PMS scale depressive mood, anxiety, fatigue , depressive thoughts, pain and sleep changes the dimensions of psychopathology that according to the state significantly different ($p < 0,05$) , other dimensions are significant differences depending on the condition being psychopathology ($p > 0.05$) . PMS scale and the difference between the average and the averages compared to psychiatric treatment in the case before the lower size is not significant and the general of the PMS scale depressive mood , limitations and pain subscales before showed differences significant compared to psychiatric treatment in case other dimensions than before It does not differ significantly depending on the condition being treated psychiatric ($p > 0.05$) .

SCL-90 scale and average compared to previous psychiatric treatment in case of lower size, and whether this is a Significant difference between the average general of the SCL-90 scale interpersonal sensitivity, depression , anxiety, anger, hostility , pibmokizm and additional scales seen psychiatric treatment before subscales It showed significant differences depending on the situation , other dimensions are not differ significantly according to the state before being psychiatric treatment ($p > 0.05$) . Average compared to seeing psychiatric treatment earlier case of Young, scale and dimensions and whether this is a significant difference between the average abandonment general of the young scales , social isolation, failure , addiction, weakness , nesting , high standards , lack of self-control, pessimism and punishment subscales previously showed significant differences according to treatment in psychiatric cases, other dimensions are not differ significantly according to the state before being psychiatric treatment ($p > 0.05$) ,general of the PMS scale of the first day and 15th day

average and Considering whether this is a significant difference between the average sleep changes from PMS scale subscales scale except dimensions and other sub-dimensions vary significantly compared to the first day at day 15 ($p < 0.05$).

SCL 90 scale, and the first day of the dimensions and the 15th day average , and we look at whether this is a significant difference between the average somatization general of SCL90 scale , depression , anxiety, phobic anxiety , paranoid ideation , pbimokizm and the first day of the dimensions of additional scales and 15th day of significant differences between the shows , There were no significant changes in other dimensions . Young scales and subscales of the first day and 15th day average and abandonment When we look at whether this is a significant difference between the averages , social isolation , addiction, nesting and the first day for the dimensions and the overall scale except the dimensions of self-expression and 15th day of There are differences between the means were significantly ($p < 0.05$).

PMS scale psychopathology groups and the dimensions of the first day and 15th day average , and all of these means between the significance of the difference PMS scale general and sub-dimensions of sleep changes and dimensions other than swelling the dimensions significantly of a difference between the average of the first day show is and 15th day of ($p < 0.05$) . generally the first day and 15th day average and all other dimensions of sleep changes when we look at the significance of the difference between the average excluding the lower size and PMS scale PMS scale and dimensions of the non Psychopathology group has changed significantly between the first day and 15th day of .

As a result, when the menses, menstruation before and 15 days after the scheme was significantly changed by söylenebilir.ayrı examined the value scale according to premenstrual syndrome showed a significant reduction from the 15th. There are some limitations to this study. A limitation of schemes implemented in short time intervals consists of the scale of the study, women who underwent the first day of menstruation scale and applied again after 15 days. Women can remember the answers to the questions that applied in short intervals and can therefore respond more positively. Due to the long scale of used and has noted the presence of all participants do not want to answer .

Key Words: Menstrual Cycle, Premenstrual Syndrome, Scheme Features, Early Maladaptive Schemas

KISALTMALAR

YŞÖ- KF3: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3

SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi

PMSÖ :Premenstrüel Sendrom Ölçeği



İÇİNDEKİLER

İç Kapak	i
Savunma Tutanağı.....	ii
Bilimsel Etik Kurul Formu.....	iii
Bilimsel Etik Sayfası.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR	viii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ	x
I. GİRİŞ.....	1
1.2. Problem	5
1.3.Hipotezler.....	5
1.4.Amaç.....	6
II. KAYNAK TARAMASI.....	6
2.1. MENSTRUASYON DÖNGÜSÜ KAVRAMININ TANIMI.....	6
2.1.1. Premenstrüel Sendrom	7
2.1.2. Premenstrüel Sendromun Tarihçesi.....	9
2.1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi.....	11
2.1.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi.....	12
2.1.5. PMS'nin Psikososyal Etkenleri ve Kültürel Yönü	16
2.1.6. Premenstrüel Sendrom Belirtileri:.....	18
2.1. 7. Premenstrüel Sendrom Prevelansı:.....	19
2.1.8. Ayırıcı Tanı:.....	20
2.1.9.Risk Faktörleri:.....	21
2.2.2 TEDAVİ:.....	22
2.2.3 PMS ile İlgili Yapılmış Bazı Araştırmalar:.....	25
2.2.4. ŞEMA TERAPİ ve ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR.....	27
2.2.5 Şema Terapi Modeli:.....	27

2.2.6 Şema kavramı ve oluşumu:	28
2.2.7 Şemalar Nasıl Değişir?.....	28
2.2.8. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar:.....	29
2.2.9. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kökenleri.....	30
2.3.3. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	32
2.3.4. Şemalar Nasıl Aktive Olur?.....	38
2.3.5. Şema Modları.....	39
2.3.6. Duygu Durum Bozuklukları Ve Şemalar.....	40
2.3.7. Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Yapılan Çalışmalar.....	41
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	44
3.1. ARAÇLAR.....	44
3.1.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 1.).....	44
3.1.2. Sosyodemografik Veri Formu (Ek 2.).....	44
3.1.3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3)(Ek 3.).....	44
3.1.4. SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi): (Ek 4.).....	46
3.1.5. Premenstrüel Sendrom Ölçeği(PMSÖ)(Ek 5.).....	47
3.2. VERİLERİN TOPLANMASI.....	47
IV. BULGULAR.....	48
4.1. BETİMLEYİCİ BULGULAR	48
4.1.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım.....	48
4.1.2. PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi.....	52
4.1.3. SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi.....	53
4.2 Young Şema Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi.....	55
4.3 PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Psikopatoloji Olma Duruma Göre Değişimi.....	57
4.4 PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi.....	58
4.5 SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi.....	59

4.6 Young Şema Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi.....	60
4.7.PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması.....	62
4.8. SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması.....	63
4.9. Young Ölçeği Ve Alt Boyutlarının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması.....	64
4.10.Psikopatoloji Grubunda PMS Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değişimi.....	65
4.11.Psikopatolojisi Olmayan Grupta PMS Ölçeği ve Alt Boyutlarının Değişimi.....	66
V. TARTIŞMA ve SONUÇ	68
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
KAYNAKÇA	76
EKLER.....	86
EK 1.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	86
EK 2.Sosyodemografik Veri Formu.....	88
EK 3. Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ KF3).....	90
EK 4. SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi):.....	95
EK 5. Premenstrüel Sendrom Ölçeği(PMSÖ).....	100
EK.6. Özgeçmiş.....	102

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı ve Yüzdeleri.....	48
Tablo 4.1.2.1. Pms ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre değişimi tek yönlü varyans analizi sonuçları.....	52
Tablo 4.1.3.2. Scl-90 ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre değişimi tek yönlü varyans analizi sonuçları ...	54
Tablo 4.2.1 Young şema ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre değişimi tek yönlü varyans analizi sonuçları	55
Tablo 4.3.1 Pms ölçeği ve alt boyutlarının psikopatoloji olma duruma göre değişimi bağımsız gruplarda t testi sonuçları	57
Tablo 4.4.1. Pms ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme duruma göre değişimi bağımsız gruplarda t testi sonuçları	58
Tablo 4.5.1 SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme duruma göre değişimi bağımsız gruplarda t testi sonuçları.....	59
Tablo 4.6.1. Young şema ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme duruma göre değişimi bağımsız gruplarda t testi sonuçları.....	61
4.7.PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. gün ve 15. gün karşılaştırması bağımlı gruplarda t testi sonuçları	62
4.8. SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının 1. gün ve 15. gün karşılaştırması bağımlı gruplarda t testi sonuçları	63
4.9. Young ölçeği ve alt boyutlarının 1. gün ve 15. gün karşılaştırması bağımlı gruplarda t testi sonuçları	64
4.10.Psikopatoloji grubunda pms ölçeği ve alt boyutlarının değişimi bağımlı gruplarda t testi sonuçları	65
4.11.Psikopatolojisi olmayan grupta pms ölçeği ve alt boyutlarının değişimi bağımlı gruplarda t testi sonuçları	66

I.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş arası ergenlik dönemi, 15-24 yaş arası ise gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik döneminde, fizyolojik, metabolik, psikolojik değişiklikler ve ikincil seks özelliklerinde hızlı gelişmeler yaşanmaktadır. İkincil cinsiyet karakterlerinin belirlenmesinden sonra ergen genç kız yaşamında önemli bir yeri olan adet görme yaşamaktadır. Adet görme beraberinde adet dönemi sorunlarını da getirmektedir (Taşcı,2006).

Adet döngüsü kadın doğurganlığının en önemli belirleyicilerinden biri olmasının yanında bayanların yaşamları süresince geçirdiği biyolojik ve psikolojik değişimlerden de etkilenen bir yapıdır (Sayalı vd.,1998).Çok sayıda kadın adet dönemleriyle ilgili psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkları farklı ölçütlerde yaşamaktadır. Bazı kadınlar bu durumu döngünün gerektirdiği bir durum olarak görürken, bazıları ise bu rahatsızlığın bir nedeni olarak görürler (Taşcı,2006).

Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkıp, menstruasyonun başlamasıyla düzelen somatik, bilişsel(kognitif),duygusal ve davranışsal bozuklukları tanımlar(Kıvrak ve Taşgın,2010). Bir kadına PMS tanısı konulabilmesi için adet başlamadan önceki 5 gün içerisinde semptomların yaşanması ve adet başladıktan 4 gün içinde semptomların sona ermesi gerekmektedir. (Kısa vd., 2012). Ergenlik dönemdeki kızların yaşadıkları Sorunlar incelendiğinde, en yüksek oranda Adet döngüsüyle olan problemler yer tutmaktadır.Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde ergenlik dönemdeki kızların yaşadıkları problemlere ilişkin yapılan çalışmada, %51,5'inde adet döngüsü ile sıkıntılar olduğu saptanmıştır(Taşcı,2006). Literatürde PMS'u etkileyen sebeplerden birisi Dismenore ağrılı menstruasyon durumu ele alınmaktadır.Çalışmalarda ağrılı adet olan genç kızların olmayanlara göre daha fazla PMS semptomları yaşadığı tespit edilmiştir (Kısa vd., 2012).

Premenstural sendrom (PMS) genç kızları etkiler ve yaygınlığı %5-76 arasında değişir.Adet gören kadınların %85'inde PMS semptomlarından bir ya da birden fazla görüldüğü belirtilir (Kısa vd., 2012). Adıgüzel ve ark (2007)'nin yaptığı bir çalışmada, PMS kadınının psişik durumunu, davranışlarını ve fonksiyonelliğini aksatan ve başka ruhsal bozukluklarla eş güdümlü ortaya çıkabilen ve fertilitate çağındaki kadınlarda sık görülen, bir durum olarak bildirilmiştir (Sokullu,2009).

PMS semptomları ilk adet gördükten sonra herhangi bir yaşta başlayabilir. PMS gençlik döneminde başlayan bir bozukluktur başlangıç yaşı hemen hemen 26 olarak bildirilmişse de, Ancak genç erişkinlerde semptomlar o kadar şiddetli değildir. PMS semptomları diğer yaşlara oranla 25–35 yaş arasındaki kadınlarda daha şiddetli ve şiddet durumu yaşla aynı doğrultuda artarken, menopoz yaşına gelindiğinde bu durum azalmaktadır (Adıgüzel ve ark 2007). Kadınların premenstrual semptomlardan birini yaklaşık %80'inin hafif derecede yaşadığı (Hsiao ve Liu 2007), %20-%50'sinin orta şiddette premenstrual semptomlar yaşadığı ve yaklaşık %5'inin de yaşamını olumsuz etkileyecek şiddetli premenstrual semptomlar yaşadığı rapor edilmiştir. Yaklaşık 150 semptomun bu sendromda görülebileceği bildirilmiştir (Sokullu, 2008). Literatürde PMS'nin semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen sebepler; hormon dengesizliği, tiroid işlev bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, genetik faktörler, stres ve psikolojik olarak sıralanmaktadır (Kısa vd., 2012). En sık görülen semptomlar huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrolsüzlüğü, yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma, anksiyete, dikkat toplama azalma, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı gibi belirtilerdir. (Kısa vd., 2012). Kadınların %20-40'ında, değişik derecelerde geçici zihinsel ve fiziksel işlev bozukluğu şeklinde semptomlar görülmekte iken, %5-10'unda çalışma hayatını ve sosyal ilişkilerini bozacak ve tedavi gerektirecek kadar şiddetli semptomlar görülmektedir (Kıvrak ve Taşgın, 2010). Adet öncesi dönemdeki yakınmalar iş verimliliği ve çalışma niteliğini düşürmesi, ekonomik yitime ve kazalarda artışa neden olmasının yanında kadınların özgüvenlerinde, sosyal ilişkilerinde etkiler nedeniyle erken dönemde gözden geçirilmesi gereken bir durumdur (Taşcı, 2006). PMS'den ötürü kadınlarda sosyal ilişkilerden kendini geri çekme ve kavgacı bir tutum sergilemeleri de yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. PMS tanısı almış kadınlarda, panik atak, libidoda değişiklik, astım krizlerinde artış, dikkat ve eşgüdüm eksikliği ile alkol ve ilaç kullanma meyili görülmektedir. Buna ek olarak PMS'nin diğer psikiyatrik hastalıklar ile de ilişkili olduğu düşünülmüştür (Öztürk ve Tanrıverdi, 2011). Çok sayıda ruhsal bozukluğun (majör depresif bozukluk, panik bozukluk, şizofreni, bulimiya nervoza gibi) veya bedensel hastalığın (migren, astım, epilepsi gibi) adet siklusunun premenstrüel döneminde kötüleştiği bilinmektedir. Bu olaya “adet öncesi alevlenme” denir. Adet öncesi aşamada alevlenme yaşayan kadınların adet siklusunun kanama sonrası aşamasında da belirgin yakınmaları vardır

(Akdeniz ve Karadağ, 2006). Yüzden fazla semptomu olduğundan hayat niteliğine olumsuz tesir ettiği bildirilmektedir (Sokullu,2009). PMS sadece kişiyi değil, ailesini ve etkileşim halinde olduğu grupları da birlikte etkilemektedir (Dinç,2010). Bununla birlikte kadınlar ev içi ve ev dışı çalışmaları menstrüasyon öncesi dönemlerinde de dinlenme olanakları olmadığı için iş verimi ve iş ilişkileri konularında daha titiz davranmak zorunda kalmaktadırlar. Tüm bunlar PMS'un yaşamı daha çok tesir eden bir sağlık sorunu olmasına yol açmaktadır (Kıvrak ve Taşgın). Demir ve arkadaşları tarafından bildirildiğine göre (2006); Parker Fransa, Kanada, İngiltere ve ABD'de PMS tanısı verilmiş kadınların cezalarında hafifletme yapılmasının olurluğunu vurgulamıştır.

Genç kızlar aile ve okuldan aldıkları eğitim ile toplumsal ilişkilerde sıkıntılara neden olan bu semptomların kendi metotlarıyla üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar. Bugüne dek PMS'un tesirli bir tıbbi tedavisi bulunmamaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım, bireyin, ailesinin ve çevresinin, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle birlikte ele alındığı çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bireyin endişelerinin tümünü bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirme, teşhise götürecekt kaynağı bulma, problem için tedavi planları oluşturabilme,kişiye öğretim ve güdülemeyi içerir. Bu kavrama göre PMS ile baş etmede, genç kızların adetini fizyolojisi ve bu döngü hakkında eğitilebilmeleri,adete ilişkin yanlış benimsenmişliklerin düzeltilmesi, beslenme düzenlerinin değiştirilmesi ve egzersiz pratiği oluşturulması , stresle baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Kısa vd., 2012).

Kadınların menstrüasyona ilişkin davranışları ve onu kavramalarında kültürel olarak paylaşılan algılamalarının rolünün önemi dikkat çekici görünmektedir.(Sayalı vd., 1998). Jeffrey Young'a (1990, 2003) göre, erken dönem uyumsuz şemalar, anıları, duyguları, bilişleri ve beden duyularını içeren, kişinin kendine ve toplumsal ilişkilerine yönelik yaşam boyu geçerli olan, kapsamlı bilişsel örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Şemalar, çoğunlukla çocukluk ya da adölesan çağları boyunca gelişmektedirler ve çocuğun içinde yaşadığı aile ortamına/yakın çevresine karşı ahengi sağlamaları açısından fonksiyoneldir. Bununla birlikte tüm bireylerde bulunan bu şemalar katı ve değişime karşı dirençli olmaları sebebiyle hayatın ilerleyen dönemlerinde ahenk bozucu hale gelebilmekte, çeşitli Eksen I ve Eksen II bozukluklarının zemininde yer alabilmektedirler(2009:20(1):75-84). Kadınların menstrüasyona ilişkin davranışları ve onu kavramalarında kültürel olarak paylaşılan

algılamalarının rolünün önemi dikkat çekici görünmektedir.(Sayalı vd., 1998). Bilişsel terapi bakış açısına göre kişinin duygulanımı ve davranışları kişinin tecrübelerine bağlı olarak geliştirdiği ve dünyayı algılamasına öncülük eden bilişsel şemalar tarafından belirlenir (Bağdaçık,2009). Kişi sahip olduğu zihinsel temsillerin içeriğinin farkında olduğu sürece ve bu zihinsel yapıların içerdiği inanç ve ele alış biçimleri değişik yorumlara elverişli olduğu sürece, kişinin çevre koşullarına uyum sağlamasının kolaylaştığı varsayılmaktadır. Fakat bu inançlar katı, aşırı genelleşici bir nitelik kazanmış ya da kişinin şema içeriklerine dair farkındalığı kaybolmuşsa çevreye uyumu konusunda bir takım sorunlar oluşabilmektedir (Saygılı,2014). Yeni gelişmeler, hastaların değerlendirilme ve tedavilerinde şemaların önemini ortaya çıkarmıştır(Bağdaçık,2009).

Şemalar, bize gelen bilgiyi değerlendirmeye soktuğumuz bir süzgeç olarak işlev görürler. Olayları, durumları sahip olduğumuz şemalara göre değerlendirir, kararlarımızı bu kalıp yargılara göre veririz. Literatürde şema özellikleri ile ilgili çalışmalar azdır. Şema özellikleri ve menstruasyon ilişkisi bildiğimiz kadarıyla ülkemizde daha önce araştırılmamıştır. Özellikle premenstrüel sendromu olan kadınların adetlerinin ilk günü ve 15 gün sonra şema özelliklerinin değişip değişmediğine bakılması, hangi şemaların aktif olduğunu görmemiz açısından bu çalışmanın yürütülmesinin faydalı olacağı öngörülmüştür.

1.2. PROBLEM

- Menstrüasyon döneminde olan kadınlarda şema özellikleri nelerdir?
- Yaşa göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Psikiyatrik hastalık varlığına göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Psikolojik destek alımına göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Anne-Baba birliktelik durumlarına göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Anne ya da Babanın psikiyatrik bir sorununa göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?
- Özellikle premenstrüel sendromu olan kadınlarda Menstrüasyon öncesi ve menstrüasyon sonrasında şema ölçek sonuçları değişir mi?

1.3.HİPOTEZLER

- Menstrüasyon döneminde olan kadınlarda şema alanları boyun eğicilik,kendini feda etme,iç içelik,kuşkuculuk,karamsarlık,duyguları bastırma,yüksek standartlar gibi alanlar ön plandadır.
- Yaşa göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri farklılık gösterecektir?
- Psikiyatrik hastalık varlığına göre; menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri arasındaki ilişkide premenstrüel sendrom ölçeğine göre adet olmaya bir hafta kala semptomları sürekli yaşayacaklardır.
- Psikolojik destek ihtiyaç duyumunda şema özellikleri arasındaki ilişkide kişinin şema alanları farklılaşacaktır.
- Anne-Baba birliktelik durumlarına göre kişinin şema alanları farklılık gösterecektir?

- Anne ya da Babanın psikiyatrik bir sorununa göre kişinin şema alanları farklılık gösterecektir?
- Premenstrüal sendromu olan kadınlarda Menstrüasyon öncesi ve menstrüasyon sonrasında şema ölçek sonuçları değişecektir.

1.4.AMAÇ

Araştırmamın temel amacı, menstrüasyon ilişkisi ve şema özellikleri ilişkisini değerlendirmektir. Literatürde şema özellikleri ile ilgili çalışmalar azdır. Şema özellikleri ve menstrüasyon ilişkisi bildiğimiz kadarıyla ülkemizde daha önce araştırılmamıştır. Özellikle premenstrüel sendromu olan kadınların adetlerinin ilk günü ve 15 gün sonra şema özelliklerinin değişip değişmediğine bakılması açısından bu çalışmanın yürütülmesinin faydalı olacağı öngörülmüştür. Benzer çalışmalarda bağlanma, erken döneme yönelik şemalar, psikolojik belirtiler gibi etkenlerden yola çıkılarak tahmini 110 kişi ile çalışılması planlanmaktadır; bu doğrultuda elde edilecek verilerin şema özellikleri arasında fark olup olmayacağının ortaya koyulması düşünülmektedir.

II. KAYNAK TARAMASI

2.1. MENSTRUASYON DÖNGÜSÜ KAVRAMININ TANIMI

Kadınlığa özgü hormonal, bedensel, ruhsal ve cinsel tüm özelliklerin sağlıklı bir şekilde olduğu çağda, kadında ortalama 28 günde bir tekrar eden sürece menstrüasyon(adet) döngüsü adı verilir. Menstrüasyon döngüsü veya siklus, kadının son adet gördüğü tarihinin ilk gününden, bir sonraki adet gördüğü tarihinin ilk gününe kadar geçen zamanı ve bu zaman içinde kadın bedeninde gerçekleşen durumları anlatır. Bir adet döngüsü kadında genellikle 28 günde bir devam etmekle beraber normalin alt ve üst limitleri 21 ile 35 gün arasındadır. Adet kanaması yaklaşık 4 gün devam eder ve normalin alt ve limitleri ve 1 ile 7 gün arası olarak kabul edilir (Erboğa,2012).

2.1.1. Premenstrüel Sendrom

Premenstrüel Sendrom (PMS), adet döngüsünün adet öncesi periyodunda meydana gelen ve adet kanamasının belirmesi ile birlikte yok olan , duygu, davranış değişiklikleri ve fiziksel belirtilerle ortaya çıkan bir bozukluk olarak tanımlanabilir. PMS üreme çağındaki kadınlarda sık rastlanan,kadının ruhsal halini, davranışlarını ve fonksiyonelliğini önemli derecede tesir eden ve başka psikiyatrik bozukluklarla eş güdümlü olarak meydana gelebilen bir olay olarak bildirilmiştir(Sokullu,2009).Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk''(Late Luteal Phase Disphoric Disorder = LLPDD) terimi de PMS ile aynı anlamı olarak kullanılmaktadır(Demir vd., 2006). Ancak bazı otoriteler LLPDD'nin luteal faz boyunca yakınmaları olan kadınları gereken önemi vermediği, sadece luteal fazın geç evresindeki belirtileri ön plana aldığı gerekçesiyle PMS ile LLPDD'nin eş anlamda kullanılmaması gerektiğini savunmaktadırlar (Akdeniz ve Gönül,2004:2:70-74).

DSM IV' de yer alan "Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk" tanı kriterleri şunlardır (Müderriş ve diğ.,1999:2:197-201,Karadağ,2001:5:11-14):

- A- B'de yer alan semptomlar geçen yıl boyunca birçok menstrual siklusta, luteal fazın son haftası içinde görülüp, foliküler fazın başlamasıyla birkaç gün içinde düzelmelidir. Adet gören kadınlarda bu fazlar, âdetin başlamasından bir hafta öncesi ve birkaç gün sonrasına karşılık gelmektedir. Histerektomi ameliyatı geçirip adet görmeyen kadınlarda luteal ve foliküler fazların zamanlaması için üreme hormonlarının ölçümü gerekmektedir.
- B- Aşağıdaki semptomlardan en az beşi, geç luteal fazların çoğunda görülmektedir (1–2–3 veya 4'den en az birer semptom)
1. Belirgin duygusal labilité. Örneğin; kendini aniden hüzünlü hissetmek, her an ağlayacakmış gibi olmak, kolay uyarılabilir veya sinirli olmak.
 2. Kalıcı ve belirgin öfke veya kolay uyarılabilirlik.
 3. Belirgin anksiyete, gerginlik, heyecanlı ya da sinirli olmak.
 4. Duygu-durumun belirgin ölçüde depresif olması, kendini umutsuz hissetmek veya kendi kendine inkâr edilen düşünceler.

5. Günlük aktivitelere (Örneğin; iş, arkadaşlar, hobiler) ilginin azalması.
6. Kolay yorulma veya belirgin enerji kaybı.
7. Konsantrasyon güçlüğü hissetmek.
8. Belirgin bir iştah artışı, aşırı yeme veya bazı yiyeceklere karşı aşırı istek duymak.
9. Çok uyumak ya da uykusuzluk.

Diğer fiziksel semptomlar: Memede gerginlik veya şişme, baş ağrısı, eklem veya kas ağrısı, şişkinlik hissi, kilo artışı v.s.

C- İş, sosyal aktiviteler ve diğer kişilerle ilişkileri olumsuz yönde ciddi ölçüde etkileyen hastalıklar.

D- Bu rahatsızlıklar; majör depresyon, panik bozukluk, distimi (en az iki yıl süren bir depresyon türü) gibi diğer bozukluk semptomlarının ya da kişilik bozukluklarının şiddetlenmesine bağlı olmamalıdır.

E- A,B,C,D kriterleri kadının kendi kendine uygulayacağı günlük çizelgelerle en az iki siklus boyunca prospektif olarak doğrulanmalıdır.

PMS, DSM IV' de, "Başka Türlü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk" başlığı altında "Premenstrual Disforik Bozukluk" adıyla yer almıştır. Bu tanıma göre; geçen yıl boyunca, menstrual siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası sırasında düzenli olarak bir takım belirtiler(örneğin; belirgin depresif bir duygu-durum, belirgin anksiyete, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma)meydana gelmesi, bu belirtilerin adet başlangıcından sonraki birkaç gün içinde olmaması ve bu belirtilerin iş ve okul yaşamında ya da süregelen aktivitelerde bozukluklara neden olacak kadar ağır şiddette olması ve adetten sonra en az bir hafta süreyle hiç olmaması gerekmektedir (Dinç,2010).

Yapılan bir çalışmada premenstrüel semptomları bulunan kadınlarda en yoğun görülen semptomlar, bel ağrısı (%72.4), gerginlik-huzursuzluk (%72.4), sinirlilik-öfke (%72.4), karında şişkinlik (%70.9) ve memede ağrı-hassasiyet 2 (%66.9) olarak belirlenmiştir. Üşüme- titreme (%0.8) ve intihar düşüncesi (%0.4) ise en düşük görülen semptomlardır(Demir vd., 2006). PMS'u oluşturan belirtiler dikkat çekecek kadar çok fazladır. Türlü yayınlarda bu sayının 150'yi bulduğu bildirilmektedir(Sayalı,1998).

Bir kadına PMS tanısı konulması için, önemli duygusal ve davranışsal belirtilerin sürekli yinelendiğini vurgulaması, bu belirtilerin sosyal hayatlarını ve mesleki fonksiyonelliğini bozacak derecede olması ve luterale fazın son evresinde görülüp, birkaç gün içinde düzelmesi gerekmektedir. Kesin tanının konabilmesi için, geçmişe dayalı raporlar yeterli gelmeyip, kadının en az iki adet döngüsü boyunca çizelge uygulaması ve kaydedilmesi gerekmektedir(Demir vd., 2006).

PMS'nin ortaya çıkmasında sorumlu tutulan Progesteron düzeylerindeki düşüklük, östrojenin yüksek veya düşük düzeyleri, östrojen-progesteron oranlarında değişiklikler, aldosteron, reninangiotensin ve adrenal bez etkinliğindeki artışlar, endojen endorfinlerin düşüklüğü, merkezi katekolamin değişiklikleri, prolaktin salınımının artışı hormon değişiklikleri arasında yer almaktadır.

Yapılan çalışmalarda PMS'nin ortaya çıkmasında sadece hormonal değişikliklerinin değil aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu kültürün, annenin çalışma ve eğitim durumunun, adete ilişkin bilgisinin olmasının ve buna bağlı olarak tutumunun, dismenore gibi diğer menstrual problemler yaşama durumunun etkili olabileceği belirtilmektedir. Dismenore ağırlı adet görme durumu olmakla beraber, PMS'u etki eden faktörlerden birisi olarak görülür(Kısa, 2012).

PMS çok sayıda kadının yaşam ritmini kötü derecede etkilemektedir (Barnard et al. 2003). Düzenli olarak yılda toplam 12 kez menstruasyon dönemi yaşayan bir kadın için her ayın 7-10 günü üzücü bir dönem olmakla beraber, yılda toplam 3-4 aylık süreye (yılın yaklaşık %25-30'u) eşit gelmektedir. Yapılan çalışmalarda PMS epidemiyolojisi %5- 76 arasında değiştiği saptanmıştır. Sık bir biçimde seyir eden bu bozukluk; toplumsal ilişkileri ve aktiviteleri, iş performansını veya hayat ritmini bozacak kadar yoğunlukta olabilir(Öztürk ve Tanrıverdi, 2010).

2.1.2. Premenstrüel Sendromun Tarihçesi

MÖ. 460-377 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat Menstrual bozukluklara ilişkin en eski bilgileri kaleme aldığına rastlanabilmektedir.

Bu yazılarda "Histeri" kavramı sikluk Menstrual disfonksiyonu karşılığı olarak kullanılmış ve bu probleme uterusun, vücut içinde dolaşıp bir yere yerleşmesinin sebebi olarak düşünülmüştür(Dinç,2010).1931 yılında R.D.Frank tarafından PMS ilk defa tanımlanmıştır.

Frank'ın belirttiği gruptaki kadınlarda adetten önceki 7-10 günde yoğun ve tarifsiz bir gerginlik gözlenmiştir.Hastaların adet başlamadan sonra 1-2 saat içerisinde yorgunluk, hassasiyet,derinin gerilme hissi gibi sızlanmalarının azaldığını belirtilmiştir. ilk defa 1953 yılında Dalton ve Green tarafından yapılan 84 vakalık bir yayında PMS terimi kullanılmıştır.Sonra Reid tarafından 1985 tarihinde yapılan tanım üzerinde mutabakata varılmıştır(Arslan ve Dökmeci,1999;52:4:239-241).

Hezeyanlar,mani ve intihar düşünceleri gibi bilişsel ve davranışsal semptomların akmaktan yoksun bırakılmış adetsel kanla ilgili olduğunu Hipokrat “Bakirelerin Hastalığı” adlı eserinde ifade etmektedir(Sayal vd., 1998; 2(2): 72-75). Adetle ilgili söylenceler, erkeklerin adetli kadınlara ve adetli kadınların erkeklere karşı davranışlarından ileri gelmektedir. Anaerkil klan döneminde, hem adet gören aynı zamanda kanaması olması nedeniyle çocuk doğurmuş kadına yaklaşmama gelenek haline gelmişti. Kadının bebeğin korunması ve kendisine karşı duyulan saygı ileri gelmekte idi. Sonra ataerkil dönemde, adetli kadına kötü gözle bakıldığı kadının toplumdaki yerinin değişmesiyle görülmeye başlanmıştır. Neredeyse Dünyanın her yerinde, adetli bir kadına şeytan ruhunun hakim olduğu düşüncesi bulunmaktaydı. Aristo, adetli bir kadının aynayı bakışlarıyla donuklaştırabileceğini daha sonra aynaya bakan kişinin büyülenebileceğini söylemiştir.

Kan ve onunla temas eden her şeyle ilgili tabulara sebep olan içgüdüsel korku, Tarihin erken dönemlerinden beri, yaygın olarak kandan korkmayla alakalı idi. Bu tür bir düşünce, annelerin kızlarına âdeti utanç verici bir şey olarak öğretmelerine kadınlarında kendi adet dönemlerine bakış açılarını göstermiş, politik olarak erkeklerle eşit konumda olmamalarını düşünmelerine yol açmıştır (Dinç,2010).Frank, belirtileri over işlev yetersizliği şeklinde açıklamış, Bu sebeple de tedavide hormon salınımını artıran kalsiyum laktat, kafein, laksatifler kullanmıştır. Çok şiddetli vakalarda ise radyasyonla over yetmezliği oluşturmuştur. Frank; gerginlik, hassasiyet,yorgunluk, akne ve sosyal çevresi tarafından hayretle karşılanacak hareketleri olan ve şiddetli acı çeken

15 vaka özetlemiştir.1930'larda ilk olarak S. Leon Israel, sendroma pregesteron eksikliğine bağlı luteinizasyon defektinin ve ilgili hiperöstrojenik durumun sebep olduğunu ileri sürmüştür(Ogur,2004).

2.1.2.1Premenstrual Sendromun Tanı Koymak : PMS' de tanı için en kaliteli yol 2-3 ay süre ile yakınmaları kaydetmek ve şiddetlerini ölçmektir.Yakınmalar fiziksel ve ruhsal olarak bölünmeli ve ne zaman başlayıp ne zaman bittiği düzenli olarak kaydedilmelidir. Tanı koymak için objektif kriter veya testler yoktur(Eğicioğlu,2008).

2.1.3. Premenstrual Sendromun Epidemiyolojisi

Premenstrual sendrom (PMS), özellikle genç kızları etkileyen ve yaygınlığı %5-76 arasında değişen önemli bir toplum sorunudur. Adet gören kadınların %85'inde bir ya da daha fazla PMS semptomu görüldüğü belirtilmektedir(Kısa vd., 2012;1(4):284-297).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1981'de yaptığı bir çalışmada on dört değişik kültürel toplulukta,5000'in üzerinde kadın ele alınmış,tüm kültürlerdeki kadınlarda premenstrual fiziksel rahatsızlık oranı %55-70, olumsuz duygulanım değişiklikleri ise %23-70 arasında bulunmuştur.Adet gören kadınların bir veya daha fazla PMS belirtilerine sahip olduğu oran %85, bunların %2-10 kadarında yetememe, acizlik belirtileri görüldüğü tespit edilmiştir. Kadınların %75'i tekrar eden adet döngülerinde bazı PMS belirtilerini tecrübe edebilir. Üreme çağındaki kadınların %80-90'ında premenstrüel sıkıntılar, %30- 40'ında ise PMS vardır.

%3-5 kadarında ise belirtilerden biri veya daha fazlası hastayı ileri boyutta sıkıntıya sokacak düzeydedir. Abraham, eski bir çalışmasında, PMS'nin, Amerikan, Türk ve Nijerya'lı kadınlara göre Japon kadınlarında çok daha az görüldüğünü bildirmiştir(Ogur,2004).

PMS belirtilerinin,yaş ve PMS arasındaki bağlantının ahenksizliğine karşı, 25–35 yaş arası kadınlarda daha yaygın olduğu tespit edilmiştir.Ancak bu yaş aralığındaki kadınlar tedavi için müracaat ettiklerinde hemen hemen 10 yıldır bu semptomlarla

yaşadıklarını söylemektedirler.PMS adolesans döneminde başlamakta semptomlar yoğunlaşmakta ve kadın menopoza yaklaştıkça semptomlar azalmaktadır.Net keşifler olmasa da pek çok kadın semptomların hamile kalma sayısı ve yaşla doğru orantılı olarak yoğunlaştığını belirtmektedir. Kariyer hayatı ve ailevi durumlara bağlı olarak yaşanan strese bağlı da PMS semptomlarında yaşla birlikte yoğunlaşma görülmektedir (Dinç,2010).Bununla beraber medeni hal, ırk, kültür ve eğitim durumu ile PMS arasında olumlu bir bağlantı görülmemiştir (Güneş vd.,1997:4(4):403-406). Buna ek olarak anneler ve ergen yaştaki kızlarında PMS belirtilerinin yakınlık gösterdiği bildirilmiştir. PMS' ye psikiyatrik rahatsızlığı olan kadınlarda daha sık rastlanıp rastlanmadığı konusu netleşmemiştir(Dinç,2010).

2.1.4. Premenstrual Sendromun Etiyolojisi

PMS etiyolojisi Karmaşık ve bir çok etkene bağlı olduğu düşünülmektedir. Etkenler üzerine bir çok görüş vardır ancak bunların hiçbiri temel neden olarak tanımlanamamaktadır (Ogur,2004).Gerek PMS gerekse PMDB'nin etiyolojisi tam olarak anlaşılmamıştır, fakat etiyojisine yönelik çeşitli kuramlar öne sürülmüştür. Psikonöroendokrin bir hastalık olup biyolojik temellerinin olduğunu gösteren sağlam deliller vardır.

Bunu destekleyen deliller arasında en önemlisi; ovulasyon baskılanması veya cerrahi menapoz durumlarında bu semptomların olmaması ve PMS ile PMDB'nin döngüsel biçimde, yine tekrarlanabilen bir doğaya sahip olan adet döngüsü hormonal değişikliklere eş gitmesi denebilir.1953 yılında Grene ve Dalton 84 hastayı kapsayan ilk bilimsel araştırmasında Dalton'un ortaya attığı şekliyle PMS ve PMDB, ovaryen hormonlar arasındaki denge olmamasına bağlıdır.

Buna bağlı östrojen progesteron arasındaki denge olmamasından dolayı görece bir progesteron eksikliği ortaya çıkmaktadır. Kuramı ortaya atan Dalton birçok kadını progesteron vererek tedaviye çalışmıştır. Sonuçlar tartışmalıdır. Bugün için PMS'nin hormonal nedenlerinde en öne çıkan görüş gonadal hormonlardaki normal kıpırdanmaların bu duruma eğilimli olan kadınlarda merkezi nörokimyasal olayları

tetikleyerek PMS semptomatolojisinin ortaya çıkışına yön verir(Doğan vd.,2012). Buna ek olarak kalıtsal olarak bazı kadınların sinir sistemleri hafif hormonal iniş çıkışlara ve normal,ve fizyolojik tetikleyicilere şiddetli tepkimelerle karşılık vererek damar kasılması ve dolayısıyla gerginliğe yol açmaktadır. Merkezi sinir sisteminde premenstrüel semptomları meydana gelmesine yol açan prostesteki en önemli rol nörotransmitter serotoninidir. Premenstrüel disforik bozukluk tanısı almamış normal kontrol kadınlara kıyasla PMS tanısı almış kadınlarda yürütülen çalışmalar, serotonerjik sistemde birçok değişiklikler olduğunu göstermiştir. Premenstrüel sendromun semptomları arasında birçok ruhsal belirtiler vardır, fizyolojik bir hastalık olmasına karşın. Bu da hastalığın duygusal stresle alakalı olduğunu gösterir ve bilişsel terapi ile tedavi edilmelidir(Doğan vd.,2012). PMS etyolojisi konusunda öne çıkarılan sebepler şunlardır:

Patolojik bir işleyiş bulmak için PMS etiyolojisinde yapılan çalışmalarda adet döngüsü süresince belirtileri olan ve olmayan kadınlar arasında tüm hormon seviyeleri (östrojen, progesteron, testosteron, FSH, LH, prolaktin ,SHBG,aldosteron) arasında fark bulunamamıştır. Mg ,Zn,vitamin A, vitamin E,tiamin,vitamin B6, açısından da bir fark bulunamamıştır. Bununla beraber meme belirtilerinden memeler üzerindeki doğrudan etkisi nedeniyle mesul olabileceği, stresle ilişkili hormon olması ve su, Na, ve K'un birikmesi arttırıcı özelliğinin bulunması sebebiyle prolaktinin PMS etiyolojisinde olabileceği düşünülmektedir(Arslan ve Dökmeci:1999:52:(4):237-241).

Endojen Opiat Peptitlerde Azalma: İçsel değişkenler,biyolojik aminleri engellediklerinden ruh durumu, iştah ve susama gibi durumları değiştirebilirler. Ayrıca hormon salgılanmasını da değiştirerek; davranışlarda, uyku durumunda, vücut ısısı düzenleme ve barsak işlevlerinde etkili olabilecekleri gösterilmiştir.

Bazı araştırmacılar PMS'deki ateş basmalarını göstererek bunun menapozdakiyle benzer olduğunu,kanda düşük miktarda östrojen olması sonucu endorfinlerin düştüğünü söylemişlerdir(Ogur,2004).

Serotonin Eksikliği: Depresyonda, merkezi Sinir Sisteminde (SSS) serotonin eksikliği olduğu gösterilmiştir. PMS'de de depresyon olduğuna göre, luteal evrede bir serotonin

eksikliği olup olmadığı sorusunu düşündürmüştür. PMS’de kanda ve trombositlerde serotonin up-takeinin azaldığı söylenmiştir(Ogur,2004).

Prostaglandinler: nörotransmitterlere benzer görev alan, Merkezi sinir sisteminde iştah, susama, mizaç, damar tonüsü, epilepsi eşiği ve vazopresin gibi hormonları düzenlemede görev alırlar. Bir prostaglandin indirgeyici etkeni olan mefanemik asidin luteal evrede kullanımıyla, karın ağrısı ve karın alt bölgesindeki ağrılar , meme hassasiyeti, karında şişkinlik, depresyon ve hassasiyet üzerine pozitif etkileri olduğu bildirilmiştir(Ogur,2004).

Steroid Hormon İmbalansı: İlk kez 1931 yılında Frank, PMS’ye sebep olduğunu kanda steroid hormonların normalden yüksek olmasını ileri sürmüştür. 1950 yılının ortalarında Dalton, luteal fazda progesteron eksikliğinden söz etmiş ve bu fikri benimsetmiştir. Pregesteron, merkezi sinir sistemi baskılayıcıdır,hemen sakinleştirici etkisi vardır. Pregesteron eksikliği huzursuzluk, endişe ve saldırganlık emosyonlarının şiddetlenmesine sebep olacaktır (Ogur,2004).

Troid Fonksiyon Bozukluğu: Hipotroidinin PMS’li hastaların %94’ünde Belirti ve semptomları hafif olduğundan farkedilmeyen bir durum olarak görüldüğü, troid hormonu verildiğinde semptomların normalleştiği bildirilmiştir. Araştırmacılar, fark edilmeyen hipotroidiyi PMS sebebi olarak kabul etmemekte, ancak birlikte olabileceğini vurgulamaktadırlar(Ogur,2004).

Çinko Eksikliği: Çinkonun duygusal ve zihinsel olaylarla bağlantılı olduğu düşünüldüğünden bu mineralin eksikliğine bakılmıştır. Çinkonun kadında duygusal ve zihinsel olaylarla ilişkili hormonların ve nörotransmitterlerin salgılanmasına etki ettiğini gösteren mekanizmalar bulunmaktadır(Ogur,2004).

Magnezyum (Mg) Eksikliği: Abraham, İlk kez 1983 yılında PMS nedenlerinde Mg yetmezliğini ileri sürmüştür.Mg birtakım hızlandırılan tepkimlerde kofaktör olarak etken olur.İleri derecede Mg yetmezliği; anoreksia, bulantı, apati, kişilik değişimleri, adale kas kramplarına ve titremeye neden olabilmektedir. PMS’de Mg’un düşme nedenini, azalan sindirim sistem emilimine veya hızlanan böbrek atılımlarında beraber olmakla birlikte bu konu henüz net değildir(Ogur,2004).

Pridoksin eksikliği: Dopamin ve serotoninin biosentezinin son evresindeki bir koenzim rolü etkisi oynadığından beyinde vitamin B6 eksilmesi PMS'nin bazı belirtilerini ortaya çıkarabilir(Ogur,2004).

Diğer Vitaminler ve Mineraller: PMS'li vakalarda E vitamininin göğüs gerginliğini ve şişme yakınmalarını azaltabileceği öne sürülmektedir. Östrojen yapısındaki normal dışılığı onarabileceği, tiroid hiper işlevliğine mani olarak veya idrar söktürücü etkisi ile PMS semptomlarını A vitamininin azaltabileceği düşünülmektedir(Ogur,2004).

Prolaktin: Meme ile alakalı belirtilerden memeler üzerine doğrudan etkisi sebebiyle Prolaktin mesul tutulabilir. Stres ile bağlantılı bir hormondur. Potasyum, sodyum ve su birikmesi yapar(Ogur,2004).

Allerji : Allerjik tepkimenin Progesterona karşı PMS'ye sebep olacağı öne sürülmüştür. Fakat premenstruel kurdeşen çok seyrek görülmektedir(Ogur,2004).

Hipoglisemi: 1950'li yıllarda, PMS'deki bazı belirtileri hipoglisemi semptomlarının (yorgunluk, aç olma, sinirli olma, terleme, Kanlı kusmalar) çağrıştırdığından, etyolojide etken olup olmadığı düşünülmüştür. Son çalışmalar Hassas çözümsel yöntemlerle, adet döngüsünün luteal evresinde insüline duyarlılığın eksildiğini göstermiştir(Ogur,2004).

Sıvı retansiyon teorisi: Aldosteron hormon seviyeleri normal adet döngüsünde ovülasyonda ve sekretuar fazda artar. Estrojen, aldosteron sentezini artırarak su ve tuz tutulumunu artırır. Progesteron en başta natriüretiktir. Ama bu etkisine ikincil olarak renin–anjiotensin-aldosteron sistemini çalışır hale getirir. Aldosteron seviyeleri adet öncesi düşer, bu şekilde bir bağlantı vardır fakat çalışmalar özellikle bir farklılık göstermemiştir(Ogur,2004).

Genetik: Soya çekimin etkin olduğu bilinmemesine karşın bazı çalışmalar genetik etkenlerin etkili olabileceğini göstermektedir. Dalton ve arkadaşları, tek yumurta ikizlerin her ikisinde de PMS oluşumunun, çift yumurta ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğünü tespit edilmiştir(Ogur,2004).

Androjenler: Androjenlerin PMS ile bağlantıları Agresyon ve seksüel dürtü ile alakaları sebebiyle düşünülmüş, fakat emosyonel durum farklılığı gösteren ve

göstermeyen kadınlar arasında androstenedion seviyeleri bakımından değişiklik bulunamamıştır(Ogur,2004).

2.1.5. PMS'nin Psikososyal Etkenleri ve Kültürel Yönü

Kadınlar gibi erkeklerde adet görmeyi rahatsız edici olarak görmektedirler ve adet gören kadının etrafına yansıttığı olumsuz etkileri de onaylamaktadırlar(Brooks-Gunn ve ark., 1980). Parlee (1974) de benzer şekilde erkeklerin adet görme durumunu çok daha stresli olarak gördüklerini belirtmektedir (Bond ve vd., 2003). Sveinsdottir ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışma sonucu ise erkeklerin premenstrüel sendromu negatif olarak tanımladığı, kadınların ise buna daha değişik tanımlar verdiklerini göstermektedir.

Bu sendromu yaşayan bazı kadınlar, erkeklerin kendilerinden ötede bir duruş sergilediklerini ve PMS yüzünden kendilerini kınadıklarını vurgulamaktadırlar. Örneğin bir kadının erkek arkadaşı “Bu dönemde seni kontrolden çıkmış bir hayvan gibi görüyorum” demiştir; bir diğeri ise “Bedeninde seni hastalığa iten bir örümcek bu” demiştir (Smith ve Thomas, 1996). Kadınlar dünyada çoğunluğu oluşturmaktadır ancak yaşamak zorunda oldukları kadınlığın simgesi olan belli biçimleri bulunmaktadır. Eğer kadın bu biçimlerin dışına adım atarsa toplum onu “öteki” yapmakta, toplumsal açıdan normal dışı olarak kategoriye almakta ve yeğlenmeyen kadın durumuna sokmaktadır (Ussher, 2008).

Egemen toplum çocukluktan yetişkinlik dönemine kadının sonsuz bir refah içinde olmasını, daima kontrolde ve kendini ailesine feda eden biri olmasını beklemektedir ve kadınların premenstrüel dönemde ve adet dönemindeki gerginliği de “iyi” kadın resmine olumsuz yansımaktadır(Perz ve Ussher, 2006)

Premenstrüel dönemde ve ve adet döneminde kadınların fazlaca siniri ve eşlerine karşı sözel ve fiziksel öfke sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir(Bond ve vd., 2003). Eşler bu dönemde yardımcı olarak ve empatik tutum sergileyerek adet öncesi gerginliğin azalasında veya çoğalmasında büyük payları vardır(Ussher ve vd., 2007).

İdeal olarak görülmüş kadın figürü sakin, sabırlı, neşeli, hayatıyla ilgili, kendisinden önce her zaman başkalarının isteklerini yerine getiren, etrafını sakinleştirebilen ve

güven ambiansı oluşturabilen kadındır. Premenstrüel sendromu olan kadınlar çocuklarına daha çok şiddet gösteren kadınlardır (Coughlin, 1990; Sundic ve ark., 2010).

Adet döneminde ise kadın bastırıldığı öfke, sinir ve şiddet emosyanlarını otokontrol mekanizmasına engel olamayarak sürdürür(Chrisler ve Caplan, 2002; Cosgrove ve Riddle, 2003; Smith ve Thomas, 1996).

Kadınların yarısından fazlası premenstrüel dönemde farklılıklar yaşamaktadır. Bu adet öncesi gerginlik sendromu değil, adet dönemi farklılığıdır (Marvan ve Iniestra, 2001). PMS'u etkileyen psikolojik faktörlerin varlığı çok önceden beri var olmakla birlikte, bu konuda daha sonra yol gösteren görüşler psikanalitik eğilimli yazarlar tarafından söylenir. 1939'da Meningen, tüm menstrüel bozuklukların "kadında feminitenin reddinden" olduğunu belirtmişler, Deutch ise 1944'de adet olayının kadının gebelik, doğum, penis kıskançlığı ile ilgili var olan bilinçli ve bilinç dışı çatışmalarını yoğunlaştırdığını ifade etmiştir. Shainess anneyle ve anne tarafından ilk adet kanamasına hazırlanmayla ilgili hoşnutsuzluk, utanç ve sevimsiz yaşantıların, adet öncesi dönemdeki semptomların kadınlığı reddin sürekli tekrarlayan bir niteliği olduğuna alakalı olduğunu değinmiştir. Genel olarak psikanalitik yönelimli yazarların çoğunun, kadınlık rolünün (feminen rol) kabulünde güçlüklerle premenstrüel psikik değişikliklerin alakalı olduğunu vurguladıkları gözlenmektedir(Sayalı,1998;2(2): 72-75).

PMS tanımlayan kadınların adet görme ile ilgili memnunsuzluk yaşantılarının çok daha fazla olduğu söylenmiştir.Toplumun kadın ve adet görme ile ilgili bakış açısı da bir başka etken olarak belirtilmiştir fakat net değildir.Duygu ve düşünceler olumsuz ve korkutucu ise, PMS daha da şiddetlenmektedir bu durumda adet görme ile ilgili bakıştır. Kadının feminenliği algılayışındaki durum geleneksel kısıtlayıcı ele alış özgürlükçü bakışa doğru ilerledikçe PMS şiddetinin düştüğü bildirilmiştir. Hintli kadınlardan elde edilen bir çalışma adet görmeye ilişkin olumlu bakış açılarının PMS şikayetlerini azalttığını meydana koymuştur. Hintli kadınların bu dönemde ev işlerinden müsadeli olmaları,şikayetlerini düşürmektedir.

Psikolojik zorlanma ve çatışmalar PMS tanısı alan kadınlarda daha şiddetlidir.Sinir sistemi yoluyla hormonları ve yumurtalık fonksiyonlarını psikolojik zorlanma ve stres

etkiler. Evlilik ve cinsel yaşamdaki tatsizliklerde PMS dozunu yükseltmektedir.Çalışan, ancak işinden hoşnut olmayan kadınlarda şiddet daha yüksektir.Kendi seçimleri ev kadınlığı olan çocuk sahibi kadınlarda , psikolojik sızlanmalar daha az görülmüştür.

Her çeşit adapte sorunu ve emosyonel çatışma PMS dozunu artırır. Kadının kendi şahsi ihtiyaçlarını birey olarak kabul etmemesi ile, PMS'nin dozunun arttığı da belirtilmiştir(Ogur,2004).Premenstrual şikayetleri olan kadınların nörotizm veya yakın kişilik ahenksizliği gibi göze çarpan kişilik özellikleri PMS ile ilgili diğer bir hipotezdir(Dinç,2010).Bazı çalışmalarda da, PMS'nin nörotizm ile bağlantılı bulunduğu söylenmiştir.Buradaki bağlantıyı oluşturan kanıtlar ise şunlardır:Premenstrual depresif yakınması olan kadınların mazisinde depresif bozukluk geçmişi olması, Premenstrual anksiyete, huzursuzluk belirtileri olan kadınların birinci derece akrabalarında depresif aile öyküsü insidansının yüksek olması, Premenstrual dönemlerde, intihar girişimlerinde artma, psikiyatri acil servislerine yatışlarda artma olduğu saptanmıştır(Ogur,2004).

2.1.6. Premenstrüel Sendrom Belirtileri:

Premenstrüel sendrom adetten 4-10 gün önce başlamakla birlikte,menstruasyonla yok olur.Belirtiler tek bir nedene dayandırılmaz(Pasinlioğlu ve Baş,1989:21(3):737-141). Belirtilerin ilk başta şiddeti hayatın getirdiği strele alakalı aydan aya farklılaşır,daha sonra sabitlenir.Semptomlar her siklusta meydana gelmez ama büyük kısmında yer alır. Bazı aylar, semptomlar diğerlerinden daha kötüleşebilir.

Başlıca psikolojik semptomlar; anksiyete,depresyon,irritabilite,iştah açılması,labil ruh yapısı,kolay unutma,sinirlilik,çabuk öfkelenme,konsantrasyonda azalma,uyku değişiklikleri,korkular,paranoyaklık,intihara eğilim,panik,konfüze olma,huzursuzluk,kendini aşma görme,karar verememe,negativist tutum,toplumdan kaçış,işten kaçış,libido değişiklikleri,motivasyon bozukluğu gibi. Başlıca fiziksel semptomlar; kilo artışı,kabızlık veya ishal,sıcak basmaları,terleme,karında şişlik,kollar ve bacaklarda ödem,memelerde hassasiyet,baş dönmesi,baş ağrısı,eklem ve kas ağrıları,kas kasılmaları ve kramplar,kalp çarpıntısı, akne,burun iltihabı,tüylene,titrete,karıncalanma,cilt ve saçlarda yağlanma,saçların kurumaması,bulantı,anoreksiya,aşırı alkol alma isteği,tuzlu ve yağlı yeme arzusu,epilepsi

kötüleşebilir, idrar azalması, göz yakınmaları, görme bozukluğu, göz iltihabı şeklinde söylenir(Ogur,2004).

Ağrıya Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar ise;Baş ağrısı/migren, Memelerde hassasiyet/ağrı, Bel ağrısı,karı kası krampları, Genel vücut ağrısıdır.

Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Semptomlar; Kiloda artış,Karında şişkinlik, Extremitelerde ödem (özellikle kol ve bacaklarda), Genel vücut ödemi, Memelerde şişkinliktir.

İştaha Ait Semptomlar; İştahta artma olması,Yeme isteğinin artması, Mide bulantısı olması. Cilde Ait Semptomlar; Akne, Uçuk çıkması, Sivilcelenme görülmesi, Ciltte bozulmaların olması. Davranışsal Semptomlar; Yorgunluk, bitkinlik olması,Uyku /uykusuzluk dengezisiği, Enerjide azalma,Umutsuzluk hissi, Baş dönmesi olması,Kazalara eğilim baş göstermesi, Etkinlikte azalma, Normal günlük aktivitelere ilgide azalmadır(Dinç,2010).

2.1.7. Premenstrüel Sendrom Prevelansı:

Hastalığın prevelansı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu meydana gelmiş olayların gerisine, geçmişine bakar, az sayıda ileriye dönük olarak yapılmış epidemiyolojik çalışma vardır. Kadın nüfusundaki bu sendromun sıklığı belirtilerin yoğunluğuna ve kullanılan değerlendirme ölçeklerine göre farklılık gösterir bununla birlikte ortalama %10-80'dir.

Türk kadınlarının da içinde bulunduğu 1972 yılında yapılan bir çalışmada Nijerya, Yunanistan, Japonya, Amerika gibi farklı ülke kadınlarının içinde bulunduğu premenstrüel semptomların en sık olarak Nijeryalı ve Türk kadınlarda, en az ise Japon kadınlarında olduğu sonucuna varılmıştır, ve bu çalışmada Türk kadınlarında en sık semptomun gerginlik (%88) ile olduğu bulunmuştur. 331 ergen kızla Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada, PMS prevelansı %62,5 olarak söylenmiştir. 15-49 yaş grubu Manisa ilinde 541 kadının katıldığı epidemiyolojik çalışmada ise doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom sıklığına ilişkin grubun %6,1'inde yoğun PMS semptomları bulunmuş, bunların da yaklaşık %72'sinin PMDB ölçütlerine karşılık geldiği belirtilmiştir. 2010 yılında yayınlanan çalışmalarında Erbil ve arkadaşlarının ise

310 üniversite öğrencisi kızda %49,7 oranında PMS saptanmıştır .Kayseri ilinde İptisam ve arkadaşlarının 230 ünivesrsite öğrencisinin katılımıyla yaptığı çalışmada PMS prevelansı %28, PMDS prevelansı ise %8 olarak saptanmıştır(Doğan vd.,2012:91).

2.1.8. Ayırıcı Tanı:

PMS ayırıcı tanısında,belirtileri PMS'ye yakın başka fiziksel ve psikolojik bozukluklar değerlendirmeye alınmalıdır.(Kıran,1998).Fizyolojik,organik ya da psikolojik hastalıklarda da PMS'de var olan çok sayıda belirti rastlanabilir.Fizyolojik ve organik bozuklukların sebeplerini meydana çıkarmak için bazı laboratuvar incelemesi yapmak gerekmektedir. Buna ek olarak bazı kadınlar, psikolojik problemlerine neden bulmak için PMS tanısını göstermelik kullanmaktadırlar, başka bir deyişle PMS adını gösterge yaparlar. PMS ile açıklanmaya çalışılan Bipolar affektif bozukluk veya nevroz gibi hastalıklar vardır. Migren, koordinasyon bozulması,baş ağrısı gibi belirtilerin nörolojik bozukluklara bağlı olmadığı kanıtlanmalıdır(Dinç,2010).

PMS ile ayırıcı tanısı yapılacak hastalıklar; Migren,nedeni bilinmeyen ödem,İrritabl kolon sendromu,Perimenopoz,Kronikleşen yorgunluklar,Barsak enfeksiyonları ,Meme hastalıkları Allerjiler,prolaktin yükselmesi , çikolata kisti,Anoreksia nevroza ,İlaç bağımlılığı,ağrılı adet görme, Anksiyete nevrozu, Feokromasitoma ,Pelvik enfeksiyon ,Hiperandrojenizm ,Cuşhing -Troid hastalıkları,Psikososyal sorunlar ,Evlilik sorunları ,Major ve minor depresyon ,Anemi,Diabet,Genel anksiyete,Panik bozukluk,Bipolar hastalık,yaygın bağ dokusu hastalıkları, Panhipopituitarizm gibi hastalıklardır (Ogur,2004).

Hasta menopoza geçiş sürecinde ise PMS olup olmadığını anlamak için, kan FSH hormon yoğunluğuna bakılır.Kadında memelerden gebelik ve emzirme dönemi dışında,süt gibi bir sıvı geliyorsa kanda prolaktin belirlenmesi yapılır ve süt hormonu fazlalığının sebebi araştırılarak ilaç kullanıp kullanmadığına bakılır.Bu etkenler kaldırıldıktan sonra PMS tanısı koyabilmek için şu özelliklere bakılmalıdır; Organik bir neden olmamalıdır, Semptomlar sıklık olmalı ve döngünün ikinci yarısında medya gelmelidir,ancak her döngüde bu semptomlar aynı yoğunlukta olmayabilir, döngünün ilk yarısında en az yedi gün semptomsuz dönem olmalıdır,belirtiler art arda en az üç döngüde olmalıdır, adet başlanması ile belirtiler yok olabilir,PMS yumurtalık kistleri

aktivite ile alakalıdır. erginlik öncesi ve menopoz sonrası ve gebelik dönemlerinde görülmez, Adet şart değildir. Yumurtalıkları korunmuş, rahmin alınması olmuş kadınlarda da olabilir.

Belirtiler hastanın yaşam ve iş durumunu etkileyecek düzeydedir ve tedavi ister.PMS'yi belirlemenin en iyi yolu her döngüde semptomların bir adet takvime dökümüdür. Ayrıca günlük kilo takibi, temel vücut ısısı da alınmalıdır. Böyle bir aracın nasıl ve kaç döngü dönem süresince doldurulacağı konusunda kadına eğitim verilmelidir.Belirtilerin de kişiye özel olduğu ve kişinin kendi kendisini ölçmesinin önemi anlatılmalıdır. Böylece hangi belirtilerin daha sıkça gündeme geldiği,döngünün hangi evresinde daha yoğun olduğu belirlenir(Dinç,2010).PMS, premenstruel disforik bozukluktan da ayrımı yapılmalıdır. Tipik semptom birliğinin şiddeti ve sonuçtaki bozulma ile Premenstruel disforik bozukluktan ayrılır. PMS, sosyal fonksiyonellikte bozulma, evlilikte uyum olmaması, arkadaşlar ve aile ile problemler ile de belli olabilir. sadece premenstruel olarak ortaya çıkan fonksiyonellik bozukluğunu ve uzun süreli evlilik ya da iş sorunlarıyla karıştırmamak gerekir(Ogur,2004).

2.1.9.Risk Faktörleri:

2.1.9.1.Yaş faktörü:

Genellikle kadınlar, 30 yaşından sonra premenstrual şikayetlerin başladığını ya da arttığını söyleseler de bu durum kanıtlanamamıştır.PMS'nin 20'li yaşlarda başladığı,ve yaşla birlikte arttığı söylenmektedir.

2.1.9.2. Parite Faktörü:

Yapılan çalışmalarda çok kadınlar çok çocuğa sahipseler adet semptomların daha az, adet öncesi semptomlarını ise daha çok yaşadıkları söylenmektedir. Kadınları çok doğum yapan ve emziren ülkelerde adet döngüsünün daha seyrek yaşanmasına bağlı olarak adet öncesi gerginlik sendromu da daha az görülmektedir (Oğur,2004).

2.1.9.3. Medeni Durum Faktörü:

Premenstrual gerginlik Eşinden ayrılmış veya eşi ölmüş olan kadınlarda, evli olanlara göre daha şiddetlidir (Oğur,2004).

2.1.9.4. Sosyo-ekonomik Durum Faktörü:

Yapılan araştırmaların bir bölümünde,iyi eğitim almış ve iyi gelire sahip kadınlarda, baş ağrısı, irritabilite,duyguların değişikliği, adetsel kramp, kilo artışı, depresyon gibi premenstrual belirtilerin daha az görüldüğü söylenmektedir(Dinç,2010).

2.1.2. Tedavi:

PMS farklı sorunların tümünü kapsar, tek bir hastalık olarak düşünülmemeli bu pencereden bakılmalıdır.Bu şekilde farklı semptomlar için en yararlı tedavi modeli uygulanabilir. PMS tedavisinde Keye(IO) tarafından meydana konan ve kabul edilen metod " biyopsikososyal yaklaşım" yöntemidir. Bu yaklaşımın bileşenleri; Yanlış düşüncelerin ve korkuların olmaması için uğraşılması,Yaşam düzeninde farklılıklar yapılması, Diyet ,egzersiz ve çalışma ortamındaki değişiklikler hayatın kişiye yön vermesinden kurtarır ve yaşam şekli üzerinde bir kontrol oluşturur. Choei ve ark.'nın yaptığı çalışmada az hareket eden kadınlara göre menstruasyon sırasında duygu durumları sıklıkla korunanlar sık egzersiz yapanlardır,ancak bu yarar yarışmalar için spor yapan kadınlar da geçerli değildir. Dayanma gücü ve kabul etmenin beslenmesi, ilaç tedavisi; iki amaca yönelik olur. Anovulasyon tedavisi : progesteron tedavisi, estrodiol, danazol, ooferektomi(medikal, cerrahi) ve Psikotropik ilaçlardır: sertralin, desipramin, fluoksetin, paroksetin, m-klorofenilpiperazin,bupropion, metilskopolamin, alprozolam, Bunun dışında; spironolakton, akşam çuha çiçeği yağı, bromokriptin, mefenamik asit, vitaminler gibi ilaçlarla olan çok çalışma vardır(Arslan ve Dökmeci,1999:52(4):237-241).

PMS da tedavi farmakolojik olmayan tedavi ve farmakolojik tedavi olarak 2 şekilde toplanabilir.

2.1.9.1.Farmakolojik Olmayan Tedavi:Bütünleştirici ele alış da hastanın içsel iyileştirme yeteneğinin farkına varmasına imkan tanınır ve bu zamanda alışılmış tıbbi materyallerle desteklenir.

Bu gidişatta kullanılan materyaller; alışılmış ilaçlar, psikoterapi, bitkisel ve doyurucu destekler, diyet, akupunktur, beden ruh yaklaşımları, hipnoz terapisi, masajdır(Ogur,2004).

2.1.9.1.Stres Düzeyini Azaltma: Stresi yok etmek için masaj sunulur.Özellikle luteal evre anında düzenli uyuma ve uyanma dilimi ile vücuda uyan bir uyku izlencesi önerilir(Ogur,2004).

2.1.9.2.Egzersiz:Egzersiz ile meme hassasiyeti, sıvı birikimi ve stresin azaldığı gözlenmiştir. Koşu, yüzme, bisiklet kullanımına ek olarak aerobik dans gibi alıştırmalar hem stresle baş edebilmede yardım eder hem ağrıyı azaltır, dolaşımı ve gerekli oksijeni arttırır(Ogur,2004).

2.1.9.3.Beslenme: Tuzdan ve tuzlu yiyeceklerden kaçınmalıdır.Sigaranın kullanımının azaltılması desteklenir. Baharatlı yiyecekler kaldırılmalı veya aza düşürülmelidir. kafein olmayan bir diyet desteklenmeli. Kahve, çay, kolalı içecekler ve kafein içeren her şey dışlanmalıdır. Yağ azaltılmalı, yapay gıdalardan kaçınılmalıdır.Mısır, pirinç, sebze, meyve, bitkisel yağlar gibi doğal ve organik gıdalar alınmalıdır. Bu periyotta çuha çiçeği yağının faydalı olduğu bildirilmiştir(Ogur,2004).

2.1.9.4.Doğal Tedaviler:Temiz ağaç meyvesi özü kullanan (agnus chesteberry)kadınların yarıdan çoğunun PMS belirtilerinde %50 veya daha fazla iyileşme olduğu bir çalışmada belirtilmiştir(Ogur,2004).

2.1.9.5.Akupunktur: PMS belirtilerinin tedavisinde akupunkturun olumlu etkisi olabilir ve akupunktur tedavi yöntemi olarak hastalara sunulmuştur(Ogur,2004).

Farmakolojik Tedavi:

2.1.9.6. Pregestoronlar: Bazı uzmanlar tarafından Pregesteronun tedavi edeceği kabul edilmekte bazıları ise tedavi etmesinden ziyade belirtileri daha da kötüleştirdiğini bildirmektedir. Ayrıca vajinal soppozituar veya pregesteron kullanılarak ödem, sıcak basmaları, karında şişkinlik şikayetlerinde iyileşme olmuş fakat gerginlik,meme ağrısı ve davranış bozukluğu üzerinde plaseboyla bir ayırım saptanmamıştır(Ogur,2004).

2.1.9.7.Oral Kontraseptifler(Doğum Kontrol Hapları): Ovülasyonu

baskılaması ile PMS de görülen belirtilerin iyileşeceği tahmin edilmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda belirtilerin azalmadığı daha da ağırlaştığı görülmüştür(Ogur,2004).

2.1.9.8.Danazol: PMS genel belirtilerinin tedavisinde değil fakat premenstruel memede ağrıdan feragat etmek için etkili gibi görünür. Kılınma, potansiyel kilo alımı, akne, yüzün büyümesi, plazma lipidlerinde farklılıklar gibi yan etkileri görülür(Ogur,2004).

2.1.9.9.Ovülasyonun baskılanması: Yüksek dozdaki östroidol transdermal verilmiş ve PMS'un fiziksel ve psikolojik semptomlarında iyi olduğu görülmüştür. Endometrial hiperplaziyi kapatsın diye verilen pregesteronun yan etkileri olmasına rağmen kontrol grubuna göre belli iyileşme görülmüştür. Gonodotropin releasing hormon benzeşik medikal menopoza neden olmaktadır. Perimenopozal dönemde, menopozal belirtilerinden ayırmak için, çok ağır olgularda ooferektomiye diye söylemeden önce test gayesiyle kullanılmaktadır(Ogur,2004).

2.1.9.10.Bromoergokriptin: Mestrual migren ve göğüs rahatsızlıklarının PMS'li kadınlarda Yükünü hafiflettiği görülmektedir. Memelerde hassasiyet ve büyüme varsa, kan prolaktin düzeyini yüksek ise, memelerden gebelik ve emzirme dönemi dışında,süt gibi bir sıvının gelmesi varsa tedaviye konulmalıdır(Ogur,2004).

2.1.9.11.Prostaglandin İnhibitörleri: Bir prostaglandin inhibitörü olan mefanemik asidin luteal evrede kullanımıyla karınsal ve kasık ağrı, meme hassasiyeti,karınsal şişkinlik, depresyon ve hassasiyet üzerine pozitif etkileri olduğu bildirilmiştir(Ogur,2004).

2.1.9.12.Serotonin Agonistleri: Luteal dönemde serotonin eksikliği suçlandığından serotonin reuptake inhibitörü olan fluoxetin ile yapılmış çalışmalarda belirtilerde iyileşme görülmüştür. Fluoksatin gözde ve ilk ilaçtır. Yoğun PMS ve PMDD'de önerilir. Geniş yan etkileri uykusuzluk, uyuşukluk, yorgunluk, bulantı, baş ağrısı, hafif titreme, sinirlilik ve seksüel işlev bozukluğunu kapsar. Seksüel düşünceleri ve arzuyu eksiltici, geciktirici ya da tamamen baskılayıcı olduğu ve her iki cinste de görüldüğü saptanmıştır(Ogur,2004).

2.1.9.13. Anksiyolitikler ve Antidepresanlar: Endişeyi azaltması, depresyonu engellemesi sebebiyle bu grup ilaçlar da PMS de kullanılmaktadır .Alprazolamin stresin harekete geçirdiği beynin yanıtı olan uyarıcılığı baskıladığı görülmektedir.İlaç yalnızca belirtilerin yoğunlaştığı günlerde kullanılmalıdır, alışkanlık yapmaması için(Ogur,2004).

2.1.9.14. Düretikler: Bir aldesteron inhibitörü olan spironalacton (aldactone) aşırı aldesteron salgılanmasına bağlı ödemin iyileşmesinde kullanılır.Saf PMS’u olan kadınların bu tedavi ile birlikte irritabilite, yorgunluk, uyku, enerji durumlarında değişimler olmuştur(Ogur,2004).

2.1.9.15. Vitamin Ve Mineraller: Tüm luteal evre belirtilerinde önemli bir düzenleyici özeti olarak kalsiyum ilavesi PMS da basit ve yararlı tedavidir.B6 vitaminin kontrollü klinik deneylerinde belirtilerin iyi olduğu bildirilmiştir(Ogur,2004).

2.1.9.16. Cerrahi Tedavi: Overlerin cerrahi olarak alınması yoğun PMS vakalarında bütün sağaltımlar neticesiz kaldığında en son olarak ve kişiye çok iyi bilgi verilerek kullanılır(Ogur,2004).

2.2.3. PMS İle İlgili Yapılmış Bazı Araştırmalar:

ABD’deki bir çalışmada, zenci kadınların %29’u, beyaz kadınların %31’inde en az bir premenstrual semptom olduğu gösterilmiştir. ABD’deki başka bir çalışmada ise kadınların %95’inde en az bir olumsuz belirti saptanmıştır (Scott ve ark 1997). Demir ve ark (2006) tarafından bildirildiğine göre; DSÖ 1981’de 14 değişik kültürel grupta ve 5000’den fazla kadında yaptığı bir çalışmada, tüm kültürlerdeki kadınlarda premenstrual fiziksel rahatsızlık %55–70, olumsuz duygulanım değişiklikleri ise %23-70 arasında olduğunu vurgulamıştır. Premenstrual belirtilerin prevalansı değişik çalışmalarda büyük çapta farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık araştırmalarda kullanılan ölçeklerin standart olmaması ile alakalı olabileceği gibi kadınların yaş, medeni durum, ırk gibi özelliklerinin farklı olmasıyla da açıklanabilir (Demir ve ark 2006).

Demir ve ark (2006)’ının bildirdiğine göre, Musal ve arkadaşları yalnızca ödemin 30 yaş ve üzerinde daha fazla, dermatolojik yakınmaların ise 29 yaş ve altında daha sık

olduğunu, diğer belirtilerin yaşla alakasının saptanamadığını belirtmişlerdir. Migren t¼r¼ baş ağrularının mensturasyon ve premenstruel gerilim sendromu ile yakından alakalı olduğu g¼sterilmiř ve fikir birliği sağlanmıştır. Menstrual migren sırasında ek olarak progesteron verilse bile migren ortaya çıkmaktadır, buna karşın bu d¼nemde ¼strojen yetmezliği veya ¼strojen progesteron dengede tutmak ¼nemli etkendir(Aksu,1998).

Tortumluoğlu ve vd., (2007)'nin ¼đrencilerle Başaran Gençdoğan'a ait PMS ¼lçeđi'ni kullanarak yaptıkları çalışmada PMS yaygınlığı %67.5 bulunmuştur. İnce (2001) ¼đrencilerle yaptığı bir araştırmada da PMS sıklığı %42.7 olarak bulmuştur. Geniş ¼rneklerde yapılan çalışmalarda PDB yaygınlığının ise %1–8 oranlarında farklılaştığı bulunmuştur(Adıg¼zel vd., 2007).



2.2.4. Şema Terapi Ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

2.2.5. Şema Terapi Modeli:

Şema terimi, Mantık kurallarını şematik intikal tarzında Özellikle Chrysippus (MÖ279-206) Stoa mantıkçılarıyla birlikte açıklamıştır. Yunan felsefesine kadar dayanmaktadır. Kant'a göre şema bir topluluğun üyeleriyle birlikte olarak algılanan kavramlardır (Young, Klosko and Weishaar, 2003). Şema terimi matematikten edebiyat kuramlarına dek değişik kavramların kurgusunu planlamak için kullanılmıştır (Bağdaçicek, 2009).

Şema Terapi Modeli Uzun süredir bir çözüm getirilmemiş ve kişilikle alakalı problemlere sahip hastaları tedavi etme amacıyla Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen bilişsel -davranışçı terapi yaklaşımının tıkandığı noktaları da kapsayan ve birçok farklı terapötik yaklaşımı özünde barındıran objektif ve dizgisel bir terapi modelidir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şema terapide bilişsel, duygusal, kişilerarası yöntemler bir araya getirilerek çocukluk dönemindeki en içteki duygusal ihtiyaçların giderilmemesinden kaynaklanan ve erken dönemlerden bireyin aktüel yaşamına erişen erken dönem uyumsuz şemalara odaklanılarak kişilerin temeldeki duygusal ihtiyaçlarını karşılamaları için uygun yollar bulmalarına yol gösterilmesi amaçlanır (Young ve ark, 2003). Yaklaşımın meydana gelişi kişilik bozukluklarının tedavi edilmesi olsa da ilerleyen zaman içerisinde kullanılarak yaygınlaşan şema terapi, yalnızca eksen II bozukluklarında değil aynı zamanda kronik kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar, yeme bozuklukları gibi eksen I bozukluklarının tedavisinde (Martin ve Young, 2010; Young ve ark, 2003) ve orta dereceden ciddi düzeye ilerleyen evlilik ve çift problemleri, (Young ve ark, 2003; Martin ve Young, 2010; DiFrancesco, 2009) kapalı ve açık arbedeleri, iletişim sorunları, birden fazla olan aşk ilişkileri, güven problemleri, öfkeli tepki davranışları, duygusal bozukluklar, tatmin etmeyen cinsel yaşam, ilişkide madde, cinsel ya da diğer bağımlılıklara bağlı çoklu sonuçlar, suistimal edici ve ceza verici ilişki, kişilik özelliklerinin karşı karşıya gelmeleri, bağlanamama gibi geniş problemler çerçevesinde faydalı görünmektedir (Tortamış, 2014).

2.2.6.Şema Kavramı Ve Oluşumu:

Piaget Psikoloji alanında ise ilk kez çocukluk bilişsel gelişiminin farklı basamaklarının tüm parametreleriyle ortaya konmasında kullanmıştır. Şema, geçmiş deneyimlerin toplu şekilde şimdiki zamanı etkilemesidir (Young, Klosko and Weishaar, 2003).Kişinin duygulanımı ve davranışları onun deneyimleriyle birlikte geliştirdiği ve dünyayı algılamasına yön çizen Beck'in yaklaşımına göre olan bilişsel şemalar tarafından belirlenir (Shaw ve vd., 1988; Beck, 1997).

Son yıllarda Young ve arkadaşları tarafından geliştirilen kurama göre Şemalar , bireyin dünya ve kendisiyle ilgili temel inançlarını kapsayan,kişisel ve çevresel bilgiyi düzene koymasında zemin oluşturan, geçmiş yaşantılarla köprü kurulan kognitif yapılardır. Çevreden edinilen bilgiyi kognisyonlara dönüştüren temel inançlardır. Erken dönemdeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla özdeşim kurularla oluşan Şemalar, yaşamda benzer deneyimler ve öğrenmelerle kuvvetlenir.İnançların en zeminini oluşturur. Kalıcı kognitif yapılar olan Şemalar bazen baş etme mekanizması olarak olumlu olabilecekleri gibi fonksiyonelliğini yitirmiş ve olumsuz da olabilirler(Young ve vd., 1992). Şemalar birbiriyle alakalı 2 etmenin etkisi altındır.Bunlar Kalıtım ve yaşanan çevre. Kişiliğin oluşmasında önemli rol oynarlar ve insanın hayatı boyunca devam ederler,uyumu kolaylaştırır.Çocukluğun temel ihtiyaçları sevgi,şefkat, ilgi,takdir,duygu ve ihtiyaçların karşılanması,kabul görme, düşünce ve isteklerini meydana getirme özerkliği, ve kendine güven duygusuna ulaşmasıdır. Çocuğun gelişimi sırasında onun ihtiyaçlarından başlanarak yapılırlar. Eğer bu ihtiyaçlar giderilmezse şemalar olumsuz ve uyum bozucu özellik taşır, aktive olarak kaygı bozuklukları gibi çok sayıda psikopatolojilere sebep olurlar (Stein ve vd., 1993; Delattre ve vd., 2004).

2.2.7.Şemalar Nasıl Değişir?

Şemalar uzun süreli modellerdir. Yoğun olarak köklerini salmış,ve tıpkı kötü alışkanlıklar önüne geçilemez istek gibi yerinden değiştirilmesi oldukça güçtür. Acıyı yeniden yaşamayı göze alma istekliliği değişim gereklidir. Şemayı anlamalı ve şema ile doğrudan yüzleşmek gerekir. Bununla birlikte değişimde düzen bağı olmalıdır. Her gün düzenli olarak davranışlar gözlemlenmeli ve değiştirilmelidir. Gelişigüzel şekilde değişim olmaz.Devamlı bir uygulama gerektirir.

Şemanın örüntüsünü değiştirmek için izlenen yollar;

- 1.)Şemayı tanımlamak;şemalarının ne olduğunu ve hayata etkisini bulmak.
- 2.)Şemanın çocuklukdaki kökeni anlamak; şemayı hissetmek,acıyı tatmak
- 3.)Şemaya karşı bir tutum oluşturmak; şemanın geçerli olduğunu mantık çerçevesinde yok etmek
- 4.)Şemanın oluşmasında etkisi dokunan ebeveyn,kardeş veya akrana mektup yazmak; yaptıklarının yaralayıcı olduklarını ve nasıl his uyandırdığını söylemek.
- 5.)Şema örüntüsünü ayrıntılarıyla dikkatlice incelemek; şemaların hayatımızdaki görevlerine bakmak
- 6.)Örüntüyü bozmak;etkisi en büyük şemayı bulmak ve onunla çalışmak.
- 7.)Denemeye devam; şema değişimi zaman alır.Tekrar tekrar yüzleşmek gereklidir.
- 8.)Ebeveyni affetmek; zorunlu değildir,taciz ve ihmal durumları var ise hiçbir zaman bu affetme süreci yaşanmayabilir. İyileşme süreci devam ederken ebeveynini affetmesinin kendiliğinden olduğu görülür(Young, Klosko and Weishaar, 2003).

2.2.8.Erken Dönem Uyumsuz Şemalar:

Erken dönem uyumsuz şemaların çoğunluğu, çocukluk ve ergenlik döneminde tekrar eden zarar verici deneyimler sonucunda gelişmektedir (Young ve vd., 2003; Martin ve Young, 2010; Young ve Klosko, 2011). Ancak erken dönem uyumsuz şemaların gelişmesinde çocukluk çağı travmaları etkilidir fakat her şemanın kökeninde bir çocukluk çağı travmasının da olduğu söylenemez (Young ve vd, 2003).

Çocukluk ve ergenlik döneminde inşa edilen şemalar, yetişkinlik döneminde yaşanan olaylarla tetiklenerek kişilerin düşünceleri, hisleri, davranışları, diğer kişilerle olan ilişkileri, kendilik algıları ve ruh halleri üzerinde önemli payı vardır ve çelişkili şekilde çocukluklarında onlara en çok zarar veren koşulları kişilerin istemeden çocukluklarında yeniden yaratmalarına yol açmaktadır(Tortamış,2014).

Yaşamın erken dönemlerinde geliştikleri için Erken işlevsel olmayan şemalar belirgin olarak işlevselliği bozucudurlar,kendilerini sürdürürler,değişmeye direnç gösterirler. Şemanın zıddı olaylarla karşı karşıya kalmırsa dahi kişiler ısrarlıca gelen bilgileri gerçek anlamından saptırırlar(Bağdaçicek,2009).

Erken dönem uyumsuz şemalar her ne kadar yıkıcı ve acı verici olsalar da kişiler şemalarını tetikleyen olaylara kendilerini yakın hissederler çünkü kişilere rahat ve bilindik hayat sağlarlar. (Young ve ark, 2003; Young ve Klosko, 2011). Çünkü kişilerin şemalarından vazgeçmesi onlar için kim olduklarından,dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemeleri anlamına gelmektedir (Young ve Klosko, 2011). Bu durum şemaların değişmesini zorlaştıran nedenler içindedir(Young ve vd., 2003). Şemalar kişiden kişiye değişen şiddet ve yaygınlık gösterirler,boyutsaldırlar. Şemanın şiddeti yükseldikçe,şemayı tetikleyen durumların sayısı ve ortaya çıkan olumsuz duygunun yoğunluğu ve süresi de artmaktadır(Bağdaçicek,2009).

2.2.9.Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Kökenleri:

Erken dönem uyumsuz şemaların gelişim göstermesinde etkili olan sebepler; çekirdek duygusal ihtiyaçlar, erken dönem yaşam deneyimleri, ihtiyaçların zarar verici biçimde engellenmesi şeklinde üç ana başlık altında toplanmıştır (Young ve vd., 2009).

2.2.9. Çekirdek Duygusal İhtiyaçlar: Kişiden kişiye kıvamı değişse de genel olarak olan çocukluk dönemi duygusal gereksinimlerin karşılanmamasının, erken dönem uyumsuz şemalara sebep olduğu düşünülmektedir (Young ve vd., 2009). Bu duygusal gereksinimler şöyledir;

- i. Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve benimsenme)
- ii.Otonomi, yeterlilik, olumlu kimlik algısı
- iii.Gereksinim ve duyguları ifade etme özgürlüğü
- iv. Kendiliğindenlik ve oyun
- v. Akılcı sınırlar ve özdenetim

Psikolojik olarak sağlıklı kişiler aracılığıyla genellenmiş olduğuna inanılan bu çekirdek ihtiyaçların uyumlu şekilde tolere edildiği varsayılmaktadır (Young ve ark., 2003).

2.2.9.1. Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Yetişkin yaşamda etkin olan şemalar, erken dönemde ebeveynlerle yaşanan tablonun çok benzeri olduğundan, dominant olan şemaların kökenine bakıldığında çekirdek ailenin önemli bir etkisi olduğu görülmektedir (Martin ve Young, 2010). Young ve arkadaşları (2009), şemaların gelişiminde etkin olan erken dönem yaşantılarını 4 kategori başlığında incelemiştir.

i. Gereksinimlerin zedeleyici olarak engellenmesi: Çocuğun, ebeveynleri tarafından düzenli biçimde anlayış ve sevgi gibi önemli ihtiyaçlarının giderilmediği veya yeteri kadar iyi deneyimlerin olmadığı kavramı anlatmaktadır. Bunun sonucunda duygusal yoksunluk ya da terk edilme gibi şemalar ortaya çıkabilir.

ii. Travmatize etme, darbelenme, ya da kurbanlaştırma: Fiziksel ya da duygusal açıdan zarar gören, çocuklukta kötü muameleye maruz kalmış kişilerde ve kurban edilen çocuk güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç, zarar görme karşısında incinebilirlik gibi şemaları gelişir.

iii. Gereksinimlerin olduğundan fazla karşılanması, aşırı koruma: Ebeveynlerin çocukların gerek duyduğundan daha fazlasını vermesi durumunda çocuklar, hak görme/büyüklenmecilik şemalarını geliştirebilirler. Ebeveynler, çocukların temel duygusal ihtiyaçlarını gidermek yerine onlara karşı aşırı müdahale sergileyici ve koruyucu olduğunda ya da limiti olmayan özerklik ve özgürlük verdiğinde ise bağımlılık/yetersizlik gibi şemalar meydana gelebilir.

iv. Seçici içselleştirme ya da önem verdiği kişilerle özdeşleşme: Çocukların hayatındaki önemli kişilerin düşüncelerini, duygularını, deneyimlerini ve davranışlarını içselleştirmesi ya da onlarla özdeşim kurmasını tanımlar. Örneğin ailesinden şiddet gören bir çocuk, karşı gelemeyip "kurban" rolüne bürünebilir veya karşı koyarak özdeşleşerek "saldırgan" haline girebilir.

2.2.9.2. Duygusal Mizaç: Erken dönem çocukluk yaşantısının yanında çocuğun mizacında şema gelişiminde önemlidir.

Kişiliğin biyolojik yönüne önem vuran çalışmaların da arka çıktığı gibi çocuklukta huy özellikleri, zaman içinde sabitleşir(Young ve vd., 2003).Gevşeklik-tepkisizlik, kötümserlik-iyimserlik, kaygılı olma-dinginlik, obsesiflik-dağınık dikkat, pasif kalmak saldırganlık, sinirlilik-keyiflilik, sakinlik-girişkenlik gibi mizaç alanları büyük alanda çocukluktan gelen ve psikoterapi ile tek başına değişimi olmayan özelliklerdir(Young ve vd., 2003; Martin ve Young, 2010). Çocukluk dönemi yaşantıları ile bağlantılı olan mizaç, aynı yaşam olayını tekrar yaşayan çocukların bu yaşamışlıklardan değişik şekilde etkilenmelerine ve her çocukta farklı baş etme mekanizmalarının ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (Martin ve Young, 2010). Erken dönem yaşantıların duygusal mizacı önemli ölçüde baskıladığı durumlar olduğu gibi mizacın da erken dönem yaşantılara dominant geldiği durumlar olabilmektedir. Örnek olarak aşırı duygusal bir huyu olan çocuk,aile yaşantısının gerektirdiği sebep yok iken bile psikopatoloji geliştirebilmektedir(Tortamış,2014).

2.3.3.Şema Alanları Ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema terapi yaklaşımında erken dönem uyumsuz şemalar beş genel bölümde toplanmıştır ve bu bölümlerin içerisinde on sekiz şema alanı bulunmaktadır(Tortamış,2014).

***Güvenli Bağlanma – Ayrılma / Dışlanma:**

Çocuğun Kendi ile zaman geçiren bireylere bağlanabildiği güvenli bir yuvaya gereksinimi olur,Bu yuvada bakım veren bireylerin devamlılığı ve tutarlı hareketler sergilemesi lüzumludur.(Bowlby J, 1969,1973).Huzur dolu ve güvenli dolu ortamda büyüyen çocuk, öncelikle Ayrılma, dışlanma, reddedilme anlarında çok büyük sıkıntı duymaz kendisini koruyarak,kollayarak,destek olarak bakım veren bireyler ilk sırada gelmek üzere, diğer kişilere de aynı güven duygusuyla bağlanabilir ve büyüdüğünde diğer insanlara bağlanırken huzursuzluk hissetmez.Fakat Bu ihtiyaçların giderilmediğinde mesafeli,soğuk, dışlayıcı, koruyucu, yalnız, aniden fişkıran tepkilerin olduğu, huzursuz edici ve taciz edici aile atmosferindeki erken yaşantıların sonunda “ayrılma ve reddedilme alanı” başlığındaki şemalar oluşur(Bağdaçicek,2009).

Bu Alandaki Şemalar:

1.Duygusal Yoksunluk: Duygusal gereksinimlerin diğer kişiler tarafından yeteri kadar giderilemeyeceğinin beklentisidir(Bağdaçicek,2009). Bu yoksunluğun 3 ana çeşidi:

a.)İlgi yoksunluğu: ilgi,alaka,sıcaklık hissi veya arkadaşlık olmaması.

b.)Empati yoksunluğu:Dinleme,anlamak,başkalarıyla duygularını açmak ve paylaşmak yokluğu

c.)Korunma yoksunluğu:başkalarının yönlendirmesi,rehberlik etmesi ve kişilerden duyulan güç(Young ve vd., 2003).

2. Terk Edilme: Önem verdikleri kişiler ve bağlanacakları kişilerin kendilerini bir başkasına tercih edeceklerine,terk edeceğine karşı yoğun bir inanmışlıkları vardır.Kurulan bağlantılılık ve duygusal destek gibi ilişkideki pozitif hallerin sürmeyeceğine ilişkin duyguları bulunur.

3. Şüphencilik: Başkalarının tarafından küçük düşürüleceği,istismar edileceği, aldatılacağı,kötüye kullanılacağı,beklentisidir. Zararın kasten yapıldığı ya da haksızlık ve aşırı ihmal edilme sonunda olduğunun hissini kapsar.

4. Kusurluluk: Kusurlu, kötü, istenmeyen, yeterli olmayan,ya da önemli bireyler için sevilmez olacağı duygusudur. Eleştirilmeye, reddedilmeye, suçlanmaya aşırı hassastırlar. Diğer kimseler yanında kusuruyla alakalı yoğun utanç ve güvensizlik duygusu ön plandadır. Kişinin kendinde olduğuna inandığı bu kusurlar kişisel olarak (bencilim, kiskancım, kabul görmez cinsel eğilimlerim var gibi..) yada genel görünüm (çirkinim, burnum büyük, girişken değilim) olabilir.

5. Sosyal izolasyon: Dünyanın tümünden soyutlanmış, diğer insanlardan değişik, bir grubun veya topluluğun parçası olamama duygusudur. Kendinde olduğuna inandığı bir farklılık hisseder. Diğer bireylerin kendisini aralarına almadığını,yok sayıldığını ya da aralarına alınmayacağını ve yok sayılacağına inanır(Bağdaçicek,2009).

***Hareket Özgürlüğü / Yeterlilik Ve Kimlik Algısı- Zedelenmiş Hareket Özgürlüğü**

Çocukluk çağının başka gereksinimi, bağımsız olarak hareket etmenin kazanımıdır. Ebeveyn veya bakım veren kişilerin desteğiyle çocuk kendi yeterliliğini ve becerilerinin farkına varır. Çocuğun yeni beceriler kazanımı oldukça ve bu yetenekler çoğaldıkça kendine olan güveni çoğalır. Ebeveyn, çocuğun kendi performansını zamanı geldiğinde dener, konum sağlayarak ya da bu niteliklere engel teşkil etmeyerek, onun gerçek hayatta kendi hareket serbestliğini, becerilerinin yeterli gelip gelmediğini hissettirir. Buna ek olarak çocuğun kendilik algısı kazanımını da kademeli olarak ayrılmayı doğrulamayla sağlatılır.

Çocuğun aşırı korunup kollandığı, gelebilecek kazalardan ve olumsuzluklardan korumak için işlerin onun adına yapılanı ailelerde, çocuk kendi performansının farkında olamayacak ve hayata karşı kendini yetersiz ve performansında da hep bir eksiklik arayacaktır. Tam zıddı her problemi ile aşırı ilgilenen aile durumunda da önce ailesiyle, sonra eşi ve diğer bireylerden ayırt edilemeyerek kendisinin farkında olmadan bir hayat devamı getirecektir (Young ve vd., 1996, 1997, 2003; Stein ve vd., 1993).

Bu Alandaki Şemalar:

- 1. Bağımlılık:** Karar alma ve onu yürütme, doğru ile yanlış birbirinden ayırt etme özelliklerinde güvensizlik durumu hakimdir. Dolayısıyla birey diğer kişilerden yardım almadan problemlerle baş edemeyeceğine endekslenir ve etrafında sürekli kendisine destek olacak, yeni işleri kendi adına yapacak birine gereksinimi vardır.
- 2. Dayanısızlık:** Beklenmedik bir yıkımın önüne geçilemeyeceğinden ve herhangi bir zamanda olacağından duyulan yoğun korkudur. Bu Korku; tıbbi felaketler (kalp krizi, AIDS, kanser vs), duygusal felaketler (çıldırma, bayılma) ya da dışsal felaketler, doğal afetler – travmalar (depresyon, sel, terör, asansörün düşmesi vs) ile alakalıdır.
- 3. Başarısızlık:** Kişinin başarısız olduğuna, kati olarak başarılı olamayacağına ya da başarı alanlarında diğer kimselere oranla yetersiz olacağına güçlü bir inanmışlığı mevcuttur.
- 4. Yapışıklık:** Bir ya da daha çok önemli kişiye (genelde ebeveynler) aşırı duygusal ilgi ve bağlılık vardır. Sıkça yapışık olan kişilerden en az birinin, diğer kişinin daimi desteği

olmazsa mutlu olamayacağına veya dayanamayacağına ilişkin inanmışlığı barındırır, bireysel yaşamdan feragat edilir ya da sosyalleşmeden cayılır.

***Gerçekçi Limitler – Zedelenmiş Sınırlar:**

Bu alandaki şemalar, başka bireylere karşı sorumluluklarda, içsel sınırlarda, uzun süreli amaç yönelimlerinde yeterli olmama ile alakalıdır. Bu şemalar başka kişilerin hakkına saygıda, akılcılık doğrultusunda kişisel hedefler oluşturmaya ulaşmada, koordineli çalışmada, sözleşmeler yapmada güçlüklerle sebep olur. Ebeveyn, çocukta herhangi bir rahatsızlık yaratmadan kendi alanını anlamasında ve engellenmeye karşı hoşgörü geliştirmesine destek sağlar. Çocuğun kendisine sınırlarının gösterimi gereksinimi duyar. Bu şemaları olan bireylerin aileleri sıkıdüzen ve limitler yerine üstünlük hissiyatının verildiği, aşırı hoşgörülü, aşırı bağlı, yönlendirmenin az olduğu, eş güdüm gösterme ve hedef belirleme ile alakalı olarak uygun terbiyenin aşılanmadığı ailelerdir (Young ve ark, 1990,1994,1996,1997,2003).

Bu alandaki şemalar:

- 1. Haklılık:** Birey diğer insanlara göre daha imtiyazlı ve üstün olduğuna inancı bulunur. Özel hakları ve ayrıcalıkları bulunmaktadır. Normal toplumsal yaşamı ilerleten, kurallar gibi kısıtlılıkları yoktur. Başkalarının gereksinimlerine aldırılmadan, kendi düşüncelerinin fazlasıyla arkasında durarak, gereksinimleri doğrultusunda diğer insanların davranışlarını yön vererek başkaları ile yoğun yarış ve baskı oluşturur.
- 2. Yetersiz özdenetimi :** Kişisel hedeflere varabilmek için yeterli öz-denetim göstermeyi reddetme ya da kişinin aşırı olan duygu ve dürtülerini engellemeye çalışmakta zorlanma görülür. Sorumluluk almaktan ve aşırı çaba göstermekten kaçınma davranışı belirgin olarak görülür.

* İçtenlik ve Oyun- Aşırı Hassasiyet

Çocuk, yanlış yapmaktan korkmadan dilediğince davranması konusunda iyi yön gösterildiğinde, hayatın yalnızca başarıyı yakalamak adına var olmadığı bilincine yükselir, iş ve eğlence arasındaki teraziye zorlanmadan dengede tutmayı başarır ve yanlışlarına karşı sert bir kimliğe bürünmez. Duygularını başkalarına çekinmeden dile getirebilir ve hayata karşı pozitif bakışı olur. Kendilerinden ve çocuktan beklentileri yüksek olan bu ortamın oluşturulamadığı ailelerde tenkitten kaçınmak için kişinin davranışa ve başarıya ilişkin çok yüksek düzeylere ulaşması gerektiğine dair çocukta da önemli ölçüde etki bırakan bir inanmışlık vardır. Oluşan şemalar ile kişinin kendisine ve başkalarına karşı yoğun eleştirel boyutta yaklaşım, zevk almada, gevşemede, başarı hissinde veya tatmin edici ilişki kurmada, sağlık da, kendine güvende önemli boyutta bozulmalar yaşanır (Young ve vd., 1997; 1998, Stein ve vd., 1993; Dozier ve vd., 1995).

Bu Alandaki Şemalar:

- 1. Cezalandırıcılık:** Hata yaptıkları için insanların cezalandırılması gerekliliğine inancı taşırlar. Öfkelenme, acımasızlık, beklentilere uymayan bireylere (kendisi de dahil) tahammül gösterememe eğilimleri vardır. Kendisini ve başkalarının hatalarını affetmekte zorluk yaşarlar.
- 2. Yüksek standartlar:** Eleştiriden kaçınmak için davranışlar ve eylem becerisinde çok yüksek düzeylere çıkılması gerektiğine karşı bir inanç vardır. Bugünden itibaren başlayarak kişinin yaşamı süresince hiç durmadan çalışıldığında ancak bu yüksek düzeylere ve standartlara varılabileceğini düşünürler. Kendisine ve diğer insanlara karşı yoğun eleştirel boyutları bulunmaktadır.
- 3. Duyguları bastırma:** Olumsuz hallerden kaçınmak için, duyguların ve davranışların yoğun baskı altında hapsedilmesidir (Bağdaçicek, 2009).
Baskılamanın en geniş alanları:
 - a.) saldırganlık ve öfkenin baskılanması
 - b.) olumlu dürtülerin baskılanması (cinsel heyecan, oyun, sevinç..)
 - c.) kişinin duyguları ve gereksinimleri ile ilgili incinebilirliği zorlukla ifade etme
 - d.) duygular yok sayılırken akılcılığa aşırı yoğunlukta önem verme (Young ve vd., 2003).

4. Karamsarlık: Hayatın pozitif yanlarını görmezden gelirken, negatif yanlarına ısrarlıca ve yaşam süresince bir odaklanma olmaktadır. Kendi sorumluluk alanları içindeki gelişigüzel bir durumun net bir şekilde kötü bir hale gelebileceğine dair güçlü bir inanç bulunmaktadır.

***Gereksinim Ve Duyguların İfade Özgürlüğü- Başkaları Yönelimlilik**

Bu alandaki şemalar, çocuğa duygu ve gereksinimlerini açıkça söylemesinin en doğal hakkı olduğunun aşılması ile bağlantılıdır. Çocuk, her birey gibi, evrensel çapta ihtiyaçlarının neler olduğunu anlar. Bunları karşısındakinden isterken ve ele geçirirken sadece kendi menfaatlerini gözetme hissi ile utanma hissetmez. Kendini dile getirdiğinde karşısındaki insandan bir zarar verici davranışa verilen aynı biçimde karşılık beklemez.

Bu temel ihtiyacın giderilmediği hallerde kendi gereksinimlerine rağmen ilişkinin devam etmesi, sevgi ve onaylanma, karşıdan gelecek tepkiden kaçınma ya da diğerlerinin acısını yumuşatmak için, başkalarının istekleri, duyguları ve tepkileri üzerinde aşırı bir eğilme durumu bulunmaktadır. Kendi isteklerinin farkına varmazlar ve onları baskırlar. Aile çeşitleri çocuğun sevgi, onay ve ilgi kazanmak amacıyla, kendi ile ilgili önemli halleri baskılamak zorunda olduğu şartlı kabule dayanır. Bu ailelerin büyük kısmında anne babanın duygusal gereksinimleri ve istekleri, sosyal olarak kabulleri, çocuğun ihtiyaçları ve duygularından daha önemlidir (Bağdaçicek,2009).

Bu Alandaki Şemalar:

- 1. Onay Arayıcılık:** Başka insanlardan onay almaya, kabul veya ilgi kazanmaya, tanınmaya, ortama uyum sağlamaya karşı yoğun bir özen bulunur. Bireyin kendinden emin olabilmesi için ancak diğerlerinin onayı ile olmaktadır.
- 2. Fedakârlık:** Diğer insanların gereksinimlerini gidermek için yoğun emek harcanır. Bu harcanan emek çoğunlukla tatmin olmamaya sebep olur. Başkalarının acılarına karşı güçlü bir hassaslık sebebiyle meydana gelir. Kendi ihtiyaçlarının giderilmediği hissiyatına ve fedakârlık yapılan kişilere karşı öfke duymaya sebep olur.
- 3. Boyun Eğicilik:** Bireyin isteklerinin, düşüncelerinin ve hissiyatlarının diğerleri için geçerli ya da önem taşımadığının algılamasını kapsar.

Kendisi tepkiden kaçınmak için,zorundaymışcasına kontrolü başkalarına teslim eder.Bu durum çoğunlukla uyum taşımayan semptomlarda meydana gelen öfkenin oluşumuna sebep olur(Bağdaçicek,2009).(yani pasif agresif davranış gösterme,kontrolsüz patlamalar,sevgiden geri çekilme,psikosomatik belirtiler,madde bağımlılığı)(Young ve vd., 2003).

Boyun eğmenin iki ana tipi vardır;

a.) İhtiyaçların boyun eğmesi: Bireyin tercih ettiklerini,aldığı kararlarını,arzu ve isteklerini baskılaması.

b.) Duyguların boyun eğmesi: Duyguları bilhassa öfkeyi baskılama
Çoğunlukla bireyin arzularını,isteklerini,duygu ve düşüncelerini,geçersiz olma veya başkalarına daha fazla önem gösterme algısını kapsar(Young ve vd., 2003).

2.3.4.Şemalar Nasıl Aktive Olur?

Erken dönem uyumsuz şemalar yaşamın erken periyotlarında çocuğun içinde bulunduğu çevre hakkında bilgi vermesi ve başa çıkmaya yönelik olması sebebiyle fonksiyoneldir fakat, yetişkinlikte kişilerin değişen çevresel etmenlere rağmen dünyayı şemalarıyla uyuşan bir bütün olarak algılamaları ve şemalarını devam ettirecek tepkiler vermeleri nedeniyle uyumsuz hale gelmekte ve patolojilerin oluşumuna sebep olmaktadır. Şema yaklaşımına göre şema teslimi, şema kaçınması ve şema aşırı telafisi şemaları devam ettiren uyumsuz başa çıkma yöntemleridir(Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şema teslimi, şemaya güç veren ve sürekliliğini sağlayan düşünsel, davranışsal ve duygusal yöntemleri; şema kaçınması, şemayı aktive edecek uyaranlardan kaçınmayı; şema aşırı telafisi ise şemanın tersini meydana getirecek duygu, düşünce ve davranışları içermektedir(Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Şemaları devam ettirici başa çıkma yöntemleri çok sayıda psikopatolojide görülebilmektedir(Eldoğan ve Barışkın, 2014).

2.3.5.Şema Modları:

Şema modu kavramı borderline kişilik bozukluğu (BKB) olan hastalarla çalışmalarda meydana çıkmıştır. Tümünü tecrübelediğimiz an süren duygusal anlar ve uyumlu uyumsuz baş etme yöntemleridir.Genellikle yoğun hassaslaşma sergilediğimiz yaşam olaylarına göre harekete geçer. Hastalarda bu durum fonksiyonelliğini yitirmiş modan sağlıklı olan moda geçişine destek olma şeklindedir. Herhangi bir anda şema veya şema etkinliklerinin bazıları hayattaki olaylarla aktive olur ve var olan davranışlarımızda dominant olurken,bazıları da hareketsiz ve cansız kalırlar. Zamanın herhangi bir anında içinde yaşadığımız dominant hali şema modudur. Mod için şunu cevaplaması yeterlidir: hasta herhangi bir zamanda hangi şema veya şema etkinlik grubunun içindedir?

İşlevsiz şema modu;belli uyumsuz şema veya baş etme yöntemleri benimsenen ve kişinin işleyişini kontrol altında tutan sıkıntı veren hislerdir,kaçınma tepkisi veya kendiliği yok eden davranışlar içinde patladığı anda aktive olmaktadır. Kişi hemen fonksiyonelliğini yitirmiş şema modundan diğerine geçer,bu geçiş ortaya çıktığında farklı şemalar ve ya baş etme tepkileri cansızken aktif olurlar. Modlar kişiden kişiye bir çok boyutta değişiklik gösterirler.

Genel olarak genel kategoride gruplanan 10 şema modeli vardır. Çocuk Modları,İşlevsiz Baş Etme Modları,İşlevsiz Ebeveynlik Modları,Sağlıklı Erişkin Modu.

4 adet çocuk modu vardır;İncinebilir Çocuk,Öfkeli Çocuk,Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk Ve Mutlu Çocuk Modları. İncinebilir Çocuk,çok sayıda çekirdek şema tecrübelendiren moddur: Terk Edilmiş Çocuk,Suistimal Edilmiş Çocuk,Yoksun Çocuk,Reddedilmiş Çocuk,Öfkeli Çocuk,karşılanmayan duygusal gereksinimlerle alakalı öfkelenen ve sonuçlarını görmeden kızgın şekilde hareket eden tablodur. Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk,kenisi ya da başka kimseler için olabilecek sonuçlara bakmadan duygularını açığa vurur,arzu ve istekleriyle hareket alanı sağlar ve hiçbir şey umurunda değil edasıyla eğilimlerini takip eder. Mutlu Çocuk temeldeki duygusal gereksinimlerinin giderildiği moddur

3 adet işlevsiz baş etme modu vardır: Söz Dinleyen Temsilci,Kopuk Korungan Ve Aşırı Telafi Edici. Bu üç mod teslim olma,kaçınma ve aşırı telafinin baş etme biçimlerine karşılığıdır. Söz Dinleyen Temsilci, başkalarına boyun eğmek zorundalığını yaşayan sessiz ve aciz olarak şemaya boyun eğmektedir. Kopuk Kırılğan, kişilerden kaçınma davranışı gösteren, madde kullanımı,duygusal yükü ayrılma ile şemanın acısından da geri döner. Aşırı Telaficiler, ya diğer kimselere kötü davranırlar veya fonksiyonelsiz tavırla şemayı çürütme girişiminde aşırı davranış sergileyip karşı gelirler.

2 adet işlevsiz ebeveyn modu vardır: Cezalandırıcı Ebeveyn Ve Talepkar Ebeveyn. Cezalandırıcı Ebeveyn Modunda ebeveyn kötü olduğundan çocuk modlarından birine ceza verir, Talepkar Ebeveyn, çok yüksek beklentileri gidermesi için çocuğu baskı altına alır. Sağlıklı Erişkin,terapide görmek istediğimiz mod,hastaya yüklerinden kurtulup hafifletmeyi,ilgi alaka göstermeyi, veya diğer modları iyilieştirmesini barındırır (Young ve vd., 2003).

2.3.6.Duygu Durum Bozuklukları Ve Şemalar:

Şemaları devam ettiren etkenler arasında Bilişsel modellerin sosyal fobinin temel özellikleri olarak tanımladığı duygu yoğunluğu ve duygu düzenleme zorluğu da yerini alabilir. Başa bir deyişle,erken dönem uyumsuz şemaların devam ettirebilmesi hedefiyle “duygulara ilişkin farkında değildir, duyguların kabul edilememesi, duyguların açıkca söylenmemesi ,duygu ile başa çıkmada hedef odaklı davranışlara uzanmakta zorluk yaşanması ve dürtüsel davranışlarda bulunulması” olarak anlatılabilen duygu düzenleme zorluğunun tecrübelenmesi ve tecrübelenen duygu düzenleme zorluğunun da sosyal fobiye neden olması ihtimaldir(Gratz ve Roemer, 2004).

Yapılan araştırmalar duygu düzenleme zorluğunun anksiyete, yeme bozuklukları, duygu durum bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi psikopatolojiler ile alakalı olduğunu göstermektedir (akt. Gross, 1995). Sosyal fobide duygu düzenleme güçlüğü ise bireylerin tecrübelendirdikleri duygu ile başa çıkabilmek için kaçınma gibi fonksiyonel olmayan duygu düzenleme yöntemlerine girmelerine ve duygularını açığa vurmada güçlük yaşamaları şeklinde belirtilmektedir(akt. Gross ve Levenson, 1997; Mineka ve Zinbarg, 2006).

Sosyal fobide duygu düzenleme zorluğu tecrübelendirilen kaygı ve korkunun güçlenmesine, kişinin psikolojik ağırlığının çoğalmasına sebep olur. Bu bilgiler doğrultusunda bireyler terk edilme, başarısızlık, karamsarlık gibi uyumsuz şemalarının tesiriyle sosyal ortamlarda eleştirilecekleri, küçük görülecekleri, negatif tutumla değerlendirileceklerine ilişkin sosyal kaygı durumları olabilir (Neal ve Edelman, 2003). Bu sosyal kaygı ise şemaların devam ettirilmesi adına tecrübelenecek duygu düzenleme sorunlarının tesiriyle sosyal fobi semptomlarına neden olabilir. Örneğin, bireyler şemaları yüzünden sosyal uyaranlardan kaçınmak için sosyal ortamlarda bulunmamayı tercih edebilir ya da kendileri ve becerileriyle alakalı olumsuz beklentileri sonucu tecrübelendirilecekleri kaygıyla başa çıkamayacaklarını düşünürler. Bu durum sosyal kaygının çoğalmasına ve sosyal fobi semptomlarının oluşmasında neden olur.

Sonuç olarak, bireylerin erken dönem uyumsuz şemalarının ve tecrübelendirdikleri duygu düzenleme sorunlarının kaygı ve duygu durum bozuklukları gibi çok sayıda psikopatolojinin çekirdeklerinin kapsadığı bilinmektedir (Eldoğan ve Barışkın, 2014).

2.3.7.Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Yapılan Çalışmalar:

Şema terapi modeline ilişkin kavramlarla ilgili alana bakıldığında, modelin ortaya çıkışıyla uygun olarak çalışmaların fazlasının şemalar ve kişilik bozuklukları ilişkisini incelediği bulunmaktadır. Fakat öncede belirtildiği gibi şema terapi, zaman içerisinde eksen I bozukluklarının tedavisinde de kullanılmaya başladığından alanda erken dönem uyumsuz şemalar ile kaygı bozuklukları, depresyon gibi eksen I bozuklukları arasındaki ilişkiyi ele alan ve bu bozuklukların erken dönem şemalarla alakası olduğunu vurgulayan çalışmalara da rastlanmaktadır.

Stiles (2004), üniversite örneğinde erken dönem uyumsuz şemalar ile romantik ilişkide yakın olma düzeyi arasındaki ilişkiye bakılmış; şemaları duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, terk edilme ve büyülenmecilik olan bireylerin ilişkilerindeki yakınlık seviyesinin daha düşük, şeması yüksek standartlar olan bireylerin ise ilişkilerindeki yakınlık seviyesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Caner (2009), eşe özgü değerlendirmeler, algılanan anne baba biçimi, ve erken dönem şemalar arasındaki bağlantıya baktığı çalışmasında kopukluk/reddedilmişlik, zedelenmiş özerklik ve başkaları yönelimlilik şema alanlarının eşe yönelik değerlendirmelerde

bağımlılık, kopukluk, kontrolcülük boyutlarını öngördüğünü ve erken dönem uyumsuz şemaların algılanan ebeveynlik stilleri ve eşe yönelik değerlendirmeler arasında aracı bir görevi olduğunu belirtmiştir.

Erken dönem şemalar boşanma ile de bağlantılı olduğu görünmektedir. Yoosefi ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada boşanmanın erken dönem uyumsuz şemalar alt yapısında anlaşılabilceği sonucuna varmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre erken dönem uyumsuz şema seviyesi; yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu; geniş ailede yaşama; düşük düzeyde evlilikten önce birliktelik çoğaldıkça eşler boşanmaya daha hassas duruma gelmektedir. Terkedilme, kusurluluk, duygusal yoksunluk ,güvensizlik/kötüye kullanılma, şemalarından sıkıntı çeken eşler boşanmaya karşı daha hassastır ve yapışiklık ile duyguları bastırma şemalarından sıkıntı yaşayan eşlerin boşanması daha da olasıdır.

Erken dönem uyumsuz şemalar cinsel işlev bozukluğunun meydana gelişinde ve devam ettirilmesinde önemli etkisi görünmektedir. Erken dönem uyumsuz şemaların erkeklerde cinsel bozuklukların yaşanmasında ve devam etmesinde bir özen olarak kavramsal yapılabileceğine dikkati çekmeyi ve cinsel işlev bozukluğu sorunu yaşayan ve yaşamayan erkeklerde, temel bilişsel yapılara netlik vermeyi hedefleyen bir çalışmada (Gomes ve Nobre, 2012) cinsel işlev ve belli şemalar arasında anlamlı bağlantılar bulunmuştur. Bilhassa bağımlılık/yetersizlik ve başarısızlık şema alanları güçsüz düzeydeki cinsel fonksiyonla aşırı boyutta bağlantılıdır. Buna ilaveten cinsel fonksiyon bozukluğu olan ve cinsel olarak sorunu olmayan erkeklerle mukayese edildiğinde cinsel fonksiyon bozukluğu olan erkeklerde hipotetik olarak başarısız cinsel durumlarda daha fazla çaresizlik ve yetersizlik şemalarının uyandığına varılmıştır.

Yapılan diğer bir çalışmada şemaların kadın örneklemin de cinsel fonksiyonelliği üzerinde etkili olduğuna varılmıştır yalnızca erkek örneklemin cinsel fonksiyonelliği alanında değildir. Vajinismus tanısı alan kadınlar ve eşlerinde bilişsel şemalar ve bağlanma biçimlerini inceleyen bu çalışmanın (Çeri, 2009) sonuçlarına göre tanı alan ve karşılaştırılan eşler; iç içe geçme,istenilmeme/yetersizlik, bağımlılık,fedakarlık,duyguların bastırılması ve otokontrolde yetersizlik şema boyutları alanında farklılık gösterilmiştir.

Şema kuramını destekleyen sonuçlar Şemalar ve kişilerarası ilişki biçimlerinin incelendiği çalışmalarda da görülmüştür. Kişilerarası ilişki biçimleri ile çocukluk dönemi zedeleyici yaşantıları arasındaki bağlantıyı ve erken dönem uyumsuz şemaların bu ilişkideki ara bulucu görevini inceleyen bir çalışmada (Kaya, 2010), belli erken dönem uyumsuz şemalar ile kişilerarası ilişki biçimleri arasında bağlantı olduğu bulunmuştur. Bazı yönlerden benzerlik gösteren bir çalışmada Çolakoğlu (2012) tarafından genç yetişkinlerde kendilik algısı, erken dönem uyumsuz şemalar, kişilerarası ilişkiler ve algılanan ebeveynlik biçimleri üzerine yapılan çalışmada da belli şemaların kişilerarası ilişki tarzları ile bağlantılandığı vurgulanmıştır.

Bazı zamanda erken dönem uyumsuz şemalar kişilik bozukluklarında ilişki problemlerine sebep olduğu için araya girerek eşler arasında uyumu arttırmaktadır. Mokhtari ve arkadaşları (2012), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan kişilerde şema terapinin evlilik tatmini üzerindeki etkisini araştıran çalışmalarında şema terapinin obsesif kompulsif kişilik bozukluğu semptomlarını azaltarak evlilik tatminini arttırdığı bulunmuştur (Tortamış, 2014).

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma ile Şema özellikleri ve menstrüasyon ilişkisi, Özellikle premenstrüel sendromu olan kadınların adetlerinin ilk günü ve 15 gün sonra şema özelliklerinin değişip değişmediğine bakılıp belirlenmesi ayrıca iki değişken arasındaki ilişkinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

3.1. ARAÇLAR

3.1.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu(Ek.1)

Katılımcıların bu araştırmanın konusuna yönelik bilgi sahibi olmalarını amaçlayan form ile araştırmanın konusu dışında hedef ve gizlilik esasına yer verilmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden katılımcılara sırasıyla diğer ölçekler verilmiştir.

3.1.2. Sosyodemografik Veri Formu (Ek.2)

Katılımcının yaş, cinsiyet, psikolojik yardıma ihtiyaç duyma durumu, ihtiyaca yönelme gibi değişkenlerin buna bağlı soruların yer aldığı, araştırmacı tarafından çalışmaya özel olarak hazırlanmış bir formdur.

3.1.3. YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM-3 (YŞÖ-KF3)

YŞÖ-KF3, 205 maddelik 16 şemadan oluşan uzun form (Young ve vd., 2003) ve 75 maddelik 15 şemadan oluşan kısa formdan sonra (Cecero ve vd., 2004), bu formlardan farklı olarak, Onay arayıcılık, Cezalandırıcılık ve Karamsarlık şemalarının da eklenmesiyle oluşturulmuş 90 maddelik bir kendini bildirim ölçeğidir. Kendini

bildirime dayanan bu ölçeğin yönergesinde katılımcılardan, kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadelerden oluşan maddeleri okuyarak bu tanımların kendilerini ne derecede tanımladıklarını,

1 (Beni hiç tanımlamıyor) ile 6 (Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) arasında derecelendirilen Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir.

Ölçekte herhangi bir kesme puanı belirlenmemiş ancak yüksek puanların çok sayıda ve şiddetli seviyede uyumsuz şemaların varlığına işaret ettiği belirtilmiştir. Young'ın (2003) Şema Terapisi Modeli'ne dayanarak geliştirdiği YŞÖ-KF3'te Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğeri Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut önerilmiştir. Bu alt ölçekler sırasıyla Terk Edilme/İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suiistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklik, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda Etme, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak isimlendirilmiştir.

YŞÖ-KF3'ün güvenilirlik ve geçerlik çalışması Türkiye'de Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından üniversite örneklemini üzerinden yapılmıştır. Bu çalışmada Equamaks Rotasyonu ile yapılan Temel Bileşenler Analizi sonucuna göre, ölçeğin Türkçe formu için 14 faktörlü bir yapının uygun olduğu ifade edilmiştir. Bu faktörler üzerinden yapılan üst-sıra faktör analizinde Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğeri Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar olmak üzere beş şema alanının olduğu bulunmuştur.

Bu beş şema alanında yer alan 14 faktör ise şunlardır: "Duygusal yoksunluk (faktör yüklerine göre maddeler sırasıyla 55, 19, 37, 73, 1), Başarısızlık (6, 60, 78, 24, 42, 33), Karamsarlık (35, 17, 8, 26, 80), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik (58, 4, 76, 3, 57, 75, 40), Duyguları bastırma (30, 84, 12, 66, 48), Onay arayıcılık (88, 52, 70, 56, 34, 16), İç iç Geçme/Bağımlılık (63, 81, 9, 79, 7, 64, 10, 25, 82), Ayrıcalık/Yetersiz özdenetim (68, 69, 15, 50, 32, 51, 22), Kendini feda etme (83, 47, 29, 65, 11),

Terk Edilme (2, 20, 38, 28, 74), Cezalandırılma (54, 72, 18, 53, 49, 89), Kusurluluk (90, 41, 23, 43, 59, 77), Hastalıklar/Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (62, 71, 44, 21, 39), Yüksek Standartlar (13, 31, 14)(Yaka,2011).

3.1.4. Scl-90-R (Belirti Tarama Listesi):

Deragotis (1977, 1994; akt. Dağ, 1991; 2000) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki geçerlik- güvenirliği Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Psikolojik ve bedensel semptomları, bireyin içinde bulunduğu zorlanmanın ya da yaşadığı olumsuz stres durumunun seviyesini ölçmek amacıyla psikiyatrik bir tarama aracı olan ölçek 5 dereceli (hiç/çok az/orta derecede/oldukça fazla/ ileri derecede) Likert tipi değerlendirmeye dayanan ölçek 90 maddeden oluşmakta ve kendini bildirme dayanmaktadır. Ölçeğin 9 ayrı belirti grubunu ele alan 9 alt ölçeği bulunmaktadır: Somatizasyon, Obsesif- Kompulsif, Kişilerarası Duyarlık, Depresyon, Kaygı, Düşmanlık, Fobik Kaygı, Paranoid Düşünce ve Psicotizm. Ölçeğin ayrıca Genel Belirti Düzeyi (GSI), Pozitif Belirti Toplamı (PST) ve Pozitif Belirti Düzeyi (PSDI) olmak üzere üç göstergesi ve suçluluk duyguları, yeme sorunları ve uyku ile ilgili problemleri değerlendiren maddelerden oluşan bir ek ölçeği vardır. Ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğuna işaret ölçeğin özgün ve Türkçe formuyla alakalı açıklamalar vardır. Ölçek ülkemizde de pek çok araştırmada kullanılmıştır(Soygüt vd., 2008, 11 (22), 17-30).

3.1.5.Premenstrüel Sendrom Ölçeği(Pmsö)

44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği gibi PMSÖ'nin uygulanması kolay olup, madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretlenir. Ölçeğin puanlanmasında, “Hiç” seçeneği 1 puan, “Çok az” seçeneği 2 puan, “Bazen” seçeneği 3 puan, “Sık sık” seçeneği 4 puan ve “Sürekli” seçeneği 5 puan baz alınarak değer verilir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri, 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplayarak “PMSÖ Toplam Puanı” bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 220, en düşük puan 44'dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom semptomlarının şiddeti fazla olarak baz alınmaktadır(Dinç,2010).

3.2. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın örneklem grubu Bi Mimarlık ve Mühendislik şirketine gelen bayanlardan bilgilendirilmiş onam formu ile rızası alınanlar çalışmaya dahil edilmiştir ve tahmini 110 kişilik örneklem grubu oluşturulmuştur. Katılımcıların menfaatlerine yönelik herhangi bir yaptırımda bulunulmamıştır. Her ölçek doldurulmadan önce bilgi verilmiş ve adım adım ilerleme sağlanmıştır.

Öncelikli olarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu açıklanarak imza alınmış sonra sırasıyla ölçekler verilmiştir. Yalnızca kadınlar adetlerinin ilk günü tüm ölçekleri uygulamışlardır, ve adetlerinden 15 gün sonra sadece psikiyatrik tanıyı dışlamak için SCL-90 Belirti Tarama Testi ve Young Şema Ölçeğini tekrar uygulamışlardır, adet ilk günü ve 15 gün sonra şema ölçek sonuçları değişir minin ortaya konulması amaçlanmaktadır Ortalama 30 dk sürmüştür. Araştırma boyunca toplam 110 katılımcıya envanterler verilmiş olup, boş bırakılma ya da problem, anlaşılmama durumu olduğunda ilgili katılımcıya yardımcı olunmuştur.

IV. BULGULAR

Veriler SPSS 20.00 Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilere Frekans analizi, Tek yönlü varyans analizi,ve uygulama sonucu PMS ölçeği ve alt boyutlarının psikopatoloji olma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için Bağımsız Örneklem T Testi, PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün karşılaştırması ve SCL 90 ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları için bağımlı gruplarda t testi, Young şema ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları, Psikopatoloji grubunda PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. Ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için, Psikopatoloji olmayan grupta PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.

4.1. BETİMLEYİCİ BULGULAR

4.1.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım

Katılımcıların demografik bilgilerinin ve diğer bilgilerinin dağılımlarının belirlenmesi amacıyla frekans analizi yapılmış ve sonuçları verilmiştir,Aşağıdaki tabloda, araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Tablo incelendiğinde;

		n	%
Medeni Durumu	Evli	43	39,1
	Bekâr	60	54,5
	Boşanmış	7	6,4
	Total	110	100,0
Eğitim	İlkokul	5	4,6
	Ortaokul	14	12,8
	Lise	47	43,1

	Ön-Lisans	15	13,8
	Lisans	24	22,0
	Yüksek Lisans	4	3,7
	Total	109	100,0
Sosyo Ekonomik Durum	Asgari ücret ve altı-1000	9	10,0
	1001-3000	66	73,3
	3001-5000	13	14,4
	5000+	2	2,2
	Total	90	100,0
Aileniz Nereli/Aslen Nerelisiniz?	Karadeniz	7	6,4
	Ege	73	66,4
	Akdeniz	4	3,6
	Doğu Anadolu	5	4,5
	İç Anadolu	8	7,3
	Marmara	3	2,7
	Göçmen	10	9,1
	Total	110	100,0
Nerede büyüdünüz?	Metropol	20	18,3
	Şehir	86	78,9
	Kırsal Kesim/Köy	3	2,8
	Total	109	100,0

Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımları incelendiğinde; %39,1'inin evli, %54,5'inin ise bekar olduğu görülmektedir. Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde ise %4,6'sının ilkokul, %12,8'inin ise ortaokul, %43,1'inin ise lise mezunu olduğu görülmektedir. Ön lisans mezunu olanların oranı %13,8; lisans mezunları oranının %22; yüksek lisans mezunlarının oranı ise %3,7'dir. Sosyo ekonomik durum incelendiğinde; asgari ücret ve altı ücret alanların oranı %10, 1000-3000 TL arası geliri olanlar %73,3; 3000-5000 TL arası geliri olanların oranı %14,4 iken 5 000 TL ve üzeri gelire sahip olanların oranı %2,2'dir.

Katılımcıların aslen nereli oldukları incelendiğinde; %66,4'ünün Ege Bölgesinden olduğu görülmektedir. Karadeniz Bölgesinden olanların oranı %6,4; akdeniz bölgesinden olanların oranı ise %3,6'dır. Doğu Anadolu bölgesinden olanların oranı %4,5, iç Anadolu bölgesinden olanların oranı %7,3; Marmara bölgesinden olanların oranı %2,7 iken göçmenlerin oranı %9,1'dir.

Katılımcıların büyüdüğü yerlerin dağılımı incelendiğinde; %78,9'unun şehir; %18,3'ünün metropolde büyümüşken, %2,8'i kırsal kesim ya da köy de büyümüştür.

Katılımcıların anne ve babalarına ilişkin bilgilerin dağılımı ise aşağıdaki tabloda verilmiştir.

		n	%
Anne Sağ mı	Sağ	99	90,0
	Ölü	11	10,0
	Total	110	100,0
Baba Sağ mı	Sağ	96	87,3
	Ölü	14	12,7
	Total	110	100,0
Anne Eğitim durumu	Okur-Yazar	2	1,8
	İlkokul	48	43,6
	Ortaokul	29	26,4
	Lise	18	16,4
	Ön-Lisans	8	7,3
	Lisans	5	4,5
	Total	110	100,0
Baba Eğitim durumu	Okur-Yazar	1	,9
	İlkokul	35	31,8
	Ortaokul	23	20,9
	Lise	37	33,6
	Ön-Lisans	9	8,2
	Lisans	5	4,5
	Total	110	100,0
Anne çalışıyor mu/muydu?	Evet	48	44,0
	Hayır	61	56,0
	Total	109	100,0
Baba çalışıyor mu/muydu?	Evet	92	84,4
	Hayır	17	15,6
	Total	109	100,0
Anne baba boşandı mı?	Evet	4	3,7
	Hayır	105	96,3

	Total	109	100,0
Hiç anne ya da babadan ayrı yaşadınız mı?	Evet	16	14,5
	Hayır	94	85,5
	Total	110	100,0
Annenin psikiyatrik bir sorunu var mıydı?	Evet	3	2,7
	Hayır	107	97,3
	Total	110	100,0
Babanın psikiyatrik bir sorunu var mıydı?	Evet	3	2,7
	Hayır	107	97,3
	Total	110	100,0

Katılımcılardan babası vefat etmiş olanların oranı %12,7, annesi vefat edenlerin oranı ise %10'dur. Anne eğitim durumu incelendiğinde; okur-yazar olanların oranı %1,8; ilkokul mezunu olanların oranı %43,6; ortaokul mezunlarının oranı ise %26,4'tür. Lise mezunlarının oranı %16,4; ön lisans mezunlarının oranı %7,3'tür. Lisans mezunlarının oranı ise %4,5'tir. Baba eğitim durumu incelendiğinde; okur-yazar olanların oranı %0,9; ilkokul mezunu olanların oranı %31,8; ortaokul mezunlarının oranı ise %20,9'dur. Lise mezunlarının oranı %33,6; ön lisans mezunlarının oranı %8,2'dir. Lisans mezunlarının oranı ise %4,5'tir.

Anne ve babaların çalışma durumları incelendiğinde; annelerin %44'ü babaların ise %84,4'ü çalışmaktadır. Katılımcıların %3,7'sinin anne ve babası boşanmıştır. Katılımcıların %14,5'i anne ve babadan ayrı yaşadığını belirtirken %85,5'i anne ve babadan ayrı yaşamadığını belirtmiştir. Anne ve babaların psikiyatrik bir sorunu olup olmadığı incelendiğinde annelerin %2,7'sinde, babaların %2,7'sinde psikiyatrik bir sorun olduğunu belirtmişlerdir.

		n	%
Siz daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	Evet	15	14,0
	Hayır	92	86,0
	Total	107	100,0
Kaç kardeşisin	1	15	13,6
	2	40	36,4
	3	32	29,1
	4	14	12,7
	5 ve üzeri	9	8,2

	Total	110	100,0
Kaçınıcı kardeşiniz	1	51	47,7
	2	40	37,4
	3	11	10,3
	4 ve üzeri	5	4,7
	Total	107	100,0

Katılımcılara ait diğer bilgilerin dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %14'ü daha önce psikiyatrik tedavi gördüğünü belirtirken, %86'sı psikiyatrik bir tedavi görmemiştir. Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde ise; 1 kardeşi olanların oranı %13,6; 2 kardeşi olanların oranı %36,4; 3 kardeşi olanların oranı ise %29,1'dir. 4 kardeşi olanların oranı %12,7 iken; 5 ve üzeri sayıda kardeşi olanların oranı %8,2'dir. Katılımcıların kaçınıcı kardeşleri olduğu sorulduğunda; 1. Kardeş olanların oranı %47,7, 2. Kardeş olanların oranı %37,4 iken 3. Kardeş olanların oranı %10,3; 4 ve üzeri kardeş olanların oranı %4,7'dir.

4.1.2. PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi

PMS ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
PMS	Evli	39	126,59	31,89	1,012	0,367
	Bekâr	55	126,20	31,45		
	Boşanmış	6	145,00	20,22		
	Total	100	127,48	31,15		
<i>Depresif Duygulanım</i>	Evli	39	19,13	6,57	3,567	0,032*
	Bekâr	55	18,60	6,71		
	Boşanmış	6	26,17	5,53		
	Total	100	19,26	6,77		
<i>Anksiyete</i>	Evli	39	16,44	5,38	2,461	0,091
	Bekâr	55	16,87	5,51		
	Boşanmış	6	21,67	4,41		
	Total	100	16,99	5,49		

<i>Yorgunluk</i>	Evli	39	18,31	5,28	3,757	0,027*
	Bekâr	55	21,29	5,07		
	Boşanmış	6	20,17	5,95		
	Total	100	20,06	5,34		
<i>Sinirlilik</i>	Evli	39	14,77	4,77	0,964	0,385
	Bekâr	55	14,47	4,70		
	Boşanmış	6	17,33	5,85		
	Total	100	14,76	4,79		
<i>Depresif Düşünceler</i>	Evli	39	19,00	6,94	0,242	0,785
	Bekâr	55	19,38	6,47		
	Boşanmış	6	21,00	5,22		
	Total	100	19,33	6,55		
<i>Ağrı</i>	Evli	39	9,28	3,61	0,891	0,414
	Bekâr	55	8,29	4,16		
	Boşanmış	6	9,67	3,88		
	Total	100	8,76	3,94		
<i>İştah Değişimleri</i>	Evli	39	10,13	3,79	1,385	0,255
	Bekâr	55	8,82	3,73		
	Boşanmış	6	9,67	4,27		
	Total	100	9,38	3,80		
<i>Uyku Değişimleri</i>	Evli	39	9,79	3,21	0,006	0,994
	Bekâr	55	9,75	3,02		
	Boşanmış	6	9,67	3,01		
	Total	100	9,76	3,07		
<i>Şişkinlik</i>	Evli	39	9,74	3,87	1,023	0,364
	Bekâr	55	8,73	3,22		
	Boşanmış	6	9,67	3,44		
	Total	100	9,18	3,50		

*p<0,05

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre PMS ölçeği alt boyutlarından depresif duygulanım ve yorgunluk alt ölçeği medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Diğer alt ölçekler ise anlamlı derecede farklılık göstermemektedir(p>0,05).

4.1.3.SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi

SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
SCL -90 Genel	Evli	39	1,53	0,67	0,722	0,489
	Bekâr	55	1,51	0,66		
	Boşanmış	6	1,85	0,78		
	Total	100	1,54	0,67		
Somatizasyon	Evli	39	1,52	0,72	0,330	0,720
	Bekâr	55	1,50	0,67		
	Boşanmış	6	1,74	0,79		
	Total	100	1,52	0,69		
Obsessif kompulsif belirtiler	Evli	39	1,63	0,73	0,385	0,681
	Bekâr	55	1,73	0,72		
	Boşanmış	6	1,87	0,88		
	Total	100	1,70	0,73		
Kişiler arası duyarlılık	Evli	39	1,72	0,87	0,495	0,611
	Bekâr	55	1,77	0,79		
	Boşanmış	6	2,07	0,78		
	Total	100	1,77	0,82		
Depresyon	Evli	39	1,56	0,73	0,257	0,774
	Bekâr	55	1,58	0,79		
	Boşanmış	6	1,81	1,06		
	Total	100	1,59	0,78		
Anksiyete	Evli	39	1,41	0,75	0,799	0,453
	Bekâr	55	1,28	0,73		
	Boşanmış	6	1,63	0,63		
	Total	100	1,35	0,73		
Öfke düşmanlık	Evli	39	1,40	0,81	2,305	0,105
	Bekâr	55	1,16	1,02		
	Boşanmış	6	1,97	1,10		
	Total	100	1,30	0,96		
Fobik anksiyete	Evli	39	1,39	0,88	2,620	0,078
	Bekâr	55	1,15	0,66		
	Boşanmış	6	1,81	0,98		
	Total	100	1,28	0,78		
Paranoid düşünceler	Evli	39	1,64	0,84	1,754	0,179
	Bekâr	55	1,97	0,87		
	Boşanmış	6	1,97	0,96		
	Total	100	1,84	0,87		
Pbimokizm	Evli	39	1,33	0,75	2,463	0,091
	Bekâr	55	1,23	0,79		

	Boşanmış	6	1,97	0,88		
	Total	100	1,31	0,79		
Ek Skalalar	Evli	39	1,70	0,70	0,225	0,799
	Bekâr	55	1,65	0,68		
	Boşanmış	6	1,83	0,88		
	Total	100	1,68	0,69		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; SCL-90 ölçeği geneli ve alt boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Diğer bir ifade ele evli, bekar ve boşanmış kişilerin SCL-90 genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir.

4.2 .Young Şema Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değişimi

Young ölçeği ve alt boyutlarının medeni duruma göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkını anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları aşağıda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Young	Evli	39	1,53	0,67	0,713	0,493
	Bekâr	55	1,51	0,66		
	Boşanmış	6	1,85	0,78		
	Total	100	1,54	0,67		
Duygusal Yoksunluk	Evli	39	1,70	0,69	0,566	0,570
	Bekâr	55	1,72	0,72		
	Boşanmış	6	2,03	0,99		
	Total	100	1,73	0,72		
Terk Edilme	Evli	39	1,76	0,72	1,031	0,360
	Bekâr	55	1,73	0,72		
	Boşanmış	6	2,17	0,63		
	Total	100	1,77	0,71		
Kuşkuculuk	Evli	39	1,65	0,72	2,334	0,102
	Bekâr	55	1,95	0,67		
	Boşanmış	6	1,97	0,71		
	Total	100	1,83	0,70		
Sosyal izolasyon	Evli	39	1,30	0,85	1,196	0,307
	Bekâr	55	1,25	0,76		

	Boşanmış	6	1,77	0,43		
	Total	100	1,30	0,78		
Kusurluluk	Evli	39	1,35	0,86	2,806	0,065
	Bekâr	55	1,03	0,82		
	Boşanmış	6	1,67	0,64		
	Total	100	1,19	0,84		
Başarısızlık	Evli	39	1,82	0,84	0,873	0,421
	Bekâr	55	1,61	0,73		
	Boşanmış	6	1,60	0,59		
	Total	100	1,69	0,77		
Bağımlılık	Evli	39	1,58	0,95	1,180	0,312
	Bekâr	55	1,43	0,98		
	Boşanmış	6	2,03	0,76		
	Total	100	1,52	0,96		
Dayanıksızlık	Evli	39	1,51	0,73	1,655	0,196
	Bekâr	55	1,67	0,84		
	Boşanmış	6	2,13	0,90		
	Total	100	1,63	0,81		
İççelik	Evli	39	1,49	0,81	0,582	0,561
	Bekâr	55	1,48	0,78		
	Boşanmış	6	1,87	1,46		
	Total	100	1,51	0,84		
Boyun eğiklik	Evli	39	1,62	0,77	0,431	0,651
	Bekâr	55	1,75	0,72		
	Boşanmış	6	1,80	0,73		
	Total	100	1,70	0,74		
Kendini ifade etme	Evli	39	1,54	0,73	0,267	0,766
	Bekâr	55	1,61	0,76		
	Boşanmış	6	1,77	1,19		
	Total	100	1,59	0,77		
Duyguları bastırma	Evli	39	1,53	0,73	0,445	0,642
	Bekâr	55	1,56	0,75		
	Boşanmış	6	1,83	0,75		
	Total	100	1,57	0,73		
Yüksek standartlar	Evli	39	1,54	0,77	0,721	0,489
	Bekâr	55	1,47	0,75		
	Boşanmış	6	1,87	1,06		
	Total	100	1,52	0,77		
Haklılık	Evli	39	1,57	0,86	0,802	0,451
	Bekâr	55	1,63	0,78		
	Boşanmış	6	2,03	1,15		

	Total	100	1,63	0,83		
Yetersiz özdenetim	Evli	39	1,32	0,86	2,491	0,088
	Bekâr	55	1,09	0,82		
	Boşanmış	6	1,83	0,94		
	Total	100	1,22	0,86		
Onay arama	Evli	39	1,53	0,75	0,441	0,645
	Bekâr	55	1,58	0,72		
	Boşanmış	6	1,83	0,95		
	Total	100	1,58	0,74		
Karamsarlık	Evli	39	1,23	0,81	1,266	0,287
	Bekâr	55	1,04	0,82		
	Boşanmış	6	1,53	0,99		
	Total	100	1,14	0,83		
Cezalandırıcılık	Evli	39	1,47	0,80	0,111	0,895
	Bekâr	55	1,54	0,79		
	Boşanmış	6	1,60	1,09		
	Total	100	1,52	0,80		

Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre; young ölçeği geneli ve alt boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Diğer bir ifade ele evli, bekar ve boşanmış kişilerin young genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir.

4.3.PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Psikopatoloji Olma Duruma Göre Değişimi

PMS ölçeği ve alt boyutlarının psikopatoloji olma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
PMS	Normal	65	119,25	30,94	0,000*
	Psikopatoloji var	35	142,77	25,57	
Depresif Duygulanım	Normal	65	17,92	6,62	0,006*
	Psikopatoloji var	35	21,74	6,42	
Anksiyete	Normal	65	15,60	5,37	0,000*
	Psikopatoloji var	35	19,57	4,79	
Yorgunluk	Normal	65	18,78	5,54	0,001*
	Psikopatoloji var	35	22,43	4,07	
Sinirlilik	Normal	65	14,08	4,99	0,052

	Psikopatoloji var	35	16,03	4,18	
Depresif Düşünceler	Normal	65	17,25	5,75	0,000*
	Psikopatoloji var	35	23,20	6,24	
Ağrı	Normal	65	8,05	3,81	0,013*
	Psikopatoloji var	35	10,09	3,88	
İştah Değişimleri	Normal	65	9,55	3,66	0,536
	Psikopatoloji var	35	9,06	4,09	
Uyku Değişimleri	Normal	65	9,26	3,27	0,026*
	Psikopatoloji var	35	10,69	2,43	
Şişkinlik	Normal	65	8,75	3,62	0,098
	Psikopatoloji var	35	9,97	3,17	

*p<0,05

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri alt boyutları psikopatoloji olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken (p<0,05), diğer alt boyutlar psikopatoloji olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar ve PMS ölçeğinin geneli için psikopatolojisi olanların ortalamaları psikopatolojisi olmayanların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir (p<0,05).

4.4 PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi

PMS ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Siz daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?		N	Ortalama	Std. Sapma	p
PMS	Evet	15	146,40	27,97	0,01*
	Hayır	82	123,59	30,61	
<i>Depresif Duygulanım</i>	Evet	15	24,80	6,20	0,00*
	Hayır	82	18,11	6,35	
<i>Anksiyete</i>	Evet	15	19,07	5,90	0,11
	Hayır	82	16,60	5,41	
<i>Yorgunluk</i>	Evet	15	21,53	5,42	0,20
	Hayır	82	19,62	5,32	

<i>Sinirlilik</i>	Evet	15	17,80	5,54	0,01*
	Hayır	82	14,26	4,37	
<i>Depresif Düşünceler</i>	Evet	15	20,73	7,48	0,33
	Hayır	82	18,93	6,41	
<i>Ağrı</i>	Evet	15	11,20	3,08	0,01*
	Hayır	82	8,32	3,91	
<i>İştah Değişimleri</i>	Evet	15	10,20	4,04	0,37
	Hayır	82	9,24	3,71	
<i>Uyku Değişimleri</i>	Evet	15	10,73	2,40	0,17
	Hayır	82	9,52	3,18	
<i>Şişkinlik</i>	Evet	15	10,33	3,60	0,17
	Hayır	82	8,99	3,42	

*p<0,05

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, sinirlilik ve ağrı alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için, daha önce psikiyatrik tedavi görenlerin ortalamaları görmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Anlamlı farklılık göstermeyen alt boyutlar için ise daha önce psikiyatrik bir tedavi görenler ile görmeyenlerin ortalamaları aynı seviyedir denilebilir.

4.5.SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi

SCL-90 ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Siz daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?		N	Ortalama	Std. Sapma	p
SCL 90	Evet	15	1,78	0,62	0,01*
	Hayır	82	1,35	0,56	
<i>Somatizasyon</i>	Evet	15	1,75	0,61	0,17
	Hayır	82	1,48	0,71	
<i>Obsessif kompulsif belirtiler</i>	Evet	15	2,00	0,75	0,08
	Hayır	82	1,64	0,73	
<i>Kişiler arası duyarlılık</i>	Evet	15	2,13	0,90	0,04*

	Hayır	82	1,68	0,80	
<i>Depresyon</i>	Evet	15	2,04	0,90	0,02*
	Hayır	82	1,51	0,73	
<i>Anksiyete</i>	Evet	15	1,89	0,68	0,00*
	Hayır	82	1,24	0,69	
<i>Öfke düşmanlık</i>	Evet	15	2,21	0,99	0,00*
	Hayır	82	1,13	0,86	
<i>Fobik anksiyete</i>	Evet	15	1,54	0,94	0,14
	Hayır	82	1,22	0,75	
<i>Paranoid düşünceler</i>	Evet	15	2,18	1,03	0,09
	Hayır	82	1,76	0,83	
<i>Pbimokizm</i>	Evet	15	1,71	0,67	0,03*
	Hayır	82	1,24	0,80	
<i>Ek Skalalar</i>	Evet	15	2,00	0,68	0,04*
	Hayır	82	1,60	0,68	

*p<0,05

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; SCL-90 ölçeğinin geneli ile kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke düşmanlık, pbimokizm ve ek skalalar alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir (p>0,05). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için, daha önce psikiyatrik tedavi görenlerin ortalamaları görmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,05). Anlamlı farklılık göstermeyen alt boyutlar için ise daha önce psikiyatrik bir tedavi görenler ile görmeyenlerin ortalamaları aynı seviyedir denilebilir.

4.6. Young Şema Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görme Duruma Göre Değişimi

Young şema ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Siz daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?		N	Ortalama	Std. Sapma	p
Young	Evet	15	1,94	0,66	0,01*

	Hayır	82	1,46	0,66	
<i>Duygusal Yoksunluk</i>	Evet	15	2,04	0,79	0,08
	Hayır	82	1,68	0,71	
<i>Terk Edilme</i>	Evet	15	2,25	0,67	0,00*
	Hayır	82	1,67	0,70	
<i>Kuşkuculuk</i>	Evet	15	2,01	0,84	0,21
	Hayır	82	1,77	0,65	
<i>Sosyal izolasyon</i>	Evet	15	1,75	0,71	0,01*
	Hayır	82	1,21	0,77	
<i>Kusurluluk</i>	Evet	15	1,51	0,75	0,12
	Hayır	82	1,14	0,86	
<i>Başarısızlık</i>	Evet	15	2,15	0,66	0,01*
	Hayır	82	1,60	0,75	
<i>Bağımlılık</i>	Evet	15	2,07	1,05	0,01*
	Hayır	82	1,40	0,92	
<i>Dayanıksızlık</i>	Evet	15	2,09	0,91	0,01*
	Hayır	82	1,53	0,77	
<i>İçişçelik</i>	Evet	15	1,99	0,88	0,01*
	Hayır	82	1,40	0,80	
<i>Boyun eğiklik</i>	Evet	15	1,95	0,72	0,15
	Hayır	82	1,65	0,74	
<i>Kendini ifade etme</i>	Evet	15	1,85	0,85	0,15
	Hayır	82	1,54	0,76	
<i>Duyguları bastırma</i>	Evet	15	1,61	0,72	0,77
	Hayır	82	1,55	0,74	
<i>Yüksek standartlar</i>	Evet	15	1,97	0,62	0,02*
	Hayır	82	1,45	0,78	
<i>Haklılık</i>	Evet	15	2,09	1,05	0,02*
	Hayır	82	1,53	0,77	
<i>Yetersiz özdenetim</i>	Evet	15	1,87	0,97	0,00*
	Hayır	82	1,11	0,80	
<i>Onay arama</i>	Evet	15	1,72	0,71	0,40
	Hayır	82	1,54	0,74	
<i>Karamsarlık</i>	Evet	15	1,87	0,80	0,00*
	Hayır	82	1,01	0,77	
<i>Cezalandırıcılık</i>	Evet	15	2,08	0,95	0,00*
	Hayır	82	1,42	0,75	

*p<0,05

Bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre; young ölçeğinin geneli ile terk edilme, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, içişçelik, yüksek standartlar,

yetersiz özdenetim, karamsarlık ve cezalandırıcılık alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için, daha önce psikiyatrik tedavi görenlerin ortalamaları görmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Anlamlı farklılık göstermeyen alt boyutlar için ise daha önce psikiyatrik bir tedavi görenler ile görmeyenlerin ortalamaları aynı seviyedir denilebilir.

4.7.PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarınının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması

PMS ölçeğinin 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
PMS	Âdetin 1. günü	110	125,53	31,93	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	97,24	27,09	
<i>Depresif Duygulanım</i>	Âdetin 1. günü	110	19,15	6,70	0,012*
	Âdetin 15. günü	110	13,63	7,25	
<i>Anksiyete</i>	Âdetin 1. günü	110	16,55	5,64	0,045*
	Âdetin 15. günü	110	11,03	3,65	
<i>Yorgunluk</i>	Âdetin 1. günü	110	19,63	5,54	0,010*
	Âdetin 15. günü	110	13,17	4,98	
<i>Sinirlilik</i>	Âdetin 1. günü	110	14,55	4,79	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	10,05	5,02	
<i>Depresif Düşünceler</i>	Âdetin 1. günü	110	19,07	6,71	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	12,25	8,05	
<i>Ağrı</i>	Âdetin 1. günü	110	8,67	3,86	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	6,17	3,86	
<i>İştah Değişimleri</i>	Âdetin 1. günü	110	9,27	3,84	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	4,74	4,45	
<i>Uyku Değişimleri</i>	Âdetin 1. günü	110	9,51	3,09	0,452
	Âdetin 15. günü	110	7,24	2,08	
<i>Şişkinlik</i>	Âdetin 1. günü	110	9,13	3,47	0,048*
	Âdetin 15. günü	110	6,63	1,55	

* $p<0,05$

Bağımlı gruplarda t testi sonuçlarına göre; PMS ölçeği alt boyutlarından uyku değişimleri alt boyutu hariç ölçeğin geneli ve diğer alt boyutlar 15. Günde 1. Güne göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalamalar incelendiğinde 15. Günde anlamlı düzeyde bir azalma söz konusudur.

4.8.SCL-90 Ölçeği Ve Alt Boyutlarının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması

SCL 90 ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
SCL-90	Âdetin 1. günü	110	1,45	0,70	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,14	0,89	
<i>Somatizasyon</i>	Âdetin 1. günü	110	1,46	0,71	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,06	0,65	
<i>Obsessif kompulsif belirtiler</i>	Âdetin 1. günü	110	1,62	0,77	0,235
	Âdetin 15. günü	110	1,45	0,89	
<i>Kişiler arası duyarlılık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,65	0,87	0,356
	Âdetin 15. günü	110	1,45	0,48	
<i>Depresyon</i>	Âdetin 1. günü	110	1,50	0,80	0,043*
	Âdetin 15. günü	110	1,01	0,79	
<i>Anksiyete</i>	Âdetin 1. günü	110	1,28	0,74	0,045*
	Âdetin 15. günü	110	0,98	0,55	
<i>Öfke düşmanlık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,25	0,95	0,142
	Âdetin 15. günü	110	1,12	0,78	
<i>Fobik anksiyete</i>	Âdetin 1. günü	110	1,20	0,80	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,15	1,05	
<i>Paranoid düşünceler</i>	Âdetin 1. günü	110	1,72	0,91	0,001*
	Âdetin 15. günü	110	1,45	1,25	
<i>Pbimokizm</i>	Âdetin 1. günü	110	1,21	0,82	0,001*
	Âdetin 15. günü	110	1,10	0,79	
<i>Ek Skalalar</i>	Âdetin 1. günü	110	1,58	0,75	0,001*
	Âdetin 15. günü	110	1,33	0,68	

Bağımlı gruplarda t testi sonuçlarına göre; SCL90 ölçeğinin geneli ile somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, pbimokizm ve ek skalalar alt boyutları 1. Ve 15. Gün arasında anlamlı düzeyde bir farklılık gösterirken, diğer alt

boyutlarda anlamlı bir değişim görülmemiştir. Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için 15. Günde 1. Güne göre anlamlı düzeyde bir azalma söz konusudur.

4.9.Young Ölçeği Ve Alt Boyutlarının 1. Gün Ve 15. Gün Karşılaştırması

Young ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
Young	Âdetin 1. günü	110	1,45	0,70	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,25	0,68	
<i>Duygusal Yoksunluk</i>	Âdetin 1. günü	110	1,64	0,77	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,14	0,63	
<i>Terk Edilme</i>	Âdetin 1. günü	110	1,70	0,75	0,056
	Âdetin 15. günü	110	1,50	0,99	
<i>Kuşkuculuk</i>	Âdetin 1. günü	110	1,73	0,75	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,46	0,72	
<i>Sosyal izolasyon</i>	Âdetin 1. günü	110	1,21	0,80	0,069
	Âdetin 15. günü	110	1,15	0,89	
<i>Kusurluluk</i>	Âdetin 1. günü	110	1,13	0,84	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	0,89	1,05	
<i>Başarısızlık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,62	0,79	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,25	1,06	
<i>Bağımlılık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,41	0,99	0,055
	Âdetin 15. günü	110	1,31	0,46	
<i>Dayanıksızlık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,52	0,86	0,000*
	Âdetin 15. günü	110	1,50	0,92	
<i>İççelik</i>	Âdetin 1. günü	110	1,44	0,85	0,127
	Âdetin 15. günü	110	1,35	0,69	
<i>Boyun eğiklik</i>	Âdetin 1. günü	110	1,61	0,78	0,003*
	Âdetin 15. günü	110	1,31	0,81	
<i>Kendini ifade etme</i>	Âdetin 1. günü	110	1,51	0,79	0,124
	Âdetin 15. günü	110	1,45	0,85	
<i>Duyguları bastırma</i>	Âdetin 1. günü	110	1,47	0,77	0,048*

	Âdetin 15. günü	110	1,25	0,83	
<i>Yüksek standartlar</i>	Âdetin 1. günü	110	1,46	0,77	0,012*
	Âdetin 15. günü	110	1,13	0,82	
<i>Haklılık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,54	0,85	0,023*
	Âdetin 15. günü	110	1,23	0,92	
<i>Yetersiz özdenetim</i>	Âdetin 1. günü	110	1,15	0,86	0,001*
	Âdetin 15. günü	110	0,85	0,78	
<i>Onay arama</i>	Âdetin 1. günü	110	1,48	0,79	0,003*
	Âdetin 15. günü	110	1,12	0,77	
<i>Karamsarlık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,07	0,83	0,005*
	Âdetin 15. günü	110	0,75	0,71	
<i>Cezalandırıcılık</i>	Âdetin 1. günü	110	1,43	0,82	0,047*
	Âdetin 15. günü	110	1,23	0,80	

*p<0,05

Bağımlı gruplarda t testi sonuçlarına göre terk edilme, sosyal izolasyon, bağımlılık, içişçelik ve kendini ifade etme alt boyutları haricindeki alt boyutlar ve ölçeğin geneli için 1 ve 15. Gün ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlarda 15. Günde 1. güne göre anlamlı düzeyde bir azalma söz konusudur.

4.10.Psikopatoloji Grubunda PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Değişimi

Psikopatoloji grubunda PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. Ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
PMS	Adetin 1. günü	35	144,40	24,74	0,000*
	Adetin 15. günü	35	105,23	24,74	
<i>Depresif Duygulanım</i>	Adetin 1. günü	35	20,70	7,33	0,025*
	Adetin 15. günü	35	13,25	7,33	
<i>Anksiyete</i>	Adetin 1. günü	35	18,60	5,13	0,036*
	Adetin 15. günü	35	12,36	5,13	
<i>Yorgunluk</i>	Adetin 1. günü	35	20,50	2,76	0,000*
	Adetin 15. günü	35	14,45	2,76	
<i>Sinirlilik</i>	Adetin 1. günü	35	15,90	3,87	0,049*

	Adetin 15. günü	35	13,20	3,87	
<i>Depresif Düşünceler</i>	Adetin 1. günü	35	22,40	6,11	0,000*
	Adetin 15. günü	35	14,52	6,11	
<i>Ağrı</i>	Adetin 1. günü	35	10,70	3,80	0,015*
	Adetin 15. günü	35	7,30	3,80	
<i>İştah Değişimleri</i>	Adetin 1. günü	35	9,30	4,74	0,000*
	Adetin 15. günü	35	4,80	4,74	
<i>Uyku Değişimleri</i>	Adetin 1. günü	35	11,40	2,50	0,239
	Adetin 15. günü	35	10,90	2,50	
<i>Şişkinlik</i>	Adetin 1. günü	35	10,90	2,77	0,248
	Adetin 15. günü	35	9,86	2,77	

a. Patoloji Grubu = Psikopatoloji var

Bağımlı gruplarda t testi sonuçlarına göre; PMS ölçeği geneli ve alt boyutlarından uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutu haricindeki alt boyutların hepsi 1 ve 15. Gün ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutları için ise 1 ve 15. Gün arasında anlamlı düzeyde bir değişim görülmemiştir. Anlamlı düzeyde değişim gösteren alt boyutlar için 15. Günde anlamlı bir azalma söz konusudur.

4.11. Psikopatolojisi Olmayan Grupta PMS Ölçeği Ve Alt Boyutlarının Değişimi

Psikopatoloji olmayan grupta PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımlı gruplarda t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

		N	Ortalama	Std. Sapma	p
PMS	Âdetin 1. günü	65	144,86	25,94	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	95,82	25,94	
<i>Depresif Duygulanım</i>	Âdetin 1. günü	29	21,69	5,94	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	11,19	5,94	
<i>Anksiyete</i>	Âdetin 1. günü	29	16,42	4,53	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	10,80	4,53	

<i>Yorgunluk</i>	Âdetin 1. günü	29	18,68	4,48	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	12,56	4,48	
<i>Sinirlilik</i>	Âdetin 1. günü	29	15,23	4,47	0,047*
	Âdetin 15. günü	29	11,08	4,47	
<i>Depresif Düşünceler</i>	Âdetin 1. günü	29	17,97	6,21	0,026*
	Âdetin 15. günü	29	11,13	6,21	
<i>Ağrı</i>	Âdetin 1. günü	29	8,02	3,98	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	5,15	3,98	
<i>İştah Değişimleri</i>	Âdetin 1. günü	29	9,66	4,05	0,000*
	Âdetin 15. günü	29	2,52	4,05	
<i>Uyku Değişimleri</i>	Âdetin 1. günü	29	9,45	2,44	0,378
	Âdetin 15. günü	29	7,25	2,44	
<i>Şişkinlik</i>	Âdetin 1. günü	29	9,03	3,49	0,023*
	Âdetin 15. günü	29	6,60	3,49	

a. Patoloji Grubu = Normal

Bağımlı gruplarda t testi sonuçlarına göre; uyku değişimleri alt boyutu hariç diğer alt boyutların hepsi ve PMS ölçeğinin geneli, 1 ve 15. gün arasında anlamlı düzeyde değişim göstermiştir. Anlamlı farklılık gösteren alt boyutlar için 15. günde 1. Güne göre anlamlı bir azalma vardır.

V. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırmada bir iş yerinde çalışan 110 kadında menstrüasyon döngüsü ve şema özellikleri ilişkisine bakılmıştır. Katılımcıların Genel sosyodemografik özellikleri,adet ilk günü şema dağılımları,adet 15. günü şema dağılımı,Adet ilk günü ve 15. günü arasında şemalardaki değişim,SCL-90'a göre şema dağılımı 1 ve 15. günde farklılıkları, sosyodemografik değişkenlere göre ilk adet günü şema dağılımları,sosyodemografik değişkenlere göre adet 1 ve 15. günü arasında şema dağılımında farklara ve SCL-90'a göre psikopatoloji var grubu ve yok grubu oluşturularak bu 2 grubun PMS dağılımı arasında farka ve bu 2 grubun şema özellikleri 1. ve 15. gün arası şema özellikleri arasındaki farklara bakılmıştır.

SCL -90 ölçeği ve Young Şema ölçeği geneli ve alt boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir yani evli, bekar ve boşanmış kişilerin SCL-90 ve Young şema ölçeği genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir. Örneğin Salimoğlu(2015) çalışmasında Young şema ölçeği ve medeni durum arasındaki ilişkiye bakan çalışmada K.C. vatandaşı lise öğrencilerinin ve T.C. vatandaşı öğrencilerin YŞÖ KF3'den aldıkları şema puanları ebeveynlerinin medeni durumu değişkenine göre incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık bulan çalışmalarda çıkmıştır.

Eysenck'in kişilikle ilgili yaptığı çalışmalar sonucunda psikopatolojiyle temel olarak ilişkili olduğunu öne sürdüğü üç boyuttan bahsetmektedir: “nevrotizm”, “içe dönüklük-dışa dönüklük” ve “psikotizm”. Otonomik sinir sistemi aşırı aktif olanların nevrotizme, şartlandırılmış cevaplar vermeye eğilimli olanların ise psikotizme yatkın olduğunu söylemiştir(Sayın ve Aslan 2005).Bizim araştırmamızda da PMS ölçeği ve alt boyutlarının psikopatoloji olma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farka bakıldığında ise; PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri alt boyutları psikopatoloji olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterir, psikopatolojisi olanların ortalamaları psikopatolojisi olmayanların puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.Depresif duygudurum,anksiyete ve depresif düşüncelere bağlı olarak bireylerde bunların sonucu içe dönüklük görülebilir.

PMS ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına bakıldığında; PMS ölçeğinin geneli ile depresif duygulanım, sinirlilik ve ağrı alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre daha yüksek değerler bulunmuştur, diğer alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermemektedir. Örneğin Akdeniz ve Karadağ (2006) çalışmasında PMS ya da PMDB olan kadınlarda yaşam boyu majör depresif bozukluk görülme sıklığının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Yaka (2011) çalışmasında da Duygusal yoksunluk (Nötr duygu durumunda YŞÖ-R'dan alınan ortalama: 2.11) ve kusurlu olma (Nötr duygu durumunda YŞÖ-R'dan alınan ortalama: 1.47) şemalarının, depresif duygu durumunda yükseldiği (Duygusal yoksunluk şemasının ortalaması: 2.43; Kusurlu olma şemasının ortalaması: 1.63) gözlenmiştir. Ve Bağdaççek (2009) çalışmasında Shah ve ark.'nın (2000) 60 depresyonlu hastada yaptığı çalışmada kötü ebeveynlik (yetersiz bakım ve aşırı ebeveyn kontrolü) ve depresif semptomatoloji ile bağımlılık, duygusal bastırma, başarısızlık, yüksek standartlar ve dayanıksızlık şemaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (genelde bütün şemalarla).

Harris ve ark.'nın (2002) 194 kolej öğrencisinde yaptığı çalışmada kusurluluk, yetersiz öz kontrol, dayanıksızlık ve yetersizlik şemaları ile depresif semptomatoloji ve ebeveynlik algısı arasında ilişki bulunmuştur.

Lumley ve ark.'nın (2007) depresif ergenlerde semptom profilleri (anhedonik ve anksiyöz belirtiler), olumsuz çocukluk yaşantıları ve şema aktivasyonlarını karşılaştırdıkları çalışmada fiziksel kötüye kullanılma ile başarısızlık, duygusal yoksunluk ve dayanıksızlık şemaları ile ilişkili bulunurken, duygusal yoksunluk, başarısızlık ve dayanıksızlık şemaları anhedonik depresif belirtiler, başarısızlık ve dayanıksızlık şemalarıyla anksiyete belirtileri arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Dolayısıyla, literatür ile uyumlu bir sonuç elde edildiğini söylemek mümkün görölmektedir.

Young ölçeği ve alt boyutlarının daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bakıldığında; young ölçeğinin geneli ile terk edilme, sosyal izolasyon, başarısızlık, bağımlılık, dayanıksızlık, içiçelik, yüksek standartlar, yetersiz özdenetim, karamsarlık ve cezalandırıcılık alt boyutları daha önce psikiyatrik tedavi görme durumuna göre

anlamli düzeyde farklılık gösterirken, diğ er alt boyutlar daha önce psikiyatrik tedavi olma durumuna göre anlamli düzeyde farklılık göstermemektedir. Literatürdeki benzer ç alışmalar incelendiğ inde benzer sonuçlar alındığı fark edilmektedir. Örneğ in Soygüt ve vd.,(2009) ç alışmasında Young ş ema ölçeğ inde alt boyutları ile SCL-90'ın Genel Belirti Düzeyi İ ndeksi (GSI) ve Kaygı, Depresyon, Kiş ilerarası Duyarlık alt ölçekleri arasındaki korelasyonlar yüksek ç ıkmıştır. Örneğ in Yaka (2011) ç alışmasında Young Ş ema Ölçeğ i ile değ erlendirilen erken dönemde oluşan uyumsuz ş emaların tüm alt boyutlarının psikolojik belirtilerle pozitif yönde anlamli bir ilişki göstermesi, ş emaların kişinin psikolojik sağ lığı üzerindeki önemini yinelemektedir (Vlierberghe ve ark., 2010; Young ve Ball, 2000). Örneğ in Atalay ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ç alışmada ise OKB tanısı alan hasta grubundaki kişilerin Young Ş ema Ölçeğ i'nden aldıkları puanların, karşılaştırma grubundaki kişilerden anlamli derecede yüksek olduğ u bulunmuştur.

PMs ölçeğ inin 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamli olup olmadığ ının tespiti için bakıldığ ında; Depresif duygulanım, anksiyete,yorgunluk,sinirlilik, depresif düş ünceler,aç rı, iş tah değ iş imleri, şiş kinlik gibi belirtilerin adetin ilk günü daha belirgin yaş anmış ,15.günde ise bu belirtilerin azaldığı görölmektedir. Adetten 15 gün sonrası ovulasyon dönemine yakındır ve bu dönemde hormonal etkilerle kadınların duygu durumlarında pozitif değ iş iklikler olması beklenir. Örneğ in Ogur (2004) ç alışmasında ovülasyonlu sıkluslarda PMS ortaya ç ıkaran pregesteron, altta yatan bir sebep veya en azından hassas kadınlarda semptomların bir tetikleyicisi olabilir ř eklinde bulunmuştur.

Örneğ in Selç uk ve vd., (2014) ç alışmasında premenstrüel sendrom ölçeğ ine göre değ erlendirildiğ ine göre premenstrual dönemde ö ğ rencilerin %53.3'ünde depresif duygulanım, %22.3'ünde anksiyete, %54.3'ünde yorgunluk, %63.6'sında sinirlilik ve şiş kinlik, %33.2'sinde depresif düş ünceler, %59.2'sinde aç rı, %64.1'inde iş tah değ iş imleri, %47.8'inde uyku değ iş imleri yakınmalarının göröldüğü belirlenmiş tir.Bununla birlikte, literatür ile uyumlu bir sonuç elde edildiğ ini söylemek olanaklı görölmektedir.

Young ölçeğ i ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamli olup olmadığ ının tespiti için bakıldığ ında ise; duygusal

yoksunluk,kuşkuculuk, kusurluluk,başarısızlık,dayanıksızlık, boyun eğicilik,duyguları bastırma,yüksek standartlar,haklılık,yetersiz özdenetim,onay arama,karamsarlık,cezalandırıcılık şemaları adet ilk günü yüksek bulunmuştur,15. Günde de bu şemalarda değerlerde azalmalar görülmüştür.

Psikopatoloji grubunda PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. Ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bakıldığında; Depresif duygulanım, anksiyete,yorgunluk,sinirlilik, depresif düşünceler,ağrı, iştah değişimleri bu değerlerde adet ilk günü anlamlı bir artış vardır,15. Günde ise bu değerlerde azalma görülmektedir. Psikopatoloji olmayan grupta PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bakıldığında; Depresif duygulanım, anksiyete,yorgunluk,sinirlilik, depresif düşünceler,ağrı, iştah değişimleri,şişkinlik boyutlarında adet ilk günü bir artış söz konusudur,15. Günde ise bu değerlerde bir azalma görülmektedir. Örneğin Yaka (2011) çalışmasında Vlierberghe ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan araştırmada da genel olarak psikopatoloji ile erken dönemde oluşan uyumsuz şemaların ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Riso ve arkadaşları (2006) depresyon hastalarıyla yaptıkları çalışmada, erken dönemde oluşan uyumsuz şemaların yüksek olduğunu ve hastaların 5 yıllık takip çalışmasında uyumsuz olan şemalarının hiç değişime uğramadığını bulgulamışlardır. Halvorsen ve arkadaşları (2009) ise depresyon hastası olan, daha önce depresyon rahatsızlığını yaşayan ve bu rahatsızlığı hiç yaşamayan (kontrol grupları) toplam 140 kişi üzerinde yaptıkları araştırmada, depresyon hastalarının Young Şema Ölçeğinin tüm alt boyutlarında, kontrol gruplarından (daha önce depresyon hastası olan ve bu rahatsızlığı hiç yaşamamış grup) genel olarak yüksek puan aldıklarını bulgulamışlardır. Erken dönemde oluşan uyumsuz şemalarla ilgili bu bulgular depresyon rahatsızlığının dışında anksiyete bozukluğunda (Pinto-Gouveia, Galhardo ve Cunha, 2006), madde bağımlılığı rahatsızlığını yaşayan kişilerde (Roper ve ark., 2010) ve obezite tedavisi gören ergenlerde de (Vlierberghe ve Braet, 2007) gözlenmiştir. Depresyodayken şu şemalar ön plana çıkmıştır.Örneğin Bağdaçık (2009) çalışmasında McGinn ve ark.nın (2005) ayaktan takip edilen unipolar depresyon ve anksiyete bozukluğu olan 55 hastada yaptıkları çalışmada unipolar depresyon grubunda bütün şema alanları yüksek bulunurken, anksiyete bozukluğu grubunda içtenlik ve oyun / aşırı hassasiyet şema alanı

daha aktifti. Özellikle depresyon grubunda ebeveyn kötüye kullanımı ve ihmali arasında ilişki saptamışlar. Çocukluk travmasının bütün şema alanlarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Halvorsen ve ark.nın (2009) 140 klinik depresyonda olan, daha önce depresyon geçirmiş fakat halen depresyonda olmayan ve hiç depresyon geçirmemiş kişilerde yaptığı çalışmada güvenli bağlanma-ayrılma/dışlanma, zedelenmiş otonomi, gereksinim ve duyguların ifade özgürlüğü-diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar şema alanlarının depresyonun şiddetini öngördüğü bulunmuştur. Welburn ve arkadaşlarının (2002) çeşitli sebeplerle grup psikoterapisine yönlendirilen 203 hastada, Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI) kullanarak yaptıkları çalışmada dayanıksızlık, terk edilme, başarısızlık, fedakarlık ve duygusal bastırma şemaları anksiyete bozuklukları ile, terk edilme ve yetersiz öz kontrol şemaları ise depresyonla ilişkili bulunmuştur.

Stopa ve ark. (2005) yaptığı çalışmada duygudurum değişikliklerinin erken disfonksiyonel şemalara olan etkisi incelenmiştir. Duygudurum değişikliklerinden etkilenen şemalar; duygusal yoksunluk , kusurluluk ve haklılık olarak bulunmuştur. Depresif duygudurumla aktive olanlar duygusal yoksunluk ve kusurluluk, neşeli duygudurumla aktive olan ise haklılık şemalarıdır. Bizim çalışmamızda Young ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bakıldığında duygusal yoksunluk,kusurluluk,kuşkuculuk,haklılık gibi şemaların ilk gün yüksek değerde bulunduğu görülmüştür.Literatürde de adet ilk günü kadınların duygu durumu göz önüne alındığında çalışmamızla paralel şemalar görülmüştür.

Harris ve ark.'nın (2002) 194 kolej öğrencisinde yaptığı çalışmada kusurluluk, yetersiz öz kontrol, dayanıksızlık ve yetersizlik şemaları ile depresif semptomatoloji ve ebeveynlik algısı arasında ilişki bulunmuştur. SCL 90 ölçeği ve alt boyutlarının 1. Gün ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için bakıldığında somatizasyon, depresyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, pbimokizm anlamlı fark gösterilen,young şema ölçeği ile şema boyutuna 1. Ve 15. Gün aralığında baktığımızda kusurluluk,başarısızlık,dayanıksızlık,yetersiz öz denetim gibi şemalarda anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır. Literatürle paralel şemalar bulunmuştur.

Psikopatoloji olmayan grupta PMS ölçeği ve alt boyutlarının 1. ve 15. Gün ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farka bakıldığında Şişkinlik boyutunun anlamlı düzeyde deđiŐkenlik gösterdiği görülmüştür. Bu bulgu Kıvrak ve Taşgın'ın(2010) alıŐmasında Premenstrüel sendrom alt boyutu olan Şişkinlik faktörüne ilişkin dağılım incelendiğinde; beden eğitimi ve spor yüksek okulunda öğrenim gören ğrencilerinin %26,3' bazen kendini Şişmiş hissettiğini belirmiŐlerdir. Bizim çalışmamızla literatür bulgusu paralellik göstermektedir.

Menstruasyon döneminde duyguların değişimleri gereğinden hızlı olmaktadır. Kadınlar etrafındaki insanlarla sürtüŐme ve ekiŐme (Freeman ve Sondheimer, 2003). Wallenstein ve arkadaşlarının (2008) ve Kitamura ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmalarda adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınların iş yerindeki ilişkilerde, evde ve sosyal yaŐamlarında sıkıntı yaşadığı ortaya konmuŐtur. Dorsolateral prefrontal korteks ve lobülleri ile Posterior beyincik bu iki beyin blgeleride , duygusal iŐleme ile ilişkili olan duygudurum bozuklukları, çalışma belleği ve yönetici iŐlevlerdir (Rapkin vd.,2014).

Şema sonuçlarının deđiŐiyor olması frontal iŐlevlerin duygudurumla deđiŐmesinin de bir göstergesidir. Ayrıca PMS ve PMDB olan kadınlarda , menstruasyon döngüsünün farklı aŐamalarında anormalliklerin varlığı premenstrüel faz noktası ile ilişkili ve bilişsel Őikayetler sistematik değerlendirmeler bu tür anormalliklerin ek ayrıntıları düŐündürtmektedir ve nöropsikolojik testleri kullanan çalışmalar, çatıŐmacı bulgularla yalnızca hafif değişiklikler, raporlamıŐlardır. luteal fazda kötü performans puanları ile birlikte görsel-uzamsal ve motor becerileri , dikkat ve konsantrasyon , sözel bellek , çalışma belleği , reaksiyon zamanı ve dürtüsellik ile ilgili hafif derecede etkileri görülmüştür (Souza vd.,2012).

VI.SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, Menstrüasyon öncesi ve menstrüasyondan 15 gün sonra şemaların anlamlı olarak değiştiği söylenebilir. Ayrıca premenstrüel sendrom ölçeğine göre değerler incelendiğinde 15. Günde anlamlı düzeyde bir azalma görülmüştür.

Literatürde Kişilerin benlik saygısı ve bağlanma stillerinin kaygı ve kaçınma davranışıyla birlikte demografik bilgilerden ebeveynlerinin hayatta olup olmama ve ebeveynlerinin medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Kişilerin medeni durumları ile benlik saygısı ve çevre ilişkilerde ki kaygı boyutu arasında anlamlı bir değişim görülmezken, medeni duruma göre yakın ilişkilerde görülen kaçınma davranışının anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir, bekâr olanların evli olanlara oranla daha fazla kaçınma davranışı gösterdiği saptanmıştır (Çubuk, 2011).

Bizim çalışmamızda ise medeni duruma bakıldığında PMS ölçeği alt boyutlarından depresif duygulanım ve yorgunluk alt ölçeği medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Pms ölçeğine göre özellikle boşanmış bayanlarda depresif duygulanım daha ön planda görülmektedir. SCL-90 ölçeği geneli ve alt boyutları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir yani evli, bekar ve boşanmış kişilerin SCL-90 genel skoru ve alt boyutlarının skoru aynı seviyededir denilebilir. Young ölçeği geneli ve alt boyutlarında da medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir. PMS ve Young şema ölçeğinin romantik ilişkiden olumlu etkilenip etkilenmediğini ölçmedik ama gelecek çalışmalar için araştırılabilir.

Bizim çalışmamızda uyuma yönelik olmayan duygusal yoksunluk, kusurluluk, kuşkuculuk, başarısızlık, dayanıksızlık, boyun eğicilik, duyguları bastırma, yüksek standartlar, haklılık, yetersiz özdenetim, onay arama, karamsarlık, cezalandırıcılık şemaları adet ilk günü anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ve PMS belirtilerinin şiddetini arttırıyor görülmektedir. Uyuma yönelik olmayan şemaları değiştirmeye yönelik müdahale yapılması PMS belirtilerini azaltabilir ve işlevselliği arttırabilir

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmanın bir kısıtlılığı şema ölçeklerinin kısa zaman aralığında uygulanmış olması.Yani kadınlara menstruasyonun ilk günü ölçekler uygulandı ve 15 gün sonra tekrar uygulandı, bu kısa zaman aralığında uygulandığı için yanıtlayan soruları hatırlayabilir ve bu yüzden daha olumlu yanıtlar verebilir. Öte yandan kişilerin yaşam koşullarını nisbeten benzer kılabilmek için, yani yeni ortaya çıkabilecek ve duygu durumu değiştirebilecek olası hayat olaylarını azaltabilmek için yakın zaman aralığında uygulanmış olması daha uygun. Ve Kullanılan ölçeklerin uzun olması sebebiyle, tamamını cevaplamak istemeyen katılımcıların varlığı dikkat çekmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda geliştirilebilir ve daha fazla örnekleme ulaşılması önerilmektedir

.

KAYNAKÇA

Çubuk, Y. Ç. 2011, Madde Kullanımı Deneyimi Yaşamış Kişilerde Benlik Saygısı Ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.

Yaka, İ. A. 2011, Bağlanma, Erken Döneme Yönelik Şemalar, Öz-Yönetim Ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler, *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara, Ankara Üniversitesi.

Rapkin, J. A., Berman, M. S. Ve London, D. E. (2014) The Cerebellum and Premenstrual Dysphoric Disorder, *AIMS Neuroscience*. Vol.1(2),120-141

Bağdaçık, S. 2009, Majör Depresyon Ve Panik Bozukluğu Olan Hastaların Erken Disfonksiyonel Şema Aktivasyonlarının Karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Salimoğlu, B. K. 2015, Lise Öğrencilerinin Uyum Bozucu Şemalarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Kırgızistan Ve Türkiye Örneği, *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Vol 4,(2),131-154

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

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

Taşcı, D. K. 2006, Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5 (6)

Demir, B., Algül Yıldız L., Güven Güvendağ, S. E., 2006, Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, *VI. Türk Alman Jinekoloji ve Obstetrik Derneği*, 3(4),262-270

- Dinç, Ö. 2010, Üniversite Öğrencilerinin Premenstrual Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi (Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Örneği),*Yüksek Lisans Tezi*,Karaman, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A.,Çakır, Z.,2009, Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1):75-84
- Eldoğan, D., Barışkın E.,2014, Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ve Sosyal Fobi Belirtileri: Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Aracı Rolü Var mı?, *Türk Psikoloji Dergisi*, 29 (74), 108-115
- Tortamış, M.,2014, Evli Bireylerde Romantik Kıskançlık Düzeyi Ve Aldatma Eğiliminin Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Değerlendirilmesi,*Yüksek Lisans Tezi* Ankara, Hacettepe Üniversitesi
- Arslan,Ö. E.,Dökmeci, F.,1999, Premenstrual Sendrom Ve Tedavisinde Son Görüşler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,52(4), 237-241
- Selçuk, T. K., Avcı, D., Alp Yılmaz F.,2014, Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2):98-103
- Doğan, S., Doğan, N., Can, H., Alaşehirlioğlu, V. H.,2012, Birinci basamakta premenstrüel sendroma yaklaşım, *Smyrna Tıp Dergisi*,90-93
- Sayal, E., Doğangün, Z., Atay, O., Okyar,M., Karadağ,B., Yıldız, Ö.,1998, Premenstrüel Sendrom: Yaygınlığı Ve Değerlendirilmesi, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 2(2): 72-75
- Pasinlioğlu, T., Baş, A.,1989, Premenstrüel Gerilim Sendromu,*Ankara Üniversitesi Tıp Bülteni*,21(3),737-141
- Ogur, P.,2004, Premenstrual Sendromun Meslek Ve Eğitim Düzeyi İle İlişkisi, *Yüksek Lisans Tezi*, Afyon,Afyon Kocatepe Üniversitesi
- Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M., Eğri, M.,1997, Malatya'da Lise Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Sıklığı, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*,4 (4),403-406

Akdeniz, F., Karadağ, F., 2006, Adet Döngüsünün Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var mıdır?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):296-304

Soygüt, G., Çakır, Z., Karaosmanoğlu, A.,2008, Ebeveynlik Biçimlerinin Değerlendirilmesi: Young Ebeveynlik Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme, *Türk Psikoloji Yazıları*, 11 (22), 17-30

Sayın, A., Aslan,S.,2005, Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4):276-283

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

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

Hsiao MC, Liu CY (2007) Unusual manifestations of premenstrual syndrome, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61 : 120-123.

Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı A E (2007) Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2): 1-8.

Öztürk, S., Tanrıverdi, D., Erci, B. (2011). Premenstrual syndrome and management behaviors in Turkey, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 54-60.

Akdeniz, F., Karadağ, F., (2006), Adet Döngüsünün Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var mıdır?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):296-304.

Erboğa, H., 2012, Üreme Çağındaki Kadınlarda Adet Döngüsü Hormonlarındaki Periyodik Değişimlere Bağlı Olarak Ortaya Çıkan Kromozom Hassasiyetleri Ve Sitotoksik Etkiler, *Yüksek Lisans Tezi*, Adana,Çukurova Üniversitesi

Müderriş, İ T, Gönül, A S, Sofuoğlu, S., Taşçı, S., Bayatlı, M. (1999). Genç

Kadınlarda Premenstrual Disforik Bozukluk Prevalansı, *Klinik Psikiyatri*, 2:197-201.

Eğicioğlu, H.,(2008), Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması, *Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Afyonkarahisar, Afyon Kocatepe Üniversitesi

Brooks-Gunn, J., Ruble, D. N. (1980). The menstrual attitude questionnaire, *Psychosomatic Medicine*, 42 (5), 503-512.

Bond, A. J., Critchlow, D. G., Wingrove, J. (2003). Conflict resolution in women is related to trait aggression and menstrual cycle phase, *Aggressive Behavior*, 29, 228-238

Sveinsdottir, H., Lundman, B., Norberg, A. (2002). Whose voice? Whose experiences? Women's qualitative accounts of general and private discussion of premenstrual syndrome, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 414-423

Smith, H., Thomas, S. P. (1996). Anger and locus of control in young women with and without premenstrual syndrome, *Issues in Mental Health Nursing*, 17, 289-305.

Ussher, J. M. (2008). Challenging the Positioning of Premenstrual Change as PMS: The Impact of a Psychological Intervention on Women's Self-Policing, *Qualitative Research in Psychology*, 5, 33-44.

Ussher, J. M., Perz, J. (2006). Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psychoeducational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 347-362.

Ussher, J. M., Perz, J., Mooney-Somers, J. (2007). The experience and positioning of affect in the context of intersubjectivity: *The case of premenstrual syndrome*, *International Journal of Critical Psychology*, 21, 144-165.

Coughlin, P. C. (1990). Premenstrual syndrome: How marital satisfaction and role choice affect symptom severity, *Social Work*, 35 (4), 351-355.

Chrisler, J. C., Caplan, P. (2002). The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder, *Annual Review of Sex Research*, 13, 274-306.

Cosgrove, L., Riddle, B. (2003). Constructions of femininity and experiences of menstrual distress, *Women & Health*, 38 (3), 37-58

Marvan, M. L., Iniestra, S. C. (2001). Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes, *Health Psychology*, 20 (4), 276-280.

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

Arslan Ö. E, Dökmeçi F.,1999 Premenstrual sendrom ve tedavisinde son görüşler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*,52:237-241.

Scott RJ, Disaia JP, Hammand BC, Spellacy NW (1997) Menstruasyon ve menstrual fonksiyon bozuklukları, Erez S, Erez R, *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*, J.B. Lippincott Company & Yüce Yayın AŞ, 665-678.

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

Choi PY, Salmon P.Syptom chances across the menstrüel cycle in competitive sportvvomen ,exercises and sedantor women, *Br J Clin Psyciatr*, 1995 Sep, 35(Pt J): 47-60

İnce, N., (2001) Adolesan dönemde premenstruel sendrom, *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri*, 21 (5): 369-373.

Tortumluoğlu G, Selçuk E, Cansu S, Kaplan F, Katar T, Bulut N (2007) Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevelansı, *1. Ulusal Ebelik Sempozyumu Sempozyum Kitabı*, 3-4 Mayıs 2007, İzmir,P37.

Young, J. E., Klosko, J. S., ve Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press.

Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapiesinde*, New York: Guilford Press.

DiFrancesco, C. (2009). Schema therapy for couples & marriages. Erişim tarihi: 2014, <http://www.wisconsinfamily.org/pdf/Couples-and-Marriages.pdf>.

Shaw BF., Segal ZV. ve ark. (1988). Introduction to cognitive therapy. *Review of psychiatry*. Vol 7. Frances AJ (Eds) Washington DC: Am. Psych. Pres, 538-553

Beck AT. (1997). *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Pres

Young JE., Lindemann MD. (1992). An integrative shema focus model for personality disorders. *J Cognitive Psychotherapy*, 6;11-24

Stein D.J. (1993). Cognitive science and clinical disorders. San Diego. *Academic Pres*,. 117

Delattre V., Servant D. ve ark. (2004). Les Schemas Precoces dysfonctionnels etude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux, L'encephale; XXX :255-8

Young, J. E., & Klosko, J. S. (2013). *Hayatı yeniden keşfedin.* (S. Kohen ve D. Güler, Çev) İstanbul: Psikonet.

Young, J. E., Klosko J. S. & Weishaar M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guildford Press.

Young, J. E., Kolosko, J. S., & Weishaar, M. E., (2009) Şema terapi. T. Özakkaş (Ed.), (T.V. Soylu, Çev.) İstanbul: Litera.

Bowlby J. (1969). *Attachment*. London, Penguin Books,

Bowlby J. (1973). *Attachment and loss : Vol I. Attachment*, Australia: Pimlico

Young, JE., Gluhoski VL. (1996). Schema focused diagnosis for, personality disorders , Kaslow FW. (Ed) ,*Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns*, (pp 300-321) NY, Guilford Pres

Young JE., Gluhoski VL. (1997). Schema focused perspective on satisfaction in close relationships, Steinberg RJ (Ed) , NY , Guilford Press,; 356-381

Stein D.J. (1993). Cognitive science and clinical disorders. San Diego. Academic Pres., 117.

Eldoğan, D., ve Barışkın, E., 2014, Erken Dönem Uyumsuz Şema Alanları ve Sosyal Fobi Belirtileri: Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolü Var mı?, *Türk Psikoloji Dergisi*, 29 (74), 108-115

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

Yoosefi, N., Etemadi, O., Bahrami, F. Fatehizade, M.A.S., & Ahmadi, S.A. (2010). An investigation on early maladaptive schemas in marital relationship as predictors of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51 (5), 269-292

Gross, J. J., ve Levenson, W. R., 1997, Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, No. 1, 95-103

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61, 10–26

Neal, J. A. ve Edelman, R. J. (2003). The etiology of social phobia: toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.

Caner M (2009) Evli bireylerde kendi ebeveynlerini algılama biçimleri, erken dönem uyum bozucu şemalar ve eşe yönelik değerlendirmeler arasındaki ilişkiler: Şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi

Gomes, A. L. Q., & Nobre, P. (2012). The International Index of Erectile Function (IIEF- 15): Psychometric Properties of the Portuguese Version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9 (1), 180-187

Çeri, Ö., 2009, Vajinismus Tanısı Alan Kadınlar Ve Eşlerinde Temel Bilişsel Şemalar İle Bağlanma Stillerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi

Kaya, F. (2010),Çocukluk döneminde yaşanan istismarın kişilerarası ilişki tarzları üzerindeki etkisi: Erken dönem uyum bozucu şemaların aracı rolü,Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi.

Çolakoğlu, E. T. (2012). Genç yetişkinlerde erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik stilleri ve kişilerarası ilişkiler,Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi.

Mokhtari, S., Bahrami, F., Padash, Z., Hosseinian, S.,& Soltanzadeh, M. (2012). The effect of schema therapy on marital satisfaction of couples with obsessivecompulsive personality disorder (OCPD). *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3 (12), 207-225.

Sayın, A.ve Aslan, S.(2005), Duygudurum Bozuklukları İle Huy, Karakter ve Kişilik İlişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4):276-283.

Shah R, Waller G (2000) Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *J Nerv Ment Dis* 188:19-25.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (3), 405-416.

Yılmaz, A. E. 2013, Ankara“Da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” İle Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,Ankara Üniversitesi.

Vlierberghe, L. V., Braet, C., Bosmans G., Rosseel, Y. ve Bögels, S. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young’s Schema Theory in Youth. *Cognitive Therapy Research*, 34: 316-332.

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. ve Çalışkan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12 (4), 268-279.

- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J. A., Jacobs, C. H. ve Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (4), 515-529.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. ve Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571-584.
- Roper, L., Dickson, J. M., Claire, Tinwell, Booth, P. G. ve McGuire. (2010). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: *Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program*. *Cogn. Ther. Res.*, 34, 207-215.
- Vlierberghe, L. V. ve Braet, C. (2007). Dysfunctional Schemas and Psychopathology in Referred Obese Adolescents, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 342-351.
- McGinn, L. K., Cukor, D. ve Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242.
- Halvorsen M, Wang CE. ve ark. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother.*
- Welburn K., Coristine M., Dagg P. (2002). The schema questionnaire –short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 26.(4),519-530.
- Stopa L., Waters A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practica*. 78,45-57
- Harris AE., Curtin L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 26(3);405-416
- Freeman, E. W., Sondheimer, S. J. (2003). Premenstrual dysphoric disorder: Recognition and treatment, *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 30-39.

Kitamura, M., Tekada, T., Koga, S. (2012). Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in Japanese high school students, *Archives of Women's Mental Health*, 15, 131-133.

Wallenstein, G. V., Blaisdell-Gross, B., Gajria, K., Guo, A., Hagan, M., Kornstein, S. G., Yonkers, K. A. (2008). Development and validation of the premenstrual symptoms impact survey (PMSIS): *A disease-specific quality of life assessment tool*, *Journal of Women's Health*, 17 (3), 439-450.

Gonçaves, E., Souza, V., G. Ramos, M., Hara, C., Stumpf, P., B., Rocha, L., F., (2012), Neuropsychological performance and menstrual cycle: a literature review, *Trends Psychiatry Psychother*, 34(1) – 5-12.

Berman S., M., London, D., E., Rapkin A., J., (2014), The Cerebellum and Premenstrual Dysphoric Disorder, *Neuroscience*, (2), 120-141.

Saygılı, G., (2014), Erken Döneme İlişkin Gelişimsel Etmenler İle Psikolojik İyilik Hali Arasındaki İlişkide Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Aracı Rolünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

EKLER

1.)Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: MENSTRUASYON DÖNGÜSÜ VE ŞEMA ÖZELLİKLERİ İLİŞKİSİ

*Aşağıda bilgileri ver almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir.*

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Çalışmanın konusu menstruasyon döneminde kadınlarda şema özelliklerini incelemek. Çalışmanın amacı Türkiye'de daha önce kadınlarda Şema özellikleri ve menstrüasyon ilişkisi bildiğimiz kadarıyla araştırılmamıştır. Menstrüel sendrom da ne olur da bazı kadınlarda daha şiddetli olur, adet ilk günü ve 15 gün sonra şema ölçek sonuçları değişiminin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Katılımcılara Young ve arkadaşlarına ait Young Şema Ölçeği Kısa Formu,SCL-90 Belirti tarama testi, Sosyodemografik veri formu uygulanacaktır. Bununla birlikte Premenstrüel sendrom ölçeklerini doldurmaları istenecektir. Kadınların adet ilk günü Premenstrüel sendrom ölçeği ve SCL-90 Belirti tarama testi, Sosyodemografik veri formu,ve Young Şema Ölçeği doldurulacaktır. Adetten 15 gün sonra tekrar Young Şema ölçeği,ve SCL-90 Belirti tarama envanteri sonuçlar değişebileceğinden ve psikiyatrik tanıyı dışlamak için tekrar uygulanacaktır.Buradaki maddelerden kendiniz için en uygun seçeneği işaretleyerek testi tamamlamanız beklenmektedir. Doğru veya yanlış cevap yoktur, her bir ifadenin sizi ne kadar iyi tanımladığı değerlendirilecektir. Uygulama tahmini 30 dakika sürecektir, özellikle bir süre sınırlaması yapılmayacaktır,şeklinde yönergesi bulunmaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanız, kadınların adetlerinin ilk günü ve adetlerinden 15 gün sonra şemalarının değişip değişmediğinin anlaşılmasını ve literatüre kazandırılmasını sağlayacaktır. Bu araştırmanın bundan sonraki çalışmalara da

yön verebileceğini göz önünde bulundurursak, siz de bilime katkı sağlamış olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz, verdiğiniz yanıtlar ve elde edilen sonuçlar yalnızca bu çalışma için kullanılacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Verdiğiniz yanıtlarla oluşturulan veriler Menstruasyon Döngüsü Ve Şema Özellikleri İlişkisi alanında sunulan hizmetlere yön verecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Psikolog

Alev

Ulu

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi 2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

2.)Sosyodemoğrafik Veri Formu:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Yaş:

Cinsiyet: K E D

Medeni Durum: Evli Bekâr Boşanmış

Eğitim:

Okur-Yazar İlkokul Ortaokul Lise Ön-
lisans

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora ve üstü

Sosyo-ekonomik Durum:

Asgari ücret ve altı-1000

1001-3000

3001-5000

5001-10000

10000+

Aileniz Nereli/Aslen Nerelisiniz?:

Karadeniz

Ege

Akdeniz

Doğu Anadolu

Güneydoğu Anadolu

İç Anadolu

Marmara

Göçmen

Nerede Büyüdünüz:

Metropol

Şehir

Kırsal Kesim/Köy

Anne-Baba Sağ mı?

Sağ / Ölü
Anne /
Baba /

Anne-Babanın eğitim durumu nedir?

Anne: Okur-yazar değil

İlkokul
Ortaokul
Lise
Önlisans
Lisans
Yüksek Lisans
Doktora ve üstü

Baba: Okur-yazar değil

İlkokul
Ortaokul
Lise
Önlisans
Lisans
Yüksek Lisans
Doktora ve üstü

Anne-Baba çalışıyor mu/muydu?

Anne - Evet/Hayır

Baba - Evet/Hayır

Anne-Baba Boşandı mı?

Evet/Hayır

Hiç Anne ya da Babadan ayrı yaşadınız mı? (yurt, kreşte büyüme, akraba yanında ya da anne-babadan biri cezaevinde olması vs gibi)

Evet/Hayır

Anne ya da Babanın psikiyatrik bir sorunu var mıydı?

Anne - Evet/Hayır

Baba - Evet/Hayır

Siz daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?

Evet/Hayır

Kaç Kardeşiniz/Kaçıncı Kardeşiniz? _____ / _____

3.)Young Şema Ölçeği Kısa Formu (YŞÖ-KF3):

YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin.

Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin duygusal olarak ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın. 1 den 6"ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- 1- Benim için tamamıyla yanlış
 - 2- Benim için büyük ölçüde yanlış
 - 3- Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
 - 4- Benim için orta derecede doğru
 - 5- Benim için çoğunlukla doğru
 - 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor
1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
 2. _____ Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
 3. _____ insanların beni kullandıklarını hissediyorum
 4. _____ Uyumsuzum.
 5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
 6. _____ iş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
 7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
 8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. ____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşitlarım kadar, başaramadım.
10. ____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. ____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. ____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. ____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. ____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. ____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. ____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. ____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. ____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. ____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. ____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok
21. ____ insanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. ____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. ____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. ____ işleri halletmede son derece yetersizim.
25. ____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. ____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hiss ediyorum.
27. ____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. ____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hiss ediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. ____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. ____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. ____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. ____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. ____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. ____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. ____ iyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. ____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. ____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. ____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. ____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. ____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. ____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. ____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. ____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. ____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. ____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hissedebilir veya suçluluk duyarız
46. ____ ilişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. ____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. ____ insanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. ____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. ____ istediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. ____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. ____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissedirim.
53. ____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. ____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. ____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. ____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissedirim.
57. ____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. ____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. ____ Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. ____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. ____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. ____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. ____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. ____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. ____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. ____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. ____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. ____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. ____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. ____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. ____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. ____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. ____ insanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. ____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. ____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. ____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. ____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. ____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
80. ____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. ____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. ____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. ____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. ____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. ____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. ____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. ____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. ____ Bir dolu övgüler ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. ____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. ____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

4.) SCL-90-R (Belirti Tarama Listesi):

SCL – 90 – R(BELİRTİ TARAMA TESTİ)

Belirti tarama testi(SCL-90-R),kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik tarama aracı olup son şekline Derogatis(1977) tarafından geliştirilmiştir.İlk formları kırk yıl öncelerine kadar gitmektedir.(Wilder 1948,Derogatis ve ark.1974 a,b).

90 tane cümleden meydana gelen, Eğitim kurumlarında öğrencilerde ruh sağlığı bozulmaz insanlara uygulanabilir. Bireysel yada grupla uygulanabilir. Grupla uygulanıyorsa anlaşılmayacak cümlelerin baştan açıklaması yapılmalıdır. Cümledeki rahatsızlıkların, huzursuzluk, tedirginlik, rahatsızlık derecelerini göz önünde tutarak cevaplandırması istenir.

SCL-90- R

Adı – Soyadı:

Yaş :

Cinsiyeti :

Açıklama :

Tarih :

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama :

Aşağıda belirtilen sorundan

0 Hiç

ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

1 Çok az

Cevap

2 Orta derecede

3 Oldukça fazla

4 Aşırı düzeyde

Örnek : Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık ve baş dönmeler
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali

15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi
29. Yalnız hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük

47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk ve sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünmeme hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma

79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

5.) Premenstrüel Sendrom Ölçeği(PMSÖ):

PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ): Adet öncesi gerginlik sendromunu ölçmek için Gençdoğan'ın (2006) geliştirdiği Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik bir ölçek olup beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) Likert tipi bir ölçektir. İşaretleme yönteminde belirtildiği gibi "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumu 56 dikkate alınarak yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında "Hiç" yanıtı 1 puan, "Çok az" yanıtı 2 puan, "Bazen" yanıtı 3 puan, "Sık sık" yanıtı 4 puan ve "Sürekli" yanıtı 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam 9 alt boyutundan (1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku Değişimleri ve 9. Şişkinlik) alt ölçek toplam puanları ve tüm maddelerden elde edilen puanların sonucunda "PMSÖ Toplam Puanı" ortaya çıkmaktadır. Ölçekten en düşük 44 puan, en yüksek 220 puan alınabilmektedir. Puanın artması adet öncesi gerginlik sendromunun belirtilerinin fazla olduğu anlamına gelmektedir

Aşağıda bazı tanımlayıcı cümleler vardır. Her bir cümleyi dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun sizde **ADET OLMANIZA BİR HAFTA KALA olma** durumunu cümlenin sağındaki ölçeği dikkate alarak işaretleyiniz. Daha öncesi veya daha sonrası bu durumların var olup olmasını değerlendirmeyiniz.

Hiçbir soruyu boş bırakmayınız ..



ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE						
		HİÇ	ÇOK AZ	BAZEN	SİK SİK	SÜREKLİ
1	Kendimi üzgün hissediyorum					
2	İçimden ağlamak geliyor					
3	Canım sıkılıyor					
4	Kendimi bezgin hissediyorum					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor					
6	Her şey üzerime geliyor					
7	Karamsar oluyorum					
8	Derin nefes almak istiyorum					
9	Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor					
11	Arkamdan biri saldıracakmış gibi korkuyorum					
12	Kendimi yorgun hissediyorum					
13	Sanki her şey kötü olacak					
14	Çok çabuk yoruluyorum					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum					
18	Her zamanki işler beni yoruyor					
19	Kendimi sinirli hissediyorum					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor					
23	Sinirlerim geriliyor					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum					
26	Kendimi değersiz görüyorum					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor					
29	Dalıp gidiyorum					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum					
31	Baş ağrısı oluyor					
32	Kaslarım ağrıyor					
33	Eklem yerlerim ağrıyor					
34	İştahım artıyor					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum					
36	Daha fazla yemek yiyorum					
37	Uykumda bölünme oluyor					
38	Sabahları yorgun uyanıyorum					
39	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum					
40	Göğüslerim şişiyor					
41	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı					
42	Kendimi şişmiş hissediyorum					
43	Kimseyle görüşmek istemiyorum					
44	Uyku uyuma isteğim artıyor					

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: ALEV ULU

İletişim Bilgileri

Adres : 6470/2 SOKAK NO:1/1 D:11 KILIÇ APARTMANI
ATAKENT-KARŞIYAKA-İZMİR

Telefon : 0232 3363247, 0538 9119753

Mail : Alev-ulu@hotmail.com

2. Doğum Tarihi: 09/12/1989

3. Unvanı: Psikolog

4. Öğrenim Durumu:

	Tarih	Bölüm	
Yüksek Lisans: ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ	EYLÜL 2014- HALEN	KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZLİ)	3.80/4.00
Lisans: OKAN ÜNİVERSİTESİ	HAZİRAN 2014	PSİKOLOJİ	
Lise : KARŞIYAKA MERKEZ ANADOLU LİSESİ	HAZİRAN 2008	EŞİT AĞIRLIK	

Firma Adı	Tarih	Bölümü/Pozisyonu	İş Tanımı
<i>İZMİR ÇIĞLI DEVLET HASTANESİ</i>	TEMMUZ- AĞUSTOS 2012	PSİKİYATRİ SERVİSİ	STAJYER PSİKOLOG
İZMİR MEDİKAL PARK HASTANESİ	HAZİRAN- AĞUSTOS 2013	PSİKİYATRİ SERVİSİ	STAJYER PSİKOLOG
<i>NPİSTANBUL NÖROPSİKİYATRİ HASTANESİ</i>	AĞUSTOS 2015	ERKEK PSİKOZ SERVİSİ- ALKOL- MADDE BAĞIMLILIK KATI	STAJYER PSİKOLOG
<i>ÖZEL AKEM ÖZEL EĞİTİM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ</i>	ARALIK 2015-NİSAN 2016	REHABİLİTASYON VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİ	PSİKOLOG
YENİ HAYAT TIP MERKEZİ	MAYIS 2016- HALEN	PSİKİYATRİ SERVİSİ	PSİKOLOG

- BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ TAMAMLANMIŞTIR. (Dr. Emel Stroup, ABPP, ACT)
- ŞEMA TERAPİ EĞİTİMİ DEVAM EDİLMEKTEDİR. (DR. ALP KARAOSMANOĞLU)
- **OBJEKTİF TESTLER EĞİTİMİ TAMAMLANMIŞTIR.**(KLİNİK PSİKOLOJİ ENSTİTÜSÜ, YRD.DOÇ.DR. ELİF GÜNERİ).(1. MMPI,2. Catell 2A Zeka Testi,3. Catell 3A Zeka Testi,4. Alexander Pratik Yetenek Zeka Testi,5. Porteus Labirentleri Zeka Testi,6. Good Enough Testi,7. AGTE,8. Gesell Gelişim Testi,9.Peabody Resim Kelime Testi,10. Metropolitan Okul Olgunluk Testi,11. Bender Gestalt Algı Test, 12. Benton Görsel Bellek Testi,13. Draw A Person,14. Standardize Mini Mental Testi.
- ÇIĞLI DEVLET HASTANESİ,BAŞHEKİM HİKMET ERDEM'DEN TAKDİR VE TEŞEKKÜR BELGELERİ ALINMIŞTIR.(TEMMUZ 2013).

REFERANSLAR:

PROF. DR. AIDA ŞAHMUROVA/OKAN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYESİ

E-Posta: aida.sahmurova@okan.edu.tr

Telefon:0535 854 04 44 /0216 677 16 30-2310

DOÇ. DR. BELMA BEKÇİ

/OKAN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRETİM ÜYESİ

E-POSTA: Epbekci@gmail.com

Telefon: 0533 360 32 76 /0216 677 16 30-2309