

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
REKREASYON ANABİLİM DALI**

**12 HAFTALIK YOGA EGZERSİZİNİN PMS (PREMENSTRÜEL SENDROM)
SORUNU OLAN KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM
KALİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
NEŞE KILIÇ
1341160022**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HAKAN ÜNAL**

**TEMMUZ, 2019
MUĞLA**

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
REKREASYON ANABİLİM DALI**

**12 HAFTALIK YOGA EGZERSİZİNİN PMS (PREMENSTRÜEL SENDROM)
SORUNU OLAN KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM
KALİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAZIRLAYAN
NEŞE KILIÇ
1341160022**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. HAKAN ÜNAL**

**TEMMUZ, 2019
MUĞLA**

T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
REKREASYON ANABİLİM DALI

12 HAFTALIK YOGA EGZERSİZİNİN PMS (PREMENSTRÜEL SENDROM)
SORUNU OLAN KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM
KALİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

HAZIRLAYAN
NEŞE KILIÇ
1341160022

Sosyal Bilimler Enstitüsünce
Tezli Yüksek Lisans
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tez.

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih: 11.07.2019
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 14/06/2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hakan ÜNAL
Jüri Üyesi: Dr. Öğretim Üyesi Ali AĞILÖNÜ
Jüri Üyesi: Dr. Öğr. Üyesi Yeliz ILGAR

Enstitü Müdürü: Tuncay ÖĞÜN

TEMMUZ, 2019
MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 22/05/2019 tarih ve 891/1 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, Rekreasyon Anabilim Dalı **Tezli Yüksek Lisans Programı** öğrencisi Neşe KILIÇ'ın "12 Haftalık Yoga Egzersizinin PMS (Premenstrüel Sendrom) Sorunu Olan Kadınların Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kalitelerinin Üzerine Etkisinin Araştırılması" adlı tezini incelemiş ve aday 14/06/2019 tarihinde saat 14:00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine oy birliği ile karar verildi.



Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hakan ÜNAL



Üye
Dr. Öğr. Üyesi Ali AĞILÖNÜ



Üye
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz ILGAR

YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “12 Haftalık Yoga Egzersizinin PMS (Premenstrüel Sendrom) Sorunu Olan Kadınların Aksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkilerinin Araştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

..11..07..2019

Neşe KILIÇ

İMZASI

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

Soyadı : KILIÇ

Adı : Neşe

Referans No: 10268238

TEZİN ADI

Türkçe: 12 Haftalık Yoga Egzersizinin PMS (Premenstrüel Sendrom) Sorunu Olan Kadınların Anksiyete Düzeyleri ve Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkilerinin Araştırılması

Y. Dil: 12 Weeks Yoga Exercise On Anxiety Levels And Quality Of Life In Woman With Pms (Premenstrual Syndrome) Problem

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

X

O

O

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte : Spor Bilimleri Fakültesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayımlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : ÜNAL Hakan

Ünvanı : Doç. Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI: 97

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Premenstrüel Sendrom
2. Anksiyete ve Yaşam Kalitesi
3. Yoga

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER:

1. PMS
2. Menstrüasyon
3. Anksiyete
4. Yaşam Kalitesi
5. Yoga
6. Kadın

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

1. PMS
2. Menstruation
3. Anxiety
4. Life Quality
5. Yoga
6. Woman

- | | |
|---|---|
| 1- Tezimden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum | O |
| 2- Tezimden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | X |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezimin tamamının fotokopisi alınabilir | X |

Yazarın İmzası :



Tarih : 11/07/2019

12 HAFTALIK YOGA EGZERSİZİNİN PMS (PREMENSTRÜEL SENDROM) SORUNU OLAN KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

ÖZET

Bu araştırma, 12 haftalık yoga egzersizinin, PMS (premenstrüel sendrom) sorunu olan kadınların anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda, Muğla İli Yatağan ilçesinde ikamet eden premenstrüel sendrom tespit edilmiş, 18 yaş üzeri 20 kadın ile çalışılmıştır.

Çalışma 12 hafta ile sınırlandırılmıştır. Katılımcılara, araştırmacı tarafından çalışma başında ve sonunda olmak üzere SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar, haftada iki gün ve 40 dakika olarak belirlenen yoga egzersiz programına, 2 eğitmen eşliğinde gönüllülük esasına dayanarak katılmışlardır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümler arasındaki farkın belirlenmesinde eşleşmiş grup t-testi kullanılmıştır.

Sonuç olarak, premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında; depresyon, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı, iştah, şişkinlik ve uyku düzeylerinin düştüğü, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol ve ruh sağlığı düzeylerinin arttığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: PMS, Menstrüasyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi, Yoga, Kadın.

12 WEEKS YOGA EXERCISE ON ANXIETY LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN WOMAN WITH PMS (PREMENSTRUAL SYNDROME) PROBLEM

ABSTRACT

This study was conducted to investigate the effects of 12-week yoga exercise on anxiety and quality of life in women with PMS (premenstrual syndrome). In our study, premenstrual syndrome was studied in Yatağan district of Muğla province by including total 20 women over 18 years old.

The study was limited to 12 weeks. The SF 36 Quality of Life Scale and Premenstrual Syndrome Scale were administered to the participants at the beginning and end of the study. Participants participated in the yoga exercise program, twodays a weekand 40 minutes as voluntarily guided by 2 instructors. The data obtained from the study were analyzed by using SPSS (Windows Package for Social Sciences for Windows 22.0) program. Mean, standard deviation was used as descriptive statistical methods in the evaluation of data. The paired group t-test was used to determine the difference between repeated measurements.

As a result, after yoga activities of women with premenstrual syndrome disorder; depression, anxiety, fatigue, irritability, depressed thoughts, pain, appetite, bloating and sleep levels, physical role, physical pain, general health, vitality, social functionality, emotional role and mental health levels have increased.

Keywords: PMS, Menstruation, Anxiety, Life Quality, Yoga, Woman.

ÖNSÖZ

Bu zorlu sürecin her aşamasında bana engin bilgi ve tecrübesiyle ışık tutan, kişiliği ve bilgisi ile her zaman örnek alacağım değerli danışman hocam Doç. Dr. Hakan ÜNAL'a; defalarca vazgeçme noktasına gelmeme rağmen beni her defasında ayağa kaldıran, cesaretlendiren, bana güç veren ve hakkını ömrüm boyunca ödeyemeyeceğim en kıymetlilerimden biri olan yaşam klavuzum annem Ergül GÜNDOĞDU'ya; iyi ve merhametli bir insan olma erdemini öğrendiğim ve varlığını her zaman yanımda hissettiğim diğer kıymetlim canım babam Hüseyin GÜNDOĞDU'ya; tüm eğitimim boyunca beni anlayışla karşılayan ve bu yolda yürümemde en büyük destekçilerimden biri olan hayat arkadaşım Ferit KILIÇ'a minnettarlığımı sunuyorum.

../05/2019

Muğla

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLOLAR DİZİNİ	V
GRAFİKLER DİZİNİ	VI
KISALTMALAR	VII
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

PREMENSTRÜEL SENDROM VE MENSTRÜASYON KAVRAMLARI

1.1. Premenstrüel Sendromun Tanımı ve Tarihçesi	3
1.2. PMS Belirtileri	7
1.2.1. Premenstrüel Sendromun Psikolojik Semptomları	7
1.2.2. Premenstrüel Sendromun Fiziksel Semptomları	7
1.2.3. Ayırıcı Tanı	8
1.3. Menstrüasyonun Tanımı	9
1.4. Menstrüel Siklus ve Premenstrüel Sendromun İştah ve Beslenme Durumuna Etkisi	10
1.4.1. Menstrüel Siklusun İştah Üzerine Etkileri	10
1.4.2. Menstrüel Siklusun Beslenme Üzerine Etkileri	10

İKİNCİ BÖLÜM

ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMLARI

2.1. Anksiyetenin Tanımı	13
2.2. Anksiyetenin Tarihçesi	15
2.3. Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler	16
2.4. Anksiyetenin Sağlık Üzerine Etkileri	17

2.4.1. Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri	17
2.4.2. Anksiyetenin Duygusal Belirtileri	17
2.4.3. Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri	17
2.4.4. Anksiyetenin Zihinsel Belirtileri	18
2.5. Anksiyete Çeşitleri	18
2.5.1. Durumluluk Anksiyete (Akut Anksiyete)	18
2.5.2. Sürekli Anksiyete (Kronik Anksiyete).....	19
2.6. Anksiyete Bozuklukları.....	19
2.7. Yaşam Kalitesinin Tanımı	22
2.8. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi	24
2.9. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri.....	25
2.10. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YOGA KAVRAMI

3.1. Yoganın Tanımı ve Değişimi	27
3.2. Yoganın Bileşenleri.....	32
3.3. Farklı Yoga Yöntemleri	33
3.4. Yoga ve Sağlık	33

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL METOD

4.1. Araştırma Grubu.....	35
4.2. Veri Toplama Aracı.....	36
4.3. Verilerin Analizi.....	37
4.4. Çalışmanın Sınırlılığı	37
BULGULAR	38
TARTIŞMA VE SONUÇ	52
ÖNERİLER	68

KAYNAKÇA.....	69
ÖZGEÇMİŞ	



TABLolar DİZİNİ

Tablo 5.1. Depresif Duygulanım Ön Test ve Son Test Değerleri.....	40
Tablo 5.2. Anksiyete Durumu Ön Test ve Son Test Değerleri.....	41
Tablo 5.3. Yorgunluk Ön Test ve Son Test Değerleri	41
Tablo 5.4. Sinirlilik Ön Test ve Son Test Değerleri	42
Tablo 5.5 . Depresif Düşünceler Ön Test ve Son Test Değerleri	43
Tablo 5.6. Ağrı Ön Test ve Son Test Değerleri	44
Tablo 5.7. İştah Değişimleri Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri.....	45
Tablo 5.8. Şişkinlik Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri.....	45
Tablo 5.9. Uyku Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri.....	46
Tablo 5.10. Premenstrüel Sendrom Toplam Ön Test ve Son Test Değerleri.....	47
Tablo 5.11. Fiziksel Fonksiyonellik Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri.....	47
Tablo 5.12. Fiziksel Rol Ön Test ve Son Test Değerleri.....	48
Tablo 5.13. Bedensel Ağrı Ön Test ve Son Test Değerleri.....	49
Tablo 5.14. Genel Sağlık Ön Test ve Son Test Değerleri.....	50
Tablo 5.15. Canlılık Durumu Ön Test ve Son Test Değerleri.....	50
Tablo 5.16. Sosyal Fonksiyonellik Ön Test ve Son Test Değerleri.....	51
Tablo 5.17. Duygusal Rol Ön Test ve Son Test Değerleri.....	52
Tablo 5.18. Ruh Sağlığı Ön Test ve Son Test Değerleri.....	53

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 5.1. Depresif Duygulanım Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	42
Grafik 5.2. Anksiyete Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	43
Grafik 5.3. Yorgunluk Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	44
Grafik 5.4. Sinirlilik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	44
Grafik 5.5. Depresif Düşünceler Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	45
Grafik 5.6. Ağrı Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	46
Grafik 5.7. İştah Değişimleri Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	46
Grafik 5.8. Şişkinlik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	47
Grafik 5.9. Uyku Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	48
Grafik 5.10. Premenstrüel Sendrom Toplam Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	49
Grafik 5.11. Fiziksel Fonksiyonellik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	50
Grafik 5.12. Fiziksel Rol Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	50
Grafik 5.13. Bedensel Ağrı Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	51
Grafik 5.14. Genel Sağlık Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	52
Grafik 5.15. Canlılık Durumu Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	52
Grafik 5.16. Sosyal Fonksiyonellik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	53
Grafik 5.17. Duygusal Rol Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	54
Grafik 5.18. Ruh Sağlığı Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark.....	55

KISALTMALAR

Kisaltmalar	Açıklama
PMS	Premenstrüel Sendrom
DSM IV	Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı
NAPS	National Association for Premenstrual Syndrome
PMT	Premenstrüel Tension
PM	Premenstrüel Molimia
APA	American Psychiatric Association
NIMH	National Institute of Mental Health
BKİ	Beden Kitle İndeksi
Ar-Ge	Araştırma ve Geliştirme
KBA	Kronik Bel Ağrısı
FR	Fiziksel Rol
FF	Fiziksel Fonksiyonellik
BA	Bedensel Ağrı
CA	Canlılık
GS	Genel Sağlık
GRS	Genel Ruh Sağlığı
DR	Duygusal Rol
SF	Sosyal Fonksiyonellik
MCS	Mental Health Component Summary Scale
PCS	Physical Health Component Summary Scale
PMSÖ	Premenstrüel Sendrom Ölçeği
HPA	Hypothalamic Pituitary Adrenal
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği

GİRİŞ

PMS ilk defa 1931 yılında R. D. Frank tarafından tanımlanmıştır. PMS terimi ise ilk defa 1953 yılında Dalton ve Green tarafından yapılan 84 vakalık bir yayında kullanılmıştır. Premenstrüel Sendrom, bilişsel, duygusal, ruhsal, fiziksel ya da davranışsal bir takım belirtilerle ve sıkıntılarla karakterize yaygın bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. PMS belirtilerinin kadınlarda oldukça yaygın olduğu bilinmektedir. Hafif belirtiler de dâhil edildiğinde bu yaygınlık oranları %90'ı bulmaktadır. Premenstrüel sendrom, ergenlik dönemiyle başlamakta, giderek şiddetlenmekte ve kadın menopoza yaklaştıkça belirtiler azalmaktadır. Pek çok kadın bu dönemde kendilerini aşırı sinirli, kırılğan, huzursuz, ağlamaya meyilli hissetmekte ve yaklaşık 150 belirti ile bu dönemdeki değişimi ifade etmektedirler. Her kadın farklı bir PMS deneyime sahip olduğu için, PMS'nin klinik değerlendirilmesinde kesin tanı koymak zor olabilir. Premenstrüel şikayetler fizyolojik ya da psikolojik olabilmekte ve kültürel farklılıklardan etkilenebilmektedir. PMS hem fizyolojik hem de psikolojik olayların bileşkesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların sağlığını tehdit etmekle birlikte sağlık problemlerine sebep olmakta, dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir.

Kadınlara özel bazı fizyolojik gereksinimler ve hastalık riskleri açısından fiziksel aktivite yapmanın kadın sağlığı üzerine faydaları sayılamayacak kadar çoktur. Kadınları etkileyen önemli sağlık sorunlarından olan PMS'nin olumsuz etkilerinin azaltılması bunlardan bir tanesidir. Bu etkilerin azaltılmasına yönelik en sık kullanılan aktivite yöntemlerinden birisi yodadır. Yoga aktivitelerinin, PMS semptomlarını etkili bir şekilde azalttığını ve bir tedavi olarak kullanılabileceğini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır.

Yoga; ruh, zihin ve beden arasındaki ilişkinin farkındalığına dair çalışmalar yaparak, bu iletişimin geliştirilmesi tekniğidir. Bu üç yapıdan birinde meydana gelen farklılığın diğerlerine olan etkilerine odaklanarak, olumsuz etkilenimi düzeltmek için çalışır.

Yoga terapisi günümüzde, PMS, kronik bel ağrısı, fibromyalji sendromu, osteoartrit, karpal tünel sendromu, multiple skleroz, bronşial astım, pulmoner

tüberküloz, ilaç bağımlılığı, hipertansiyon, irritabl bağırsak sendromu ve depresyon gibi birçok kronik hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır.

Bu araştırma, 12 haftalık yoga egzersizinin, PMS (premenstrüel sendrom) sorunu olan kadınların anksiyete, öfke ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma ile PMS sorunu yaşayan çalışan kadınların, bu sendrom kaynaklı yaşamlarını olumsuz etkileyen faktörlerin optimal seviyeye indirilebilmesi ve PMS'nin olumsuz etkilerinden yoga yaparak uzaklaşabilmeleri ve yoga ile yaşam kalitelerinin artırılabilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız genişletilerek bu sorunu yaşayan Türk kadınlarının benzer sorunlarının aza indirgenebilmesi açısından önem arz etmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

PREMENSTÜREL SENDROM VE MENSTRÜASYON

KAVRAMLARI

1.1. Premenstrüel Sendromun Tanımı ve Tarihçesi

Kültürel ve bilimsel açıdan değişik şekillerde tanımlanan PMS'nin henüz ortak tanımı yoktur (Figert, 2005). PMS, adet siklusunun geç luteal safhasında, bu safhaya spesifik olarak gelişen, çok sayıda siklusta tekrarlayan, menstrüasyonun başlamasıyla kısa sürede hafifleyip biten, foliküler dönemde minimum bir hafta süreyle görülmeyen, fiziksel, psişik ve davranışsal farklılıkların olduğu bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Adıgüzel ve diğ., 2007).

Premenstrüel Sendromun DSM IV'te yer alan tanımına göre; önceki yıl boyunca, menstrüel döngülerin genelinde, luteal fazın son haftası esnasında düzenli şekilde bir takım şikayetler (örneğin; belirgin depresif duygudurum, yapılan etkinliklere karşı ilgide azalma, belirgin anksiyete) ortaya çıkması, bu şikayetlerin menstrüel kanamaların başlangıcının akabinde birkaç gün içinde bitmiş olması ve bu şikayetlerin rutin etkinliklerde, okul yaşamında veya iş yaşamında bozukluklara neden olacak kadar şiddetli seviyede olması ve menstrüasyonların sonrasında minimum bir hafta süreyle hiç bulunmaması gerekmektedir (Anson, 1999). Premenstrüel şikayetler, çalışma kalitesini azaltması ve işteki verimliliği, kaza potansiyelinde ve ekonomik kayıplarda bir artışa neden olması, eşlerin ve tüm aile üyelerinin ilişkilerini etkilemesi, adölesanların ise toplumsal ilişkilerini, derslere devamını ve kendine olan güvenini olumsuz etkilemesi sebebiyle erken dönemde ele alınması gereken bir durumdur (Demir ve diğ., 2006). 1956 ve 1969'da yapılan iki çalışmada, premenstrüel sendromun sebep olduğu işe devamsızlığın (absentizm) ABD endüstrisinde 5 milyar dolar kayba sebep olduğu tahmin edilmiştir (Pariser ve Stern, 1985; Abraham ve Taylor, 1991).

Çalışan kadın sayısının, günümüzde giderek artmakta olduğu göz önüne alınırsa, bu rakamın daha fazla yükselmiş olması beklenir (Kıvrak ve Taşğın, 2010). Premenstrüel şikayetlerin azaltılabilmesi için nonfarmakolojik ve farmakolojik

tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Premenstrüel sendrom belirtileri ile baş edebilmek için ilk başvuru olan farmakolojik tedaviden (Taşcı, 2006) önce; menarş öncesi ve sonrası yeterli ve doğru bilgi birikimi sağlanarak kişilerin hayat tarzındaki gerekli düzenlemelerin yapılması daha önemlidir (Yücel ve diğ., 2009). Warren ve Baker (1992) yaptıkları çalışmada, premenstrüel sendrom şikayetlerini çözümlenebilmek için destek sistemleri geliştirmenin, stres azaltma yöntemlerinin, öfke ile baş etmeyi öğrenmenin, düzenli-uygun beslenmenin, egzersiz programlarının ilaç tedavisinden daha etkin olabileceğini belirtmiştir.

Premenstrüel semptomlar genellikle premenstrüel sendroma atfedilir veya premenstrüel sendrom olarak tanımlanır (Steiner, 2000; Managing Premenstrual Symptoms, 2011). Premenstrüel sendrom, menstrüel döngünün 7-10 gün öncesinde sinirlilik, duygularda değişim, kaygı, depresif duygu durumu, enerji azalması, dikkat toplama güçlüğü, değersizlik düşünceleri, göğüslerde şişkinlik, iştahta değişimler, eklem ağrıları gibi tipik belirtilerle ortaya çıkan, menstrüasyonun başlaması ile sonlanan ve bir sonraki menstrüel döngüye kadar ortaya çıkmayan davranışsal, duygusal ve fiziksel semptomların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Erci ve diğ., 1999; Taylor, 1999; Başaran, 2006; Rızık ve diğ., 2006).

Menstrüel siklus kadın hayatında 10-50 yaş aralığındaki yaklaşık 40 yıl gibi uzun bir süreyi kapsamaktadır. Bu da kadınların tüm yaşamları boyunca PMS'den etkilenebilecekleri anlamına gelir (Bostancı, 2010). Premenstrüel sendromun işaret ve semptomlarının, menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıktığına ilişkin fikir birliği vardır (Uganizza ve diğ.,1998; Erci ve diğ., 1999). Kadınların premenstrüel değişikliklerle ilgili deneyim ve psikolojik algılamaları uzun süredir önemli bir konu olmuştur (Dinç, 2010). Dünya'da milyonlarca genç kadını etkileyen PMS ve ilişkili problemler yaygın bir sorundur (Bahçetepe, 2012). Premenstrüel sendrom, ergenlik dönemiyle başlamakta, giderek şiddetlenmekte ve kadın menopoza yaklaştıkça belirtiler azalmaktadır (Dereboy ve diğ., 1994).

NAPS (National Association for Premenstrual Syndrome)'a göre kadınlar, premenstrüel sendroma ait yakınmalarını çoğunlukla "nörotik" veya "hastalık hastası" tanılarını almamak için uzun yıllar boyunca saklamaktadırlar (Coombes,

2000). PMS alt boyutu olan depresif duygulanım faktörüne ilişkin dağılım incelendiğinde; beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin %39,5'i bazen kendinlerini üzgün hissettiğini belirtmişlerdir. Savaşır (1998)'in yaptığı çalışmayla bu bulgu paralellik göstermektedir.

PMS'den ayrı fakat PMS bulgularını içeren premenstrüel tension (PMT) ve premenstrüel molimia (PM) adları ile ayrıca tanımlanmış iki durum mevcuttur (Bostancı, 2010). PMT; sinirlilik, depresyon, huzursuzluk, anksiyete gibi emosyonel durumların ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu, semptomların hafif, günlük hayatı etkilemeyen ve menstrüasyonun yaklaştığını gösteren kısa süreli bir durum olarak tanımlanır. Ayrıca PMS'de somatik, davranışsal ve emosyonel yakınmaların hepsinin birlikte olduğunu, PMT'de ise yalnızca emosyonel problemlerin olduğu öne sürülmektedir (Gökçe, 2006). Premenstrüel sendromdanyakınan kadınların bu dönemlerde aile içindeki sosyal ilişkilerinde veya iş yerindeki arkadaşlarıyla ciddi sorunlar yaşadıkları bilinmektedir (Coombes, 2000). PM ise kadınların %80–90'ında görülen, günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyecek şiddette ortaya çıkan, etiolojisinde PMS'nin aksine psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı bir durumdur (Gökçe, 2006).

Premenstrüel Molimia ile PMS'nin etiolojileri arasında farklılıklar olabileceği öne sürülmektedir. Örneğin; PMS etiolojisinde hipotalamik-pituiter aksın beyin nörotransmitterleri ile karşılıklı etkileşimleri gibi biyolojik faktörlerin, Premenstrüel Molimia'da ise psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı düşünülmektedir (Gökçe, 2006). Premenstrüel molimina; bulantı, karın şişkinliği, meme hassasiyeti, ovulasyon ağrısı gibi kadınların sikluslarının premenstrüel fazında yaşadıkları semptom, gözlem ve hislerdir. Bu semptomlar minördür, kişide az sıkıntı yaratır ve işlevselliği bozmaz (Önal, 2011). Terminoloji 4 katagoride ele alınabilir (Kessel, 2002).

Bu süreç ile ilgili olaylar; postpartum bozukluklar, hamilelik ile ilgili durumlar, perimenapozal bozukluklar ve premenstrüel bozukluklar olarak sıralanabilir. Bu durumların hepsi doğurganlık dönemi ile ilgili rahatsızlıklar olarak sınıflandırılabilir (Önal, 2011).

Her kadın premenstrüel sendromun etkilerini farklı boyutta yaşamaktadır. Kadınların bir çoğu bu semptomları hayatın bir parçası ve "katlanmak zorunda" oldukları bir durum olarak algılamaktadırlar. Premenstrüel sendrom, farklı bireylerde değişik belirtilerle ortaya çıkmakta ve bireylerin beklentilerine göre belirtiler çeşitlilik göstermektedir (Dickerson ve diğ., 2003). Yapılan çeşitli çalışmalarda çökkünlük, irritabilite, bunaltı, mizaçta dalgalanmalar, sinirlilik ve gerginlik en sık görülen psikiyatrik belirtiler arasında yer alırken ödem, meme hassasiyeti, karın ağrısı ve yorgunluk en sık görülen bedensel belirtilerdir ve 15–44 yaşları arasında, %20–40 kadında PMS semptomları görülür (Freeman ve Halberich, 1998; Yonkers ve Davis, 2000; Süer, 2008). Bazı kadınlar için premenstrüel sendromda yaşanan semptomlar doğaldır. Böyle düşünen kadınlar genelde hayat tarzını değiştirme, diyet gibi kendi kendine yardım yollarını denemektedirler. Bazı semptomları oldukça basit tedavi yöntemleriyle çoğunlukla giderebilmekte ve bu yüzden kadın başka kaynaklardan yardım aramamaktadır. Genel olarak premenstrüel şikayetleri için doktorlara veya psikologlara müracaat edenlerin dışında, birçok kadın bu tip yakınmalarına çözüm aramayı akıllarına bile getirmeden yaşamlarını sürdürmekte ve bunun sonucunda ailevi, mesleki ve sosyal sorunlara maruz kalmaktadırlar (Bektaş, 1995). Premenstrüel sendrom tanısında kriter oluşturabilecek iki sistem tanımlanmaktadır. Birincisi APA (American Psychiatric Association) ikincisi ise NIMH (National Institute of Mental Health) tarafından hazırlanmıştır (American Psychiatric Association, 2000; Arslan, 1999). APA'ya göre PMS kriterleri şunlardan oluşmuştur:

-Semptomların geçici olarak menstrüel siklusla ilgili oluşu.

- Aşağıdaki semptomlardan ilk dördü içinden en az biri olmak üzere minimum beş semptomdan şikayetin bulunması: anksiyete, duygusal labilite, depresif ruh hali, gerginlik, kızgınlık, günlük aktivitelere ilginin azalması, irritabilite, çabuk yorulma, iştah değişikliği, hipersomnia ya da insomnia, konsantrasyon güçlüğü, fiziksel semptomlar: baş ağrısı, memelerde hassasiyet, eklem ve kas ağrısı, ödem, kilo alınması.

-Bu semptomların günlük aktivite, iş hayatı ya da buna benzer şeylerle ilgili olmaması.

1.2. PMS Belirtileri

Premenstrüel sendromun yüz elliden fazla semptomu olduğu belirtilmektedir. (Taşgın, 2010). Premenstrüel sendrom şikayetlerinde ana rolü davranış bozuklukları ve duygudurum oynamaktadır (Koci, 2006). Premenstrüel sendrom şikayetleri adetten yedi gün önce başlar (Haywood ve diğ., 2007). Kadınların %40-50'sinde birden fazla semptom görülebilmektedir. Çoğunlukla 25–35 yaş aralığında görülmekte, 35 yaş sonrası yaşla birlikte semptomların şiddeti ve çeşitliliği artmaktadır (Dereboy ve diğ., 1994; Rosdahl, 1999). Pozitif değişikliklerin de varlığı bilinmesine rağmen araştırmalar öncelikli olarak negatif değişikliklere odaklanmıştır (Morse, 1999). Premenstrüel yakınmaların disiplinler arası bir alan oluşturması nedenine yönelik değişik bakış açılarından yaklaşımların söz konusu olmasına neden olmuştur. Konuya psikiyatrik ve psikolojik açıdan yaklaşan çalışmalar, premenstrüel sendromun davranışsal ve duygusal belirtilerin ön planda olduğu bir alt tipini tanımlamaya yönelmişlerdir (Dereboy ve diğ., 1994). Fakat premenstrüel sendrom belirtileri çeşitlilik göstermiştir. Premenstrüel sendromun belirtileri, fiziksel ve davranışsal belirtiler, psikolojik, ağrı, iştah, ödem, ve cilde ait semptomlar olarak gruplandırılabilir (Franckiewicz ve Shiovitz, 1996; İsmail ve O'Brien, 2005; McKinney ve diğ., 2005).

1.2.1. Premenstrüel Sendromun Psikolojik Semptomları

Premenstrüel sendromun psikolojik semptomları; irritabilite, kızgınlık, konsantrasyonda azalma, gerginlik, konfüzyon, huzursuzluk, unutkanlık, yalnızlık, depresyon, öz saygıda azalma, anksiyete, öfke, kızgınlık, hiddet, kendini küçük görme, yorgunluk, unutkanlık, kararsızlık, uyku değişiklikleri, konsantrasyon bozukluğu, huzursuzluk, ağlamaya meyil, toplumdaki kaçma, suçluluk, işten kaçma, yalnızlık, intihara eğilim, negatif tutum, paranoya.

1.2.2. Premenstrüel Sendromun Fiziksel Semptomları

Premenstrüel sendromun fiziksel semptomları; baş ağrısı, göğüslerde dolgunluk ve hassasiyet, sivilcelenme, şişkinlik ve abdominal ağrı, sırt ağrısı, ekstremitelerde şişlik, kilo alma, ödem, kas ve eklem ağrıları, mide bulantısı,

sıcak basmaları, diyare ya da kabızlık, oligüri, kas spazmı, terleme, kramplar, kalp çarpıntısı, saçların kuruması.

Ağrıya bağlı ortaya çıkan semptomlar: memelerde hassasiyet/ağrı, baş ağrısı/migren, bel ağrısı, genel vücut ağrısı, abdominal kramplar.

*Ödeme bağlı ortaya çıkan semptomlar:*karında şişkinlik, kiloda artma, extremitelerde ödem (özellikle bacak ve kollarda), memelerde şişkinlik, genel vücut ödemi.

İştaha ait semptomlar: mide bulantısı, yeme isteği,iştahta artma.

Cilde ait semptomlar: uçuk, akne, ciltte bozulma, sivilcelenme.

Davranışsal semptomlar: bitkinlik, yorgunluk, uyku/uykusuzluk, umutsuzluk hissi, enerjide azalma, normal günlük aktivitelere ilgide azalma, baş dönmesi, etkinlikte azalma, kazalara eğilim.

1.2.3. Ayırıcı Tanı

Premenstrüel sendrom için spesifik laboratuvar tetkiki yoktur (Kıran, 1998). Günlük sorun çizelgeleri mevcut şikayetleri ayırt etmede önem arz eder. Bu bozuklukları olan bireylerde yalnızca geç luteal dönemde değil diğer dönemlerde de belirtiler bulunması ayırıcı tanıyı kolaylaştırır (Karadağ, 2001). Premenstrüel sendrom ile karıştırılabilecek durumlar; obesite, nörolojik bozukluklar, psikiyatrik bozukluklar, meme kanseri, anemi, idrar söktürücü kullanımı, över kisti, migren, dismenore, menopoz.

Premenstrüel sendromda görülen birçok semptom organik veya psikolojik, fizyolojik hastalıklarda da görülebilir. Organik ve fizyolojik bozuklukların sebebini ortaya çıkarmak için bazı laboratuvar tetkikleri yapmak gerekmektedir (Acar, 1996). Bununla beraber bazı kadınlar, psikolojik sorunlarına gerekçe bulmak için premenstrüel sendrom tanısının ardına gizlenmekte, bir başka deyişle premenstrüel sendrom adını bir etiket gibi kullanmaktadırlar. Nevroz ya da bipolar affektif bozukluk gibi hastalıklar premenstrüel sendrom ile açıklanmaya çalışılmaktadır.

İnkoordinasyon, baş ağrısı, migren gibi semptomların nörolojik bozukluklarla bağıntılı olmadığı kanıtlanmalıdır (Kıran, 1998). Bu faktörler ortadan

kaldırıldığında premenstrüel sendrom tanısı koyabilmek için bazı özelliklerin aranması gerekmektedir (Taşgın, 2010). Bu özellikler şunlardır (Kızılkaya a, 1994; Kızılkaya b 1994; Uganizza ve diğ, 1998; McKinney, 2000; Atasü ve Şahmay, 2001). Organik bir sebep olmamalıdır, siklusun ikinci yarısında ortaya çıkmalıdır ve semptomlarda sıklık olmalıdır ancak; her siklusta bu belirtiler aynı şiddette görülmeyebilir, siklusun ilk yarısında minimum yedi gün semptomsuz dönem olmalıdır, semptomlar birbirini izleyen minimum üç siklusta mevcut olmalıdır, menstrüasyonun başlamasıyla semptomlar kaybolabilir. Postmenapozal, gebelik ve prepubertal dönemlerinde görülmez, menstrüasyon şart değildir. Overleri korunmuş, histerektomi olmuş kadınlarda dahi görülebilir, semptomlar hastanın iş ve yaşam kalitesini etkileyecek düzeydedir ve tedavi gerektirmektedir.

1.3. Menstrüasyonun Tanımı

Menstrüel bozukluklarla ilgili en eski bilgilere M.Ö. 460–377 yılları arasında yaşamış olan Hipokrat'ın yazılarında rastlanabilmektedir. Bu yazılarda "Histeri" terimi, sikluk menstrüel disfonksiyonu tanımlamak amacıyla kullanılmış ve bu probleme uterusun, vücut içinde dolaşıp bir yere yerleşmesinin sebep olduğu düşünülmüştür (Dilbaz, 1992; Akdeniz ve Gönül, 2004).

Doğurganlık dönemindeki kadınların her ay yaşadıkları menstrüel siklus, hipotalamik-pituitar-ovarian aksın etkileşimiyle hedef genital organlarda (vajen, serviks, endometrium) meydana gelen değişimlerin kliniğe yansımalarıdır (Henrich, 2004). Menstrüel siklus luteal ve foliküler olmak üzere iki fazda incelenmektedir. Normal bir siklus ortalama 21–35 gün sürmekte, bunun 2–6 gününde kanama olmakta ve toplam kan kaybı 20–60 cc kadardır (Palter, 2004). Foliküler faz menstrüel kanamanın ilk günü ile başlar ve süresi kadından kadına değişmekle birlikte ortalama 14 gündür. Luteal faz ise sabit olup 14 gün sürmektedir. (Bahçetepe, 2012). Menstrüasyon olan kadınlarda, menstrüel siklus boyunca dolaşımdaki hormon miktarlarındaki değişimlere bağlı olarak bazı psikolojik ve fiziksel yakınmalar görülmektedir (Bahçetepe, 2012).

Menstrüasyon ve menstrüel dönem her ne kadar fizyolojik bir olay olsa da bu dönemde yaşanan problemler kadın yaşamının önemli bir bölümünü etkiler (Taşcı, 2006). İlk menstrüasyon hakkındaki bilgiler ve premenstrüel faz

sürecindeki tecrübeler, menstrüasyona karşı tutumu belirlemektedir (Arıöz, 2009). Reprodüktif çağda periyodik olarak her ay tekrarlayan menstrüasyon ve menstrüel dönem kadın yaşamının önemli bir bölümünü (30-35 yılını) etkilemektedir (Taşçı, 2006). Üreme çağındaki kadınların %70-90'ında menstrüasyona bağlı bazı semptomlar vardır (Kıvrak ve Taşgın, 2010). Dismenore (ağrılı adet), amenore (adet görememe) ve premenstrüel (adet öncesi gerginlik) sendrom bu problemlerin en başta gelenleridir (Nesitein, 1990; Braverman, 1997).

1.4. Menstrüel Siklus ve Premenstrüel Sendromun İştah ve Beslenme Durumuna Etkisi

1.4.1. Menstrüel Siklusun İştah Üzerine Etkileri

Menstrüel ve premenstrüel siklusun psikolojik ve fizyolojik özelliklerinin dışında, bu dönemde yaşanan semptomların da iştah mekanizması ve besin alımı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Menstrüel siklusta yaşanan hormonal değişimler, yeme davranışı ve iştahın kontrolünü etkileyerek farklılıklara sebep olabilmektedir (Hollins-Martin ve diğ., 2014).

Birçok besinde makro besin öğeleri beraber olduğundan, spesifik olarak hangi besin ögesine karşı ilgi duyulduğunu tespit etmek zorlaşmıştır (Wurtman ve diğ., 1989). Yapılan son çalışmalar ise menstrüasyon öncesinde hiperfajiyi desteklemekte ve enerji alımında bu dönemde, menstrüasyon sonrasına kıyasla 90-500 kkal/günlük bir artışın olduğunu göstermektedir (Danker-Hoopfe ve diğ., 1995).

1.4.2. Menstrüel Siklusun Beslenme Üzerine Etkileri

Premenstrüel sendromlu kadınların menstrüasyon öncesi dönemdeki enerji alımlarında istatistiki açıdan önemli bir artış gözlenmektedir (Cross ve diğ., 2001). Menstrüasyona bağlı besin alımının değerlendirildiği çalışmalarda, katılımcıların menstrüasyon öncesi, sırası ve sonrası olmak üzere üç ayrı menstrüasyon döneminde besin tüketimleri incelenmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre, premenstrüel dönemde alınan protein, yağ ve karbonhidrat miktarlarının menstrüel döneme oranla anlamlı ölçüde artış gösterdiği saptanmıştır (Dye ve Blundell, 1997). Artan enerji alımıyla meydana gelen adipozitenin nedeni premenstrüel sendrom ile ilişkisi incelendiğinde, Beden

Kitle İndeksi (BKİ) ile premenstrüel sendrom riski ve semptomları arasında güçlü doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Bertone-Johnson ve diğ., 2010).

Premenstrüel sendromda yaşanan semptomlar ile çay, alkol, kahve, çikolata, kolalı içecekler, süt ve şeker içeriği zengin atıştırmalıklar tüketimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Eke, 2011). PMS yaşayan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, menstrüasyon öncesi dönemde yüksek şekerli ve atıştırmalık besin tüketimini, kompleks karbonhidrattan zengin besinlerin tüketimine oranla artış gösterdiği bulunmuştur (Reed ve diğ., 2008).

Menstrüasyon öncesi dönemde bireylerin özellikle çikolata tüketme arzuları ve tüketim miktarlarında artış yaşandığı bildirilmiştir (McVay ve diğ., 2012). Bu arzunun altında, iki temel biyokimyasal mekanizmanın bağlı olduğu kabul edilmektedir. Bunlardan ilki premenstrüel dönemde ortaya çıkan fizyolojik farklılıklar sebebiyle, çikolatanın içerisinde bulunan serotonin ve magnezyuma duyulan ihtiyacın artması, ikincisi ise direkt ya da dolaylı yollarla bazı nörotransmitterler (endojen opioidler) üzerinden kişilerin istediği mutluluk hissinin oluşturulmasının sağlanması olduğu düşünülmektedir (Zelner ve diğ., 2004). Besine duyulan fazla arzu üzerine yapılan, toplam 758 kadın ve 380 erkeğin katıldığı retrospektif çalışmada, kadınların çikolatayı erkeklerden daha çok istediğini ve çikolatayı diğer besinlere göre daha çok tercih ettiklerini bildirmektedir (Merete ve diğ., 2008). Clare tarafından premenstrüel sendromlu bireyler üzerinde yapılan çalışmada, çikolatanın en fazla istenen besin olduğu, farklı bir besinin çikolataya duyulan arzunun farklı bir besinle giderilemediği belirtilmektedir. Bununla beraber, çikolata isteğinin menstrüasyon öncesi dönemde artarak diğer dönemlere göre daha sık görüldüğü ve çok fazla enerji alımına yol açarak vücut ağırlığının etkilendiği kaydedilmiştir (Clare, 1985).

Diyette tüketilen karbonhidrat miktarı serotonin düzeyiyle ilişkili olup, düşük salınan serotonin düzeyinin premenstrüel sendroma yol açabildiği tespit edilmiştir (Bryant ve diğ., 2005). Karbonhidrat alımıyla ilgili yapılan çalışmalarda, premenstrüel sendromlu bireylerin diyetlerinin glisemik indeksi ile premenstrüel sendromun semptomları arasında ters yönde ilişki olduğu rapor edilmiştir (Murakami ve diğ., 2008).

Yapılan yabancı çalışmalarda, mikro besin ögelerinin alımıyla premenstrüel sendrom arasındaki ilişki incelendiğinde, magnezyum, kalsiyum, sodyum, çinko, potasyum, mineralleriyle riboflavin, tiamin, D ve B6 vitaminlerinin premenstrüel sendromla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Panay, 2005). Mineraller arasında diyetle nonhem demir ve çinko alımının olumlu, potasyumun aşırı alımının ise olumsuz etki gösterdiği tespit edilip, manganez, magnezyum ve sodyum alımlarının ise premenstrüel sendromla bağlantılı olmadığı saptanmıştır (Chocano-Bedaya ve diğ., 2013). Fakat özellikle menstrüasyon öncesi dönemdeki çok miktardaki tuz tüketimi vücutta su tutulumuna sebep olacağından sodyum alımının kısıtlanması gerektiği söylenmektedir (Panay, 2005). Premenstrüel sendromlu bireylerin kandaki D vitamini ve kalsiyum seviyelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Thys-Jacobs, 2000).

İKİNCİ BÖLÜM

ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMLARI

2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete; evrensel bir duygu olup kişinin kendisini güvende hissetmediği durumlara karşı geliştirdiği doğal tepkidir. Bitkinlik ve huzursuzluk hali başta olmak üzere (nefes darlığı, çarpıntı, boğuluyormuş hissi v.b. gibi) somatik bulguların eşlik ettiği ve otonom sinir sisteminin aşırı aktif olduğunu gösteren bir endişe durumudur. Bireyin kendisini endişeli ve gergin hissetmesi durumudur. Başka bir deyişle hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım olarak tanımlanabilir (Bostancı, 2010). Kısaca anksiyete kaygı bunalıtı olarak tanımlanabilir (Karamustafaloğlu ve Akpınar, 2010).

Goldstein'e göre anksiyetenin çıkış noktası kişinin yeteneği ile ondan beklenenler arasındaki uyumsuzluktur, bu durum ise kendisini gerçekleştirmesini olanaksız kılar (Gençtan, 1981). Anksiyöz bireyde fiziksel olarak nefes darlığı, çarpıntı, taşipne, aşırı terleme, ayakta ve ellerde titreme görülürken psikolojik olarak heyecan, bunalıtı, aniden kötü bir olay olacaktı kuşkusuna ya da duygusu gibi belirtiler gelişebilir. Korku ile anksiyete arasındaki fark; anksiyetenin kaynağının çoğunlukla belirsiz olmasıdır (Karamustafaloğlu ve Akpınar, 2010).

Hafif düzeydeki anksiyete bireylerde yeni koşullara uyum sürecini hızlandırarak ruhsal gelişimini destekler. Bu sebeple hafif anksiyete bireyler için faydalı bir duygudur. Anksiyetenin birey performansını olumlu yönde etkilediği optimal bir aralık vardır. Bu seviyelerin üzerinde bireylerde olumsuzluklara sebep olabilir. Belli bir seviyenin üzerindeki anksiyete bireylerde artık uyum sağlayıcı değil engelleyici özellikte etki etmektedir (Karamustafaloğlu ve Akpınar, 2010). Freud 3 tür anksiyete tanımlamıştır (Öztürk, 1983).

Nevrotik Anksiyete:İdin içgüdülerindeki tehlikenin algılanmasıyla ortaya çıkar. Agresif ve cinsel dürtülerin meydana getirdiği iç tehlikelerden kaynaklanır.

Moral Anksiyete:Egoda utanç veya suçluluk duygusu yaratan, özellikle süper egonun vicdan diye bilinen bölümü tarafından onaylanmayan vaziyetlerde ortaya çıkar.

Reel Anksiyete:Günlük hayatta, nadiren herkesin yaşadığı anksiyetedir ve korku ile eş anlam taşır. Bu anksiyete dış uyarıcılardan kaynaklanır ve anksiyetenin şiddeti, dış tehlikenin büyüklüğü veya önemiyle orantılıdır (Gençtan, 1992).

Ruh sağlığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları en yaygın görülenleridir. Bununla beraber kadınlarda erkeklerden daha çok görülür (Gavin ve diğ., 2005). Ayrıca anksiyete bozuklukları için başlangıç yaşı çoğunlukla doğurganlık çağı veya daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en çok geç adolesan çağından 30’lu yaşların ortasına kadardır (Kessler ve diğ., 1994).

Anksiyete adaptif ve nonadaptif etkisinin ölçüsü iyi tespit edilmelidir. Kronikleşmiş kişilerin insanlar arası bağlarda bozulmaya sebep olan, mesleki fonksiyonlarını düşüren genellikle ağız kuruluğu, kas gerginliği, titreme ve çarpıntı gibi bedensel bulguların olduğu anksiyete durumları patolojik olarak ele alınmalıdır (Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2010).

Kişinin şahsi benliğine ya da değerlerine, ruhral bütünlüğüne yönelik tehdit olması durumunda ya da birey mevcut durumu bu şekilde değerlendirirse psikolojik ya da biyolojik defans mekanizmalarıyla kendisini korumaya yönelmektedir. Anksiyete duygusu işte tüm bu savunma mekanizmalarının sonrasında gelişmektedir. Gerçekte olan davranışlarının temeli evrimsel süreçten kalan “miras” nedeyle temelde o kişiyi var eden değerleri, bütünlüğünü ve benliğini korumaya yöneliktir (Balcıoğlu, 2002).

Her anksiyete patolojik olarak kabul etmek doğru bir davranış değildir. Aksine yaşanan anksiyete duygusu kişilerin yaşadıklarının dışsal ya da içsel değişiklikler verdiği yanıtın göstergesidir (Karamanoğlu ve Yumrukçal, 2011). Ancak dışsal ya da içsel uyarıcılara verilen abartılı cevaplar, bireyleri sosyal olarak olumsuz etkileyen, benlik bütünlüğüne zarar veren ve hatta vücut fizyolojisini bozan her durumun da patolojik olarak tanımlanması kaçınılmazdır (Balcıoğlu, 2002).

2.2. Anksiyetenin Tarihçesi

Anksiyete kelimesi; boğazını sıkamak, sıkıca bastırmak, tasa ve sıkıntı anlamına gelen “angh” kelimesinden türetilmiştir. “Angh” sözcüğü Hint german dil ailesinden gelmiştir. Anksiyete durumundan ilk defa M.Ö. 3000’lerde yazılmış,

Gılgamış Destanı'nda bahsedilmiştir (Tükel ve Aklın, 2006). Gılgamış, bu destanda kendi ölümsüzlüğü hakkındaki kaygılarından bahsetmiştir (Maranets ve Kain, 1999).

Türkçe sözlükte üzüntü, kaygı ve tasa kavramlarına karşılık gelmekte olan anksiyete Latince *anxietas* kelimesinden türemiştir. Sıkışma ve darlık anlamına gelen angh kökünden türeyen bu kelime zihindeki üzüntü, dert, sıkıntı, rahatsızlık, anlamlarına gelmektedir (Atik, 2007). Anksiyete farklı toplumlarda, dil ve kültürlerde farklı anlamda kullanılmıştır. İngilizcede “foreboding” (önceden kötü bir şey olacaktı gibi hissetme) veya “dread” (önceden korkma), Almanca “angst” anlamında kullanılmaktadır (Sürmeli, 1997). Anksiyete evrenseldir. Her birey yaşayabilir, kişinin algı ve düşüncelerini etkiler, tehlide karşı koruyucu ve uyarıcıdır, belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabasıdır, tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir (Bostancı, 2010).

Çok eski çağlarda bile insanlar anksiyeteye ilgilenebilirler, anksiyeteyi açıklamaya ve tedavi yolları üzerinde araştırma yapmışlardır. Özellikle tıp bilimi gelişmeden önce kötü ruhlardan ya da büyüden kaynaklandığına inanılmıştır. Eski Yunanlar anksiyeteyi dinginliğe ulaştırarak tedavi etmeyi denemişlerdir. Eski Yunanlar dinginliği; ruhun güçlü olduğu, ruhun huzur bulduğu, doğaüstü güçler ya da diğer duygular tarafından rahatsız edilmediği hal olarak tanımlamışlardır (Maranets ve Kain, 1999). Hipokrat, psikiyatrik rahatsızlıkları anlattığı metinlerinde amaçsız anksiyete (*aimless anxiety*)’den ve korku terimlerinden bahsetmiştir. Daha sonraları 17. YY. dil bilimcileri paroksizmal olarak kendini gösteren yersiz endişe, yerinde duramama ve şiddetli huzursuzluk halleri için değişik terimler kullanarak açıklamaya çalışmışlardır (Berrios, 1996). Freud, 1894’te anksiyetenin ruhsal ve fiziksel semptomlarını bir arada değerlendirerek “anksiyete nevrozu” tanımını ortaya atmıştır. Freud bu dönemde kitaplarında histeri ve hipokondriazis gibi geleneksel nevrozların altında psikiyatrik bozukluklar olduğunu söylemişken anksiyete nevrozunun nedeninin organik bir sebebe bağlı olduğunu öne sürmüştür (Nutt ve diğ., 1998).

2.3. Anksiyeteyi Etkileyen Etmenler

Yaş, anksiyeteyi etkileyen önemli faktörlerden biridir. Anksiyetenin en fazla 20–30 yaş grubunda başladığı bilinmektedir (Candansayar ve diğ., 1997). Bireylerin kaygıları, içinde buldukları yaşın özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Yaş ilerledikçe kaygının artmasına, yaşa bağlı olarak yaşamdan beklentilerin artması, gerçeklerin daha çok farkına varılması ve sorumlulukların artması gibi sebepler sıralanabilir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2000).

Öğrenim seviyesi arttıkça, kaygı düzeylerinde düşüş beklenmektedir. Yapılan araştırmalarda bunu desteklemektedir. Spielberger, eğitim seviyesi ile kaygı düzeyinin ters orantı gösterdiğini belirterek, eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin stres ile başa çıkmada etkin beceriler geliştirdiklerini ifade etmiştir (Bilge ve Pektaş, 2004).

Her tür sakatlık veya hastalıklar, tıbbi tedavi görme, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar gibi sağlık durumlarındaki değişiklikler veya sağlığın tehdit edilmesi kaygı yaratır (Yığıtoğlu, 2009).

Günlük sıkıntılar, aile içinde yaşanan ölümler, iş değişimi gibi durumlar kaygıya sebep olmaktadır. Durum ne kadar ciddi ise, kaygı seviyesi de o derece artmakta ve birey o derece gerginleşmektedir (Karaman, 2009).

Toplumsal değişim ve prestij, başarı ya da başarısızlık, başkaları tarafından kabul görmeme, ahlaki çıkmazlık, servet kaybı, ölüm, kültürel baskılar, boşanma, taşınma, kalıcı ya da geçici ayrılık, göç, saldırı, hastalık, tecavüz, hastaneye yatış, emeklilik, güvenlik riski, çevresel kirlilik, yeni iş, işsizlik, terfi, akran ilişkilerinde değişiklik, cinsel gerileme, gebelik, kariyer değişiklikleri, ebeveyn olma, yaşlanma etkileri, ekonomik sorunlar, motor ve duygusal kayıplar anksiyeteye sebep olan faktörlerdendir (Öz, 2010). İş hayatındaki uzun ve belirsiz mesai saatleri, fiziksel ortamının yetersizliği, iş yükünün çokluğu gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu gibi durumlar, kişinin iş ortamına adaptasyonunu etkilemektedir. Bunun yanında iş hayatındaki devamlı olarak stres altında olmanın sonuçlarından biri de anksiyetedir (Pıcağçefe, 2010). Rol belirsizliği, mesleğin stresli olması, rol düşürülmesi veya yükseltilmesi, rol çatışması, insanlara karşı

sorumluluk ve katılımın olmaması da anksiyete nedenleri arasındadır (Ekşi, 2006).

2.4. Anksiyetenin Sağlık Üzerine Etkileri

Anksiyete bir bütün olarak sinir sistemini uyarır. Dolayısıyla anksiyetesi olan kişi, bu durumdan kurtulmak için ya sorundan uzaklaşmak zorunda kalır ya da sorunla savaşıır (Demir, 2008). Anksiyete durumunda salgılanan adrenalin bilgi transferini engeller, çeşitli belirtiler ortaya çıkmasına neden olur, panik hali oluşur. Bu belirtiler; fizyolojik, duygusal, davranışsal ve zihinsel olmak üzere dört gruba ayrılır.

2.4.1. Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri

Belirtiler çoğunlukla kişinin kendini korumaya yönelik bir savunma hali içine girdiğini gösterir. Hormonal, sempatik veya parasempatik sinir sistemlerinin çalışmasındaki farklılıklar sonucu ortaya çıkarlar. Çok fazla kaygı durumunda salgılananyoğun adrenalin hormonu fiziksel belirtilerin ortaya çıkmasına ve paniğe sebep olur. Bu fiziksel belirtiler şunlardır; iştah kaybı, adale spazmı, mide ağrıları, kalp vuruş sayısının artması, uyku düzeninin bozulması, kalp çarpıntısı, bağırsak hareketlerinde değişiklik (kabızlık-ishal), baş ağrısı, nefes darlığı, titreme, terleme, bulantı, yorgunluk, kilo kaybı, halsizlik (Başoğlu, 2007).

2.4.2. Anksiyetenin Duygusal Belirtileri

Bu belirtiler; endişe, korku, dehşet duygusu, alarm durumuna geçme, tedirginlik, gerginlik, çaresizlik, sinirlilik, yalnızlık, değişken ruh hali, suçluluk ve utanç, düşük öz saygı, üzüntü (Arslan, 2010).

2.4.3. Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri

Normal davranışların inhibisyonu veya hiperaktivasyonu biçiminde izlenir. Bu davranışlar her ne kadar başlangıçta kaygıyı azaltma hedefi güderlerse de, sonuçta tersine kaygıyı artırıcı özellik göstermeye başlarlar (Arslan, 2010). Bireyin sakin bir biçimde oturmasını ve dinlenmesini engelleyen çok fazla psikolojik enerji sonucu kaçma davranışı (Örneğin; öğrencinin sınavı yarıda bırakıp çıkması), hareketlilik, agresif-pasif savunma yapıları, kaçınma davranışı (Örneğin;

öğrencinin sınava girmemesi) gibi bireyin uyumunu ve performansını engelleyici davranış şekilleri gelişir (Başoğlu, 2007).

2.4.4. Anksiyetenin Zihinsel Belirtileri

Başlıca zihinsel belirtiler; çevredeki nesnelere bulanık veya uzakmış gibi görme, düşüncelerin bulanık olması, çok fazla uyanıklık durumu (hipervijilans), çevrenin olduğundan gerçek dışı ve değişik görülmesi, kendini çok fazla gözleme, gerçek dışı hisler, düşünmeyi kontrol edememe, önemli şeyleri hatırlayamama, konsantrasyon güçlüğü, düşüncede duraksamalar, dikkat dağınıklığı (distraktibilite), kesintiler (blok), nedensellerştirme güçlüğü, objektif düşünme güçlüğü, kontrolü kaybetme korkusu, ölüm veya fiziksel zarar görme korkusu, başa çıkamama korkusu, aklını yitirme korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, başkalarının olumsuz değerlendirileceği korkusu, korku veren görsel imgeler, fiziksel zarar göreceği endişesi, bilişsel sapmalar (distorsiyon), çevrenin değişiyor gibi algılanması (Arslan, 2010).

2.5. Anksiyete Çeşitleri

Farklı açılardan ele alındığında kaygı değişik şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Spielberger (1966), iki faktörlü kaygı yaklaşımında durumluluk ve sürekli kaygı olarak tanımlar.

2.5.1. Durumluluk Anksiyete (Akut Anksiyete)

Durumluluk anksiyete tasa, sıkıntı ve gerginlik ile karakterize olan acil durumu göstermektedir. Spielberger anksiyeteyle alakalı olarak subjektiflikle karakterize otonom sinir sisteminin uyarılması, aktivasyonla ilişkili olarak ya da bunun tarafından eşlik edilmiş tasa ve gerginlik hislerinin bilinçli olarak algılanması demiştir (Konter, 1996).

Spielberger durumluluk anksiyetenin özelliklerini şöyle özetler:

- Bu tip anksiyete kişinin içinde bulunduğu hali tehdit eden, tehlike yaratan şekilde yorumlanmasından, algılanmasından kaynaklanır.
- Bu durum elem veren hoş olmayan bir duygulanım hali yaratır.
- Bu duygulanım hali algılanır, anlaşılır, duyumsanır.

- Bu süreç içinde bilinç uyanık, haberdar, açıktır.
- Sinir sisteminin işlevinde farklılıklar olduğunu gösteren belirtiler ortaya çıkar (Köknel, 2004).

2.5.2. Sürekli Anksiyete (Kronik Anksiyete)

Bireyin içerisinde bulunduğu durumları çoğunlukla stres olarak yorumlama veya stresli olarak algılama eğilimidir. Kişi nötr ve zararsız olan durumları tehlikeli olarak algılar ve bunun sonucunda mutsuzluk, hoşnutsuzluk, her an başına kötü bir şey gelecekmiş, bulunduğu durumdan memnun olmama gibi negatif duygular hisseder. Kişinin içinde bulunduğu durumla doğrudan ilişkilendirilemeyen, diğer kişiler tarafından sebebi açıkça anlaşılmayan kaygılar sürekli kaygılardır (Köknel, 2004). Kalıtımın büyük ölçüde katkıda bulunduğu kabul edilmektedir ve farklı yoğunlukta olmakla beraber devamlı bir kaygı durumu vardır (Yiğitoğlu, 2009).

Sürekli anksiyete, stres yaratan durumun tehdit edici veya tehlikeli olarak algılanması ve bu tehditlere karşı oluşan tepkinin yoğunluğunun artması ve devamlı olmasıyla kalıcı hale gelmektedir (Özgüven, 1994).

2.6. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, yaşamı tehdit eden hadiselerde, bireyde hayal kırıklığı oluşturan sebepler, sevilen ortamdan ya da birinden ayrılma, fiziksel rahatsızlıklar gibi hayat olaylarına normal bir tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Anksiyeteyle birlikte kişilerde somatik ve otonomik semptomlar aynı anda görülmektedir. Bu hal koruyucu bir mekanizma olarak bireylerin daha çok zarar görmesini engeller. Bazı haller hiçbir dış uyaran olmaksızın kişinin iç dünyasına gelen uyaranlar kişilerde otomatik olarak anksiyete hissi gelişmesine sebep olabilmektedir. Eğer bireylerdeki savunma mekanizmaları yani ruhsal olarak sağlıklıysa anksiyete hissini kontrol altına alarak baş edebilir ama kişiler tam olarak ruhsal sağlıklı değil ise anksiyete hissi kronik bir durum olabilir. Birey anksiyete duygusunu kontrol edemezse anksiyete bozukluğu denilen ruhsal hastalık ortaya çıkar. Anksiyete bozuklukları kadınlarda (%30) erkeklere (%19) kıyasla yaşam prevalansı daha yüksektir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olanlarda bu oran azalmaktadır (Mercan, 2010).

Kişilerde anksiyete tehlikeyle karşılaşma ve tehlikenin sona ermesi arasındaki zaman diliminde yaşanır ve birçok bireyde ek otonom fonksiyon bozukluğuna sebep olur (Oasimi ve diğ., 2007). Bu otonom değişiklikler pupillerde genişleme, midede kasılma hissi, nefes daralması, çarpıntı, ateş basması, hipertansiyon, titreme, sık idrara çıkma, terleme olarak sayılabilir (Mercan, 2010).Anksiyetenin duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri vardır.

Duygusal (Affektif) Belirtiler

Sinirlilik, korku, endişe, alarm durumuna geçme, dehşete kapılma, gerginlik, çaresizlik, belirsizlik, huzursuzluk durumudur.

Bilişsel Belirtiler

Kavramsal sorunlar; öleceği ve kendine zarar verileceği korkusu, olaylara karşı kendi kontrolünü kaybetme korkusu, bilişsel olarak yanlış değerlendirme, ölüm veya fiziksel zarar görme korkusu, olaylara karşı baş edememe duygusu, aklını yitirme korkusu, tekrarlayıcı korku dolu düşünceler, başkalarının kendisini olumsuz algılayacağı korkusu, korkutucu görsel halüsinasyonlardır.

Düşünce bozuklukları; bilinç bulanıklığı (konfüzyon), kişinin kendisi için önemli birtakım şeyleri aklına getirememe, düşünmeyi kontrol altına alamama, dikkat dağınıklığı ve eksikliği, konsantre olamama, düşünceyi ifade edememe ve toparlayamama, nedenselleştirme güçlüğü, objektif düşünme güçlüğüdür.

Algısal ve duygusal belirtiler; duygusal olarak kendini verememe, aklını toplayamama, etrafındaki maddeleri tam olarak seçememe ya da kendine olduğundan uzakta gibi görme, sıklıkla kendini gözleme, alert olma, izleme, gerçeğe uygun olmayan düşünce ve duygular, yaşanan çevrenin gerçek dışı ve olduğundan farklı görülmesidir.

Fizyolojik Belirtiler

Solunum sistemi belirtileri; hava açlığı hissi, solunum sayısında artma, nefes darlığıdır.

Kalp-damar sistemi belirtileri; çarpıntı, taşikardi, yüz kızarması, aritmi, kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, bayılmadır.

Kas-iskelet ve sinir sistemi belirtileri; göz kapaklarında ve yüzde seyirme, hiperrefleksi, kaslarda gerginlik ve spazm, yorgunluk hissi, yalancı romatizmal ağrılar, huzursuzluk, titreme, çabuk yorulma, uyuklama hali ve uykuya dalma güçlüğüdür.

Ürogenital sistem belirtileri; sık idrara çıkma, erken boşalma, cinsel isteksizliktir.

Sindirim sistemi belirtileri; iştahsızlık, ishal, bulantı-kusma, karın ağrısı, yutma güçlüğü, ağızda kurumadır.

Cilt belirtileri; yaygın terleme, soğuk ve sıcak basması, ellerde nemlenme, kaşınma krizleridir.

Davranışsal Belirtiler

Olağan davranışların baskılanması veya artması biçiminde görülen bu davranışlar önceleri anksiyeteyi azaltma amaçlı iken ilerleyen dönemde anksiyeteyi artıran özellik kazanırlar. Bu belirtiler; huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz kalma, konuşmada bozulma, kaçma, kaçınma, konuşmada bozulmadır (Işık ve Uzbay, 2008; Kocabaşoğlu, 2008).

Psikiyatride hastalıkların sınıflandırılması ve tanımlandırılması elkitabının tekrardan gözden geçirilmiş dördüncü baskısı DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, fourth edition text revision)'ye göre anksiyete bozuklukları sınıflandırılmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2001).

DSM Tanı Sınıflamasında Anksiyete Bozuklukları

- Agorofobi olmadan panik bozukluk
- Agorofobi ile birlikte panik bozukluk
- Panik bozukluk öyküsü olmadan agorofobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi (Sosyal anksiyete bozukluğu)
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu

- Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

2.7. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Günümüzde sağlığın ölçümünde kullanılan geleneksel göstergelerin (beklenen yaşam umudu, ölüm, hastalık vb.) kişilerin sağlıklılık düzeylerini tanımlamadaki eksikliği sebebiyle konuya yaşam kalitesiyle açıklık getirilmeye çalışılmaktadır (Altıparmak ve Eser, 2007). Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zamanla değişim gösterebilir, kişilerin yaşantısıyla ve beklentileriyle ilişkilidir, bu sebeple objektif ölçülmesi zordur (Avcı ve Pala, 2004).

Yaşam kalitesi, yaşamı bütün yönleri ile birlikte değerlendirmeyi hedefleyen geniş kapsamlı bir kavramdır (Alsaker ve diğ., 2006; Arpacı ve Ersoy, 2007). Yaşam kalitesi, kişinin hayatta tüm anlamıyla iyi olması ve doyum sağlamasıdır (Alsaker ve diğ., 2006). Yaşam kalitesi kavramı, değişik ilgi alanları tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda, değişik tarafları ön plana çıkarılarak ele alınmakta ve tanımlanmaktadır. Bu nedenle, yaşam kalitesi kavramının değişik tanımları vardır (Güler, 2010).

Premenstrüel sendrom; kadınların sağlığını tehdit etmekle birlikte sağlık problemlerine sebep olmakta, dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir (Taşgın, 2010). Premenstrüel rahatsızlıkların yüksek prevalansı ve kadınların yaşam kalitesine negatif etkisi hastalar ve doktorları için devamlı bir endişe kaynağı olmuştur. Bu rahatsızlıkların yaşam kalitesine etkisinin direk ve indirek ekonomik sonuçları olmaktadır. Direkt maliyetler; tedavileri, labaratuvar testleri ve doktor başvurularını (uzman sevkleri de dahil) kapsarken, indirek maliyeti hesaplamak daha zor olup işteki devamsızlıkla ve üretkenlik kaybıyla ilişkilendirilebilir (Mishell, 2005).

Premenstrüel sendrom, bireyin yaşam kalitesini kötü yönde etkileyerek bireyde kapasite kaybına, öfke nöbetlerine ve anksiyeteye neden olarak depresyon ve intihar gibi istenmeyen kötü sonuçlara yol açacaktır (Goldstein ve diğ., 1986 ; Hallman ve Georgiev, 1987). Sadece bireyi değil ailesi ve toplumu da etkileyecek olan bu durum PMS yaşayan kadınların yaşam kalitelerini kaçınılmaz biçimde etkileyecektir (Demir ve diğ., 2006).

Yaşam kalitesi kavramı, kişinin kendi hayatının değerlendirilişine dayanan öznel biliş, duygu ve algı süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyumunu ifade eder (Ege, 2009). Yaşam kalitesi temel olarak, bireyin hayat koşullarına uyumda şahsi tatminini etkileyen, hastalığın günlük hayat üzerindeki sosyal, mental ve fiziksel etkilerine verdiği kişisel cevapları temsil eden bir kavram gibi görülmelidir (Ege, 2009).

Yaşam kalitesi, kişilerin kendi değerler sistemi ve kültürleri içinde kendi durumlarını algılayış şeklidir (Ege, 2009). Fiziksel iyilik haliyle birlikte kendisinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik durumunun bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi içerir (Eser, 2006). Bireyin psikolojik durumunu, fiziksel fonksiyonlarını, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, inançlarını ve çevre etkilerini de kapsamaktadır (Ege, 2009).

PMS; özelde kişinin sağlığını tehdit etmekte, genelde kişi, sağlık problemlerine sebep olmakta, topluma ve aileye ekonomik ve sosyal yükler getirmekte, dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir (Ege, 2009). Araştırmacılar yaşam kalitesinin; kapsamlı ve çok boyutlu bir kavram olduğu görüşünü benimsemişlerdir. Kavramın tam olarak anlaşılabilmesi için boyutlarının da incelenmesi gerekmektedir (Güler, 2010). PMS insidansının azalması ve kadınların dolayısıyla toplumun yaşam kalitesinin geliştirilmesi için premenstrüel sendrom konusuna daha çok önemsenmeli ve özellikle risk faktörleri belirlenerek risk taşıyan kadınların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla gerekli önlemler alınmalıdır (Bostancı, 2010).

Sağlık hizmetlerinde son yıllarda Ar-Ge, toplam kalite ve kişilerin istek ve ihtiyaçlarına göre hizmet vermeye başlamıştır. Hastane hizmet planları hasta ve yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerine göre şekillenmeye başlaması yaşam kalitesine verilen değeri göstermesi açısından önemlidir. Örneğin; hasta odalarının hasta ve yakınlarının memnun olacak biçimde ayarlanması, yakınlarına konforlu oda verilmesi, tek kişinin kalabileceği biçime dönüştürülmesi örnek gösterilebilir.

Her ülkenin vatandaşları için sunduğu hizmetler farklıdır. Bu nedenle ortak kalite standardı getirmek için ülkeler arasında bir takım anlaşmalar yapılmaktadır. Bu

nedenle son yıllarda ülkeler zorunlu standart getirerek vatandaşlarının kalite standartlarını yükseltmeye çalışmaktadır.

Örneğin; duyma, görme, bedensel engelli kişilere yönelik özel yolların yapılması, turizm ve konaklama gibi hizmet sektörünün yoğun olduğu alanlarda yapılan düzenlemeler, trafik ışıklarına ses eklenerek uyarı sistemi oluşturulması kişilerin yaşam standartlarını yükseltmek içindir. Özellikle engelli kişiler için yapılan düzenlemeler verimli olmalarını ve yaşama daha sıkı bağlanmaları amaçlamaktadır (Aras, 2015).

2.8. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

İlkçağlardan beri filozoflar insanın mutluluğunu ele almışlardır. Yaşam kalitesine ilk değinen filozof Aristo'dur ve iyi yaşam şartlarını yazılarında ele almıştır (Müezzinoğlu, 2004). Yancar (2005) ve Yapıcı (2006)'nın bildirdiğine göre Bentham 1800'lerin başında tanımlayıcı psikoloji bağlamında psikiyatrada yaşam kalitesi ile ilgili yazdığı yazı ilk adımlar olmuştur. Bunu, takip eden yıllarda 1920'de ve 1930'da Thurstone ve Likert hala günümüzde kullanılmakta olan yaşam kalitesi ölçeğini geliştirmiştir. Thorndik'a göre yaşam kalitesi sosyal çevrenin kişide meydana getirdiği tepkidir. Andrew ve Withey, kişilerin sosyal ilişkileri ile doyumları arasındaki kesişme, Weinstein ve Frankel ise bireyin mutluluk kapasitesi ve hayatında doyuma ulaşması biçiminde ifade etmişlerdir (Yapıcı, 2006).

Yaşam kalitesi 1960'lı yıllarda alınan siyasi kararlar için kullanılmıştır. Kullanılma nedeni; eğitim, gelir, barınma ve sağlığın yaşam kalitesiyle yakın ilişkiye sahip olmasından kaynaklanmıştır. Ekonomistler, gayri safi milli hasılayı yaşam kalitesi bağlamında kullanmışlardır (Aldinç ve diğ., 2004).

1970'lere gelinceye kadar yaşam kalitesi ekonomik durum ile özdeşleşmiştir. Örneğin; ekonomik durumunun iyi olduğu bilinen kişinin iyi bir hayata sahip olduğu inancı vardı. Sonraki yıllarda gelişmenin temelini kişiler ve fikirler tarafından oluşturduğu algısı yaygınlaştı. Gelirin yaşam kalitesine olan önemini Demirkıran şöyle ifade etmiştir: ekonomistler bu kavramı ulusal üretim, barınma, çalışma gibi yaşantı biçimleriyle değerlendirmiştir. Kişilerin ekonomik, kültürel ve siyasal imkanlarının genişletilmesi yaşam kalitesini yükseltmiştir. Bu

seçenekler bireyin standartlarını belirler, haz aldığı değerleriyle beraber mutlulukla yaşam kalitesini artırabilmektedir (Demirkıran, 2012). Felce ve Perry (1997), yaşam kalitesinin fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere üç başlıkta incelenebileceğini, böylece yaşam kalitesi farklı sağlık sorunları sebebiyle ve nüfus oranlarıyla kıyas edilerek elde edilebileceğini ileri sürmüşlerdir.

2.9. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri

Yaşam kalitesine etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Bunları sıralamak gerekirse; fiziksel ve sağlıksal durum, ruhsal, finansal, iş, istihdam, çevre, barınma, sosyal ilişkiler, bireysel ve aile yaşamı sayılabilir (Kantos, 2004). Bunlara ek olarak yaşam kalitesinin 4 boyutu olduğu kabul edilmektedir (Felce ve Perry, 1997):

1. Kişisel içsel boyut (değerler, inançlar, arzular vb.)
2. Kişisel sosyal boyut (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu vb.)
3. Dışsal doğal çevre boyutu (hava, su kalitesi vb.)
4. Dışsal toplumsal çevre boyutu (dinsel ve toplumsal örgütler, kültürel, toplumsal imkanlar, sağlık hizmetleri, okul vb.)

Bu anlatılanlar çerçevesinde yaşam kalitesini; “kişinin içinde yaşadığı kişisel içsel alan, kişisel sosyal alan, dışsal doğal çevre alanı ve dışsal toplumsal çevre alanı çerçevesinde, beklentileri, hedefleri, ilgileri ve standartları ile alakalı olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması” biçiminde tanımlayabiliriz.

2.10. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaşam kalitesinin tanımıyla oluşan problemlerin bazıları bu alanda çalışanların değişik açılardan yaklaşımlarından kaynaklanır. Örneğin; sosyal bilimlerde çalışan araştırmacılar genellikle psikolojik ve sosyal iyilik yönünden ele alırken, tıp bilimiyle ilgilenenler ise klinik sonuçlar ve biyolojik açıdan yaklaşmaktadır. Bu sebeple yaşam kalitesini belirleyen etmenlerde değişiklik görülebilir (Arslan ve Gökçe- Kutsal, 1999).

Yaşam Kalitesini Azaltan Faktörler

·Beden yapısının değişimi

- Temel ihtiyaçların karşılanma durumu
- Günlük yaşam aktivite eksikliği ve kişisel bakım davranışları
- Cinsel işlevlerdeki bozulma
- Kronik bitkinlik ve yorgunluk
- Gelecekle ilgili endişeler
- Akut sağlık problemleri
- Destek sistemlerinde yetersizlik durumu

Yaşam Kalitesini Artıran Faktörler

- Güven içinde yaşama
- Sosyal ve ekonomik güvenceye sahip olma
- Gerekli ve rahat konfora sahip olma
- Yakın akrabalar ile olumlu ilişkiler içinde olma
- Aktif ve anlamlı bir hayata sahip olma
- Eğlence ve keyif aldığı aktivitelere katılma
- Saygı görme
- Özel hayatına değer verilme
- zerk olma
- Kendisini ifade edebilme
- İşlevsel olarak kendine yetme
- zgn bir birey olarak algılanma (Savcı, 2006).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YOGA KAVRAMI

3.1. Yoganın Tanımı ve Gelişimi

Yoga, içsel olarak bölünmüş bir kişinin karşıtı olarak kendisiyle bir olan bütün bir kişi demektir (Güler, 2010). Yoga beden, ruh ve zihnin birleşmesidir (Güler, 2010). Yoga ruhu, zihni ve bedeni tamamen eğiten ve bireyin kendisini tanımasını sağlayan en eski kişisel gelişim yöntemlerindedir (Duyan, 2008). Yoga, zihni ve vücudu arındırarak gerçek doğayla birliğe erişme pratiğidir (Güler, 2010).

Yoga; ruh, zihin ve beden arasındaki ilişkinin farkındalığına dair çalışmalar yaparak, bu iletişimin geliştirilmesi tekniğidir. Bu üç yapıdan birinde meydana gelen farklılığın diğerlerine olan etkilerine odaklanarak, olumsuz etkilenimi düzeltmek için çalışır. Ruh, zihin, beden üçlüsünün birbiriyle olan etkileşiminin güçlenmesi için uygulanan yoga tekniği, varoluşun anlamlandırılmasına yardımcı olur. Zihni ve bedeni berraklaştırarak gerçek doğayla bütünleşme pratiği yapar. Sadece var olduğumuzu bilmek yeterli değildir. Varoluşla alakalı derinleşmeye ihtiyaç duyarız. Yoga teknikleri bu derinleşmenin sağlanmasına odaklanır (The Sivenanda Yoga Vedanta Center 2003).

Yoga; duyguların berraklaştırılması öğretisiyle duygusal fazla duyarlılığın önüne geçip, duygu durumunun kontrolünü sağlamaya yardımcı olan meditasyon ve odaklanma yöntemidir (Nagarathna R. ve Nageranda H. R., 2007).

Yoga sözcüğü Sanskritçede “birleşmek” veya “bir araya getirmek” anlamına gelen “yug” kökünden türemiştir (Janakananda, 2001; Iyengar, 2008). Ayrıca ‘boyunduruk’ anlamına da gelen yogada akıl, vücut ve ruh birbiriyle kaynaşarak tek bir birim haline getirilir (Taşpınar, 2010). Yoga insana kendi benliğini dengede tutmasını, tanımasını öğretir. Hayatı daha derinlemesine yaşatır (Duyan, 2008). Yogayla uğraşan insan kendi “özünün” farkındalığını yaşar (Duyan, 2008).

Batıda daha sık tercih edilen ve hastaların tedavisinde kullanılan bir yoga tekniği olan Hatha yoga tekniği 3 ana bölümden oluşmaktadır (Riley, 2004). Bunlar; savasana (gevşeme), pranayama (nefes egzersizleri) ve asana (postür)’dir. Bu yöntemle, tüm kas gruplarının gerilmesiyle fiziksel denge, fleksibilite ve kas

gücünün sağlanması ve bunun sonunda mental ve fiziksel iyilik durumunun sağlanması hedeflenmektedir (Oken ve diğ., 2006).

Yoga postür çalışmaları (asana) ve nefes alma teknikleri (pranayama) 1960'larda batı dünyasında popüler olmaya başlamıştır (Dıraz, 2008). Yapılan araştırmalar yoga egzersizlerini verimli bir şekilde değerlendirmenin fiziksel ve ruhsal sağlığa, sosyal yaşama ve çalışma hayatına olan olumlu katkılarını ortaya koymaktadır (Güler, 2010). Yoga çalışmaları sayesinde duygusal, zihinsel ve fiziksel tepkiler arasındaki ilişkinin farkındalık düzeyi gelişmekte ve herhangi birinde meydana gelebilecek bir bozulmanın diğerlerini nasıl etkileyeceği anlaşılmaktadır. Bu farkındalık zaman içerisinde varoluşun, anlaşılması güç yanlarını algılanmasını sağlar.

Yoga, anatomi, fizyoloji ve bilinç bilgisi ile insanın gerçek ihtiyaçlarını anlamaya yöneliktir (Iyengar, 2008). Eğer disiplinli çalışılırsa yoga, insanın eksikliklerini azaltma ve olumlu özelliklerini ortaya çıkarma gücüne sahiptir (Güler, 2010). Yoga, çoğunlukla modern yoga eğitmenleri sayesinde çok yönlü bir uygulama haline gelmiştir (Güler, 2010). Bilim ve teknolojiye gelişmelerle birlikte modern uygarlık pek çok alandaki bilgisizlikleri gidermiştir. Ancak teknolojik başarıdaki gurur, aşırı ve yerinde değildir (Güler, 2010). Rekabet ve kıskançlık hissini geniş bir biçimde tetiklemiştir. Ekonomik kaygılar, duygusal çöküntüler, çevre kirliliği ve olayların akış hızına yetişememe günlük yaşamın stresini artırmıştır (Güler, 2010).

Günümüz uygulaması çok kapsamlıdır ve inançlı, ateist, entelektüel, duygusal, genç ve yaşlı her kesime hitap etmektedir. Bu, çocuklar için yogadan, hamilelik sürecinde yoga, sporcular için yoga, iş adamları için yoga, engelliler için yoga ve yaşlılar için yogaya kadar mevcut tüm popüler yoga çeşitlerinde yansıtılmıştır. Ayrıca yoga fiziksel özellikler dahil, psikolojik, zihinsel ve duygusal açıdan insanın tüm özellikleriyle ilgilenen tam bir insan doğası öğretisidir (Güler, 2010). Kişinin mutluluğu, huzuru ve sağlık durumuyla ilgilenecek egzersizlerinde zihin, vücut, bilinç ve nefesi birleştiren bir disiplindir (Güler, 2010). Zihin dinginleştikçe, vücut da uzun süre serbest bırakılmayan duyguları ve gereksiz gerilimleri yavaşça bırakmaya başlar. Duygular yatışır ve dengelenir. Beden

dengeli bir güce ve bu güçle birlikte esneklik ve sarsılmaz bir merkeze kavuşur (Worby, 2007). Böylece yoga, hayatımız süresince karşılaştığımız zorluklarla mücadele edebilmemiz için sağlam bir temel oluşturur (Taşpınar, 2010).

Yoga, en basit şekliyle yapılmış olsa bile, vücudu fiziksel anlamda güçlendirmekle kalmaz, bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlamaktadır (Sönmez ve diğ., 2007). Son dönemde eğlence dünyası, basın yayın, spor aracılığı ile daha geniş popülasyonlara ulaşmış ve bir çok hastalık grubunda, gebeler, çocuklar, yaşlılar gibi gruplarda sıkça uygulanan bir yöntem haline gelmiştir (Stewart ve diğ., 1993 ; Flex, 2001).

Yoga temelli relaksasyon teknikleri hekimler tarafından gün geçtikçe daha fazla önerilmektedir (Monro ve diğ., 1997). ABD’de yapılan bir araştırmada sorgulanan yetişkin bireylerin %7,5’inin yaşamlarında en az bir kez yoga uygulamasına katıldığı bildirilmiştir (Saper ve diğ., 2004).Ülkemizde yoganın bilinen popülaritesine rağmen yoga uygulamaları sıklığı ve uygulanan teknikler konusunda yeterli objektif veriler bulunmamaktadır (Dıraz, 2008). Kilosu, yaşı, sağlık durumu ve bedensel esnekliği ne olursa olsun, her insan yoga yapabilir. Aşırı kilolu insanlar, hastalar, gebeler ve yaşlılar da yoga yapabilir, yogadan yararlanabilir. Herkese uygun bir yoga programı hazırlanmalı ve hareketler her zaman için bireyin gereksinimlerine göre seçilmelidir (Taşpınar, 2010).

Zor gibi görünse de yoga yapmak öğrendikten sonra, eğlenceli ve rahatlatıcıdır (Worby, 2007). Farklı yoga yaklaşımlarını inceleyen çalışmalarda yoganın pozitif fiziksel değişiklikler sağladığı gösterilmiştir. Örneğin; yapılan araştırmalara göre yoga asanaları osteoartrit (Garfinkel ve diğ., 1994), osteoporoz (Phoosuwan ve diğ., 2009), karpal tünel sendromu (Garfinkel ve diğ., 1998), hiperkifozis (Greendale ve diğ., 2002) ve Low Back Pain (Galantino ve diğ., 2004) gibi kas-iskelet sistemi hastalıklarını içeren problemlerin tedavisinde etkili olabilmektedir. Ayrıca motor beceri (Manjunath ve Telles, 1999), kan basıncı, kalp hızı ve vücut ağırlığını içeren fizyolojik ölçümlerde de (Telles ve diğ., 1993; Murugesan ve diğ., 2000) gelişmeler gösterilmiştir.

Yoganın kardiyorespiratuar fiziksel uygunluğu artırma (Raju ve diğ., 1997), zorlu expiratuar volümde artış (Telles ve diğ., 1993) ve vital kapasitede artış (Birkel ve

Edgren, 2000) gibi kardiyopulmoner yararlarının da bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Baş (1998), Tran ve diğ. (2001) yoga uygulamalarıyla kas kuvveti, kas enduransı, fleksibilite ve kardiyorespiratuar enduransta önemli oranda artış bulmuşlardır.

Hatha yoga ile kalistenik egzersizlerin statik denge üzerindeki etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada hatha yoganın statik dengeyi artırmada daha etkili olduğu gösterilmiştir (Baş ve Livanelioğlu, 2003). Hatha yoga terapisinde egzersiz sırasında farklı kas gruplarının izometrik kontraksiyon ve relaksasyonu ile spesifik vücut hareketleri gerçekleştirilmektedir. Bu egzersizin bir diğer içeriği de derin relaksasyon uygulamasıdır. Hatha yoga terapisi çeşitli yükselteler ve sandalye gibi destekleyici yardımcı gereçlerin kullanımına olanak sağlayan modifiye duruşları da içermektedir. Bu özelliğinden dolayı yaşlı hastalar için adaptasyon kolaylığı sağlamaktadır (Oken ve diğ., 2006). Hatha yoga egzersizinin bireylerin duygu durumu üzerine olumlu etkileri bildirilmiştir (Berger ve diğ., 1992). Ayrıca yoga çalışması, bireyin dikkatinin nefes alıp vermeye ve özel kas grupları üzerine odaklanmasını sağlayarak bedensel farkındalığı arttırmaktadır (Oken ve diğ., 2006).

Yapılan araştırmalarda yoganın fizyolojik etkilerinin yanında vücut algısında da değişiklik sağladığı gösterilmiştir. Üç haftalık progresif relaksasyon ve hatha yoga programına katılan üniversite öğrencilerinin kan basıncı ve kalp hızında azalma gibi fizyolojik değişikliklerin yanında benlik saygısında artış meydana gelmiştir (Cusumano ve Robinson, 1992). Uzun süreli yoga uygulamalarının yapıldığı önceki araştırmalarda da benlik saygısı ve beden imajında önemli oranda artış belirlenmiştir (Arpita, 1983).

Malathi ve Damodaran (1999), iyilik hali ve anksiyeteyi, Berger ve Owen (1988), ile Netz ve Lidor (2003), algılanan stres ve ruh haline etkisini incelemişlerdir. Ives ve Sosnoff da (2000), yoganın fiziksel ve psikolojik açıdan vücudu etkileyebileceği sonucuna varmışlardır. Depresyon semptomları var olan genç yetişkinlerde yapılan bir çalışmada da yoga grubuna katılan bireylerin depresyon semptomlarında kontrol grubuna oranla önemli oranda azalma meydana geldiği bu azalmanın yoga eğitim süresinin ortalarında başladığı rapor edilmiştir

(Woolery ve diğ., 2004). Sağlıklı yaşlılarda yoganın yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada fizyolojik ölçümlerin yanı sıra enerji, yorgunluk ve iyilik haliyle ilgili yaşam kalitesi ölçümlerinde de kontrol grubuyla karşılaştırıldığında önemli oranda gelişme görülmüştür (Oken ve diğ., 2006).

Yapılan çalışmalarda düzenli yapılan yoga egzersizlerinin sağlık açısından önemli yararlar sağladığı gösterilmiştir (Cameron, 2002). Yaygın popüleritesine rağmen yoga terapisi etkilerini araştıran objektif ölçütlerin kullanıldığı, kontrollü çalışmalar sınırlıdır (Taves, 1974; Garfinkel ve diğ., 1998).

Yoga terapisi günümüzde, kronik bel ağrısı, fibromyalji sendromu, osteoartrit, karpal tünel sendromu, multiple skleroz, bronşial astım, pulmoner tüberküloz, ilaç bağımlılığı, hipertansiyon, irritabl bağırsak sendromu ve depresyon gibi bir çok kronik hastalığın tedavisinde kullanılmakta ve yoga terapisinin bu kronik hastalıklar üzerine etkilerini araştıran çalışmalar yayınlanmaktadır (Williams ve diğ., 2005). Yoga terapisi kronik bel ağrısı tedavisinde giderek artan sıklıkta kullanılan bir yöntem olmakla birlikte yoga terapisinin KBA üzerine etkilerini inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur (Feuerstein, 2000). Yoga terapisinin kas gücünü, eklem hareket açıklıklarını, denge ve koordinasyonu, omurga ve kalça eklemlerinin mobilitesini arttırdığına inanılmaktadır (Gatchel, 2002; Galantino ve diğ., 2004). Ayrıca yoga terapisinin mental stresi azaltarak, duygu durumu üzerine olumlu etkilerde bulunması nedeniyle de KBA'lı hastaların tedavisine katkı sağladığı düşünülmektedir (Galantino, 2002).

Galantino ve arkadaşlarının yürüttüğü randomize kontrollü bir çalışmada 22 KBA'lı hasta üzerinde yoga egzersizlerinin etkileri araştırılmış. Yoga grubu haftada 2 kez bir çalıştırıcı kontrolünde hatha yoga egzersizleri yaparken, kontrol grubu değerlendirme sonrası aynı uygulamaya alınmış. Yoga egzersizi grubunda kontrol grubuna göre fleksibilite ve denge skorlarında anlamlı artış olduğu, disabilite ve depresyon skorlarında anlamlı azalma gözlemlendiği saptanmış. 16 hastadan oluşan yoga terapisi uygulamaları ile ilgili yayınlanmış vaka raporları incelendiğinde, yoga terapisi uygulanan 11 hastada (%69) ağrının düzeldiği ve

normale yakın mobilitenin sağlandığı gözlenmektedir (Ananthanarayanan veSrinivasan, 1994).

Bir başka vaka serisinde yaş ortalamaları 75 olan 21 kadın hastada 12 hafta boyunca, haftada 2 kez, günde 1 saatlik hatha yoga uygulaması sonrası hastaların fiziksel fonksiyonlarında belirgin iyileşme olduğu bildirilmiştir (Greendale ve diğ., 2002). Yoga terapisinin KBA'lı hastalarda etkinliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara gereksinim bulunmaktadır (Dıraz, 2008).

3.2. Yoganın Bileşenleri

Yoga tekniği üç temel çalışmayı içerir. Asanalar, pranayamalar ve meditasyon.

Asanalar: Koordinasyon ve esnekliğin artırılması, dengenin geliştirilmesi hedefiyle yapılan özelleşmiş pozisyonlardan oluşan bedensel egzersizlerdir.

Asana (postür) egzersizlerinin etkileri;

- Eklem hareketliliğinin artırılması,
- Kas kuvvetinin ve kasların relaksasyonunun artırılması,
- Solunumun düzenlenmesi,
- Doğru postürün sağlanması ve korunmasını sağlar.

Bunun dışında; kalp-damar, sindirim ve endokrin sistemi üzerine olumlu etkileri vardır.

Pranayamalar: Kontrollü nefes ile bedenin farkındalığına odaklanan özelleşmiş nefes egzersizleridir.

Pranayama (nefes) egzersizleri;

- Nefes farkındalığını artırır,
- Solunumu düzenler,
- Zihin ve beden uyumunun sağlanmasına katkı sağlar.

Nefes alıp-verme aktivitesinin, bilinçli olmayan ve bilinçli olan sinir yollarıyla sağlandığı fikri temel alındığında, pranayama (nefes) egzersizleri zihin ve beden arasında köprüler kurar. Nefesin beden üzerindeki etki alanı (iç organlar,

eklemler, kaslar) düşünülürken; nefes aktivitesinin zihin ve beden arasında kilit bir rol oynadığı düşüncesi öne sürülmektedir (Oken ve diğ., 2006).

Meditasyon: İstemli olarak kişinin düşüncelere odaklanarak; farkındalık, algı ve dikkat gücünü artırmayı amaçlayan zihinsel bir süreçtir. İnsan zihni sakinleştikçe, gereğinden çok olan stresin olumsuz etkilerini azaltır. Duygularda denge sağlanarak, kişinin karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilme yeteneğini artırır.

3.3. Farklı Yoga Yöntemleri

Raja Yoga: Nefes ve postür egzersizlerinin, bilimsel araştırmalarla ve meditasyon teknikleriyle bütünleştirildiği popüler bir yoga felsefesidir.

Bhakti Yoga: Özellikle karakterlerinin duygusal yanı baskın olan bireyler tarafından benimsenen yoga felsefesi, “sevginin gücü enerjinin kaynağını oluşturur” felsefesini temel alarak uygulanan bir yoga tekniğidir.

Karma Yoga: “Kri” kökü, Sanskritçede “yapmak” demektir. Söylemlerimiz, düşündüklerimiz, davranışlarımız yani, kişiyi doğum çarkı “samsara” ya bağlayan tüm fiiller “karma” dır. Karma yoga, kişiyi karma bağından özgürleştiren yoldur. Bu yolda kalbin saflaştırılarak, kişinin bencillikten kurtulması hedeflenir.

Jnana Yoga: Yoga felsefesinin en zorlu yolu olan bilgi yoludur. Tüm yolları geçip, piştikten sonra bu yola giren kişilerin, yüksek bir akıl gücü ve arzuya ihtiyaçları vardır. Birlik öğretisinin deneyimini hedefler.

Hatha Yoga: Arınmanın sağlanması için düşüncede derinleşmeyi ve kombine fiziksel egzersizler ile nefes egzersizlerinin uygulandığı en yaygın kullanılan yoga tekniğidir.

Hatha yoga egzersizleri vücut kaslarında relaksasyonun sağlandığı ve izometrik kontraksiyonun gerçekleştirildiği özelleşmiş hareketlerden oluşması nedeniyle birçok hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yoga tekniğidir. Temelde pranayama (nefes teknikleri), asana (postür teknikleri), savasana (gevşeme) olmak üzere üç bölümden oluşur. Hatha yoga tekniğinde vücuttaki tüm kas grupları çalıştırılarak; denge, kas gücü ve esnekliğin artırılması sağlanır (Oken, 2006).

3.4. Yoga ve Sağlık

Dünya sağlık örgütü bütün bedensel rahatsızlıkların sadece psikolojik olarak iyi olma durumunda tam düzelme sağlayacağını belirtmiştir. Yoga tekniği ise bedensel bir çalışma olmasına ek olarak; kişiye psikolojik ve mental olarak olumlu katkılar sağlamaktadır. Böylece yoga bireyin yaşam kalitesini de yükseltir. Rahatlatici ve eğlenceli özelleşmiş bir egzersiz tekniği olmasının yanı sıra kişinin benlik ve öz yeterlilik algısı üzerinde etkilidir.

Yoga felsefesi tüm bedenini çalıştırılması ile nefes kontrolünü, tam ve derin bir gevşemeyi, zihnin olgunlaşmasını, tam doyum halinin yaratılmasını, denge ve koordinasyonun geliştirilmesini, farkındalığının artırılmasını sağlar.

Yoga çalışmasında hedef kişinin yaşam doyumunu artırarak mutluluk durumunun gelişmesine, ayırt etme becerisinin kuvvetlendirilmesine ve öz farkındalığının yaratılması ve geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Postür çalışmaları (asana) ve nefes tekniklerinden (pranayama) oluşan yoga, günümüzde sağlıklı kişilerin yanı sıra tedavi amacıyla pek çok hastalık grubundan kişiler; yaşlılar, gebeler, çocuklar gibi özelleşmiş gruplar tarafından da yaygın olarak uygulanmaktadır. Değişik kas gruplarına odaklanarak beden farkındalığını artıran yoga egzersizleri; osteoartrit, fibromyalji, karpal tünel sendromu, kronik bel ağrısı, multiple skleroz, ilaç bağımlılığı, depresyon ve irritabl bağırsak sendromu gibi birçok hastalığın tedavisinde de kullanılmakta olan bilinen en eski bireysel gelişim yöntemlerinden biridir (Williams, 2005).

Son yıllarda sağ kalımlarda ve kanser hastalarında tedaviye yardımcı yöntem olarak kullanılmaktadır. Yoga terapi; risk seviyesinin düşük olması ve özel ekipmanlara ihtiyaç duyulmadan yapılması nedeniyle, farklı yaş grupları ve hastalıklara kolaylıkla uygulanabilir (Smith ve Pukall, 2009).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, 12 haftalık yoga egzersizinin, PMS (premenstrüel sendrom) sorunu olan kadınların anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yapılmıştır. PMS sorunundan muzdarip ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenen birçok Türk kadını olmasına karşın, ülkemizde bu konuda yeterli ölçüde bilimsel çalışmalar yapılmamaktadır.

Premenstrüel sendromun kadınların sosyal yaşantılarını, yakın aile ilişkilerini, performanslarını, üretkenliklerini ve iş ilişkilerini, adölesan genç kızların ise derse devamını, kendine olan güvenini, başarısını ve yaşam kalitelerini etkilediği toplumda oldukça yaygın olarak bilinmektedir. Yoga ruhu, zihni ve bedeni eğiten ve bireyin kendini tanımasını sağlayan en eski kişisel gelişim yöntemlerinden birisidir. Yoga, zihni ve bedeni arındırarak gerçek doğayla birliğe ulaşma pratiğidir. Yaşam kalitesini artırıcı etkiye sahip olduğu birçok bilimsel çalışmayla kanıtlanmıştır. Bu çalışma ile PMS sorunu yaşayan kadınların, bu sendrom kaynaklı yaşamlarını olumsuz etkileyen faktörlerin optimal seviyeye indirilebilmesi ve PMS'nin olumsuz etkilerinden yoga yaparak uzaklaşabilmeleri ve yoga ile yaşam kalitelerinin artırılabilmesi amaçlanmıştır. Çalışmamız genişletilerek bu sorunu yaşayan Türk kadınlarının benzer sorunlarının aza indirgenebilmesi açısından önem arz etmektedir. Ayrıca Türk kadınlarının benzer sorunlarla baş edebilmesi ve daha sağlıklı bir nesil için bu ve benzer konularda daha kapsamlı bilimsel çalışmalarla ihtiyaç bulunmaktadır.

4.1. Araştırma Grubu

Araştırmamızda, Muğla ili Yatağan ilçesinde ikamet eden premenstrüel sendrom tespit edilmiş, 18 yaş üzeri 20 kadın ile çalışılmıştır.

Çalışma 12 hafta ile sınırlandırılmıştır. Katılımcılara, araştırmacı tarafından çalışma başında ve sonunda olmak üzere SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği uygulanmıştır. Katılımcılar, haftada iki gün ve 40 dakika olarak belirlenen yoga egzersiz programına, 2 eğitmen eşliğinde gönüllülük esasına dayanarak katılmışlardır.

4.2. Veri Toplama Aracı

Örnekleme grubuna, çalışma takvimi başlamadan önce, çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiş. Aynı zamanda çalışma başlamadan ve 12 haftalık çalışma takviminden sonra, SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Araştırmada katılımcıların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi hedefiyle, 1987 senesinde Ware tarafından geliştirilen ve ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1999 senesinde Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmış olan SF-36 ölçeği kullanılmıştır. Sağlığın 8 bileşende incelendiği bu ölçekte yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir seviyeyi işaret etmektedir. SF-36 ölçeği; fiziksel rol (FR) (sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma), fiziksel fonksiyonellik (FF) (sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitede kısıtlanma), bedensel ağrı (BA), canlılık (CA), genel sağlık (GS) (kişinin genel olarak sağlığını değerlendirmesi), genel ruh sağlığı (GRS), duygusal rol (DR) (ruhsal sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma) ve sosyal fonksiyonellik (SF) bölümlerinden oluşmaktadır. SF-36 ölçeğinde 100 puan üzerinden puanlama yapılmaktadır ve alınan puanlar her bileşen için 0 ile 100 puan arasındadır. Bu ölçekte düşük puanlar bozulmayı işaret ederken, yüksek puanlar iyi bir seviyeyi göstermektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların skorları ağırlıklı olarak toplanarak mental (mental health component summary scale - MCS) ve fiziksel (physical health component summary scale - PCS) sağlık özet skoru elde edilir (Koçyiğit ve diğ., 1999).

Premenstrüel Sendrom Ölçeği:

Anksiyeteyi ölçmek için Gençdoğan'ın (2006) geliştirdiği Premenstrüel Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. PMSÖ (premenstrüel sendrom ölçeği) kırk dört maddelik bir ölçek olup 5 dereceli (sürekli, sık sık, bazen, çok az, hiç) Likert tipi bir ölçektir. İşaretleme yönteminde belirtildiği gibi “adetten bir hafta önceki süreçte olma” durumu göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında “Hiç” cevabı bir puan, “Çok az” cevabı iki puan, “Bazen” cevabı üç puan, “Sık sık” cevabı dört puan ve “Sürekli” cevabı beş puan olarak

değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam dokuz alt boyutundan (1. depresif duygulanım, 2. anksiyete, 3. yorgunluk, 4. sınırlılık, 5. depresif düşünceler, 6. ağrı, 7. iştah değişimleri, 8. uyku değişimleri ve 9. şişkinlik) alt ölçek toplam puanları ve tüm maddelerden elde edilen puanların sonunda “PMSÖ Toplam Puanı” ortaya çıkmaktadır. Ölçekten en yüksek iki yüz yirmi, en düşük kırk dört puan alınabilmektedir. Puanın artması adet öncesi gerginlik sendromunun belirtilerinin çok olduğu anlamına gelmektedir.

4.3. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Tekrarlı ölçümler arasındaki farkın belirlenmesinde eşleşmiş grup t-testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olması halinde fark anlamlı kabul edilmiştir. Bu araştırmada Premenstrüel Sendrom ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,804 olarak bulunmuştur. Bukatsayının yüksek olması, ölçeğin iç tutarlılığı adına bir kanıt teşkil etmektedir. Ölçek iç tutarlılığının yüksek olduğu söylenebilir.

4.4. Çalışmanın Sınırlılığı

Çalışmamız sadece Muğla ili Yatağan ilçesinde ikamet eden premenstrüel sendrom tespit edilmiş 18 yaş üzeri 20 kadını kapsamaktadır. Verinin bu niteliğinden, çalışmamızda elde edilen bulguların, PMS sorunu yaşayan kadınların tamamına ve diğer ülkelere genelleştirilmesi açısından bazı sınırlılıklar bulunmaktadır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

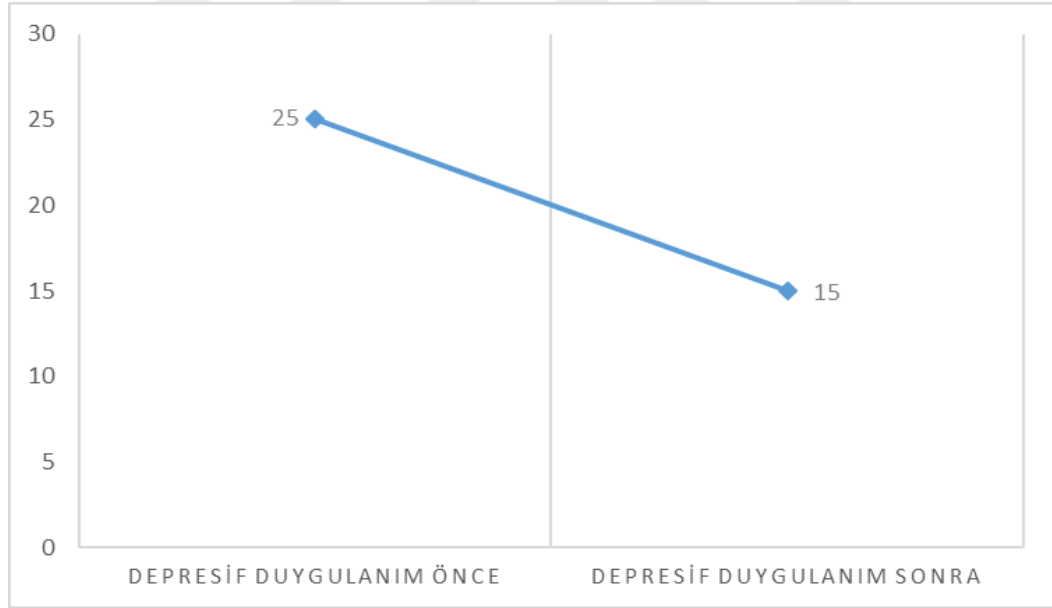
BULGULAR

Depresif duygulanım ön test ve son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analizin bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.1. Depresif Duygulanım Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Depresif Duygulanım Ön Test	20	25,000	3,293	22,361	0,000
Depresif Duygulanım Son Test	20	15,000	2,317		

Depresif duygulanım ön test değerine ($\bar{x}=25,000$) göre depresif duygulanım son test değerindeki ($\bar{x}=15,000$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



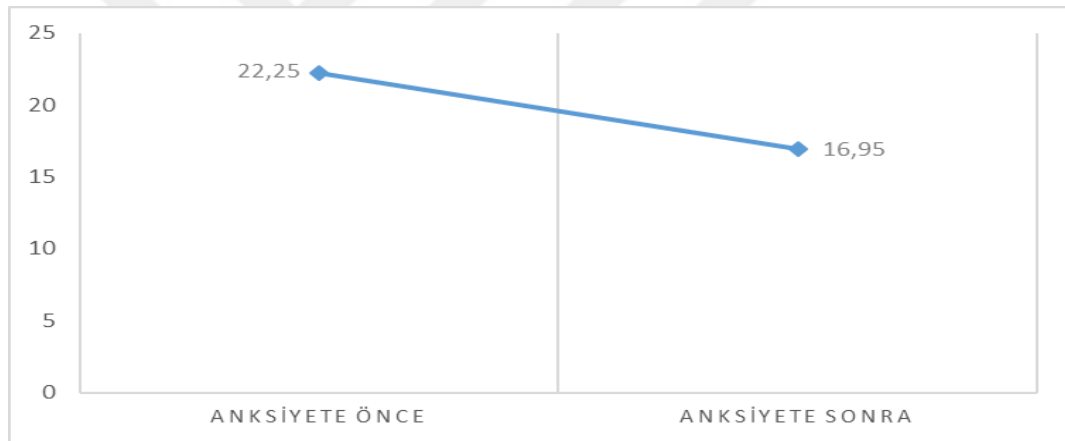
Grafik 5.1. Depresif Duygulanım Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Anksiyete durumu ön test ve son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.2. Anksiyete Durumu Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete Ön Test	20	22,250	4,327	8,726	0,000
Anksiyete Son Test	20	16,950	3,120		

Anksiyete ön test değerine ($\bar{x}=22,250$) göre anksiyete son test değerindeki ($\bar{x}=16,950$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



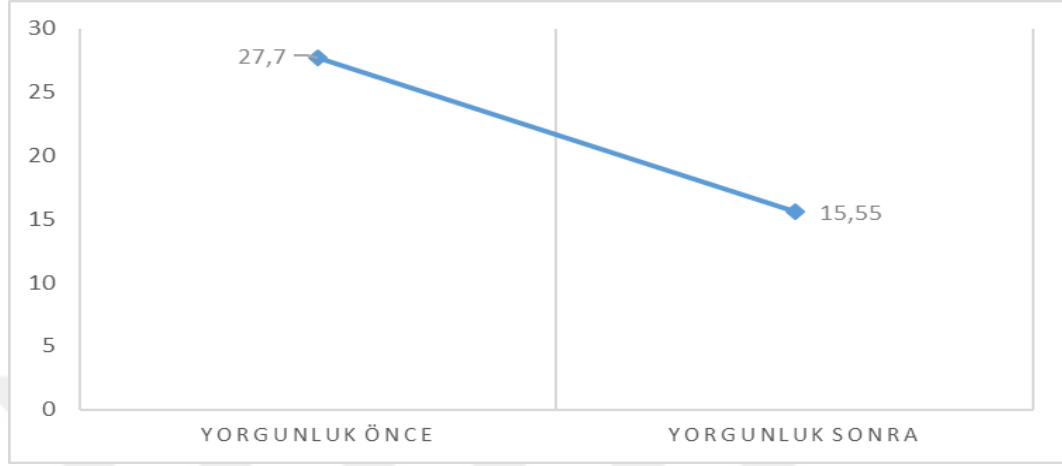
Grafik 5.2. Anksiyete Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Yorgunluk ön test ile yorgunluk son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.3. Yorgunluk Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Yorgunluk Ön Test	20	27,700	2,473	13,188	0,000
Yorgunluk Son Test	20	15,550	3,649		

Yorgunluk ön test değerine ($\bar{x}=27,700$) göre yorgunluk son test değerindeki ($\bar{x}=15,550$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



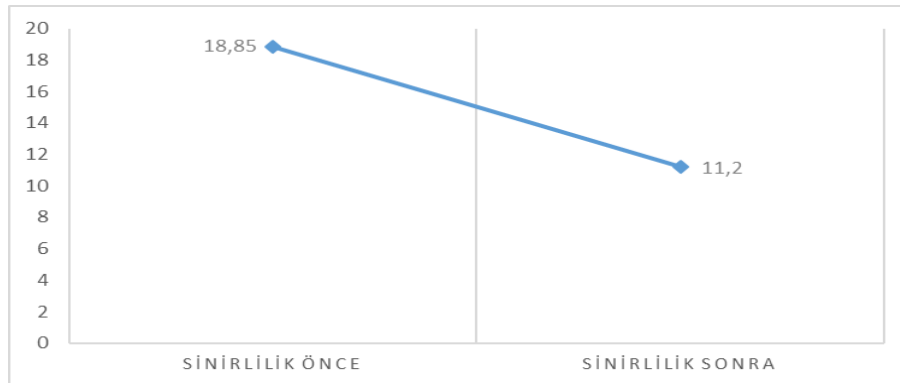
Grafik 5.3. Yorgunluk Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Sinirlilik ön test ile sinirlilik son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.4. Sinirlilik Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Sinirlilik Ön Test	20	18,850	2,368	19,489	0,000
Sinirlilik Son Test	20	11,200	1,473		

Sinirlilik ön test değerine ($\bar{x}=18,850$) göre sinirlilik son test değerindeki ($\bar{x}=11,200$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



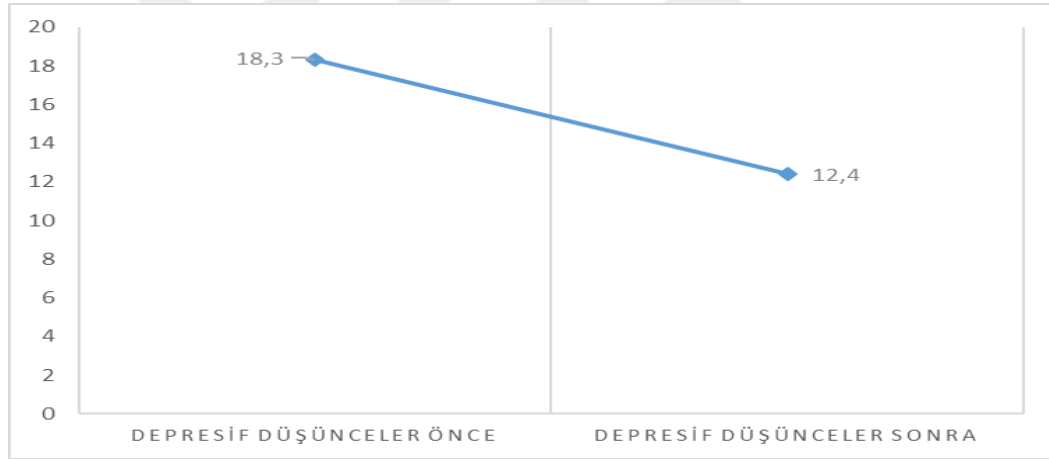
Grafik 5.4. Sinirlilik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Depresif düşünceler ön test ile depresif düşünceler son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.5. Depresif Düşünceler Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Depresif Düşünceler Ön Test	20	18,300	3,881	10,174	0,000
Depresif Düşünceler Son Test	20	12,400	2,873		

Depresif düşünceler ön test değerine ($\bar{x}=18,300$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=12,400$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



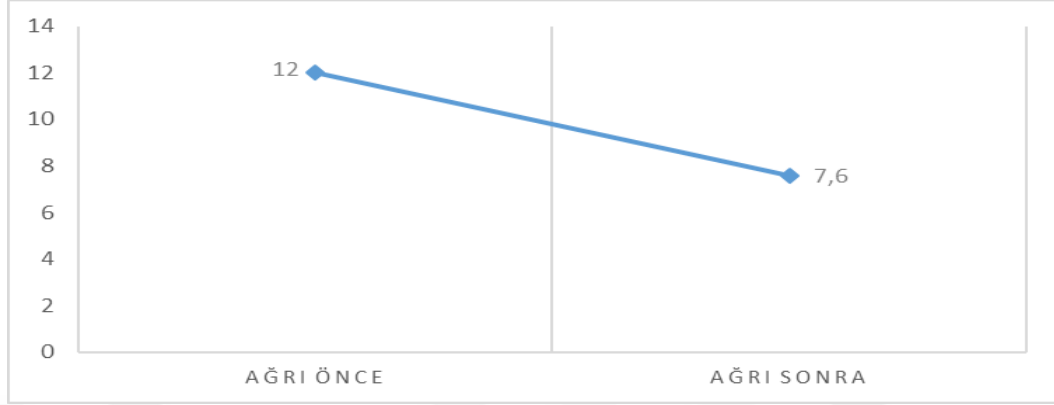
Grafik 5.5. Depresif Düşünceler Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Ağrı ön test ile ağrı son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.6. Ağrı Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Ağrı Ön Test	20	12,000	1,747	12,278	0,000
Ağrı Son Test	20	7,600	1,046		

Ağrı ön test değerine ($\bar{x}=12,000$) göre ağrı son test değerindeki ($\bar{x}=7,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



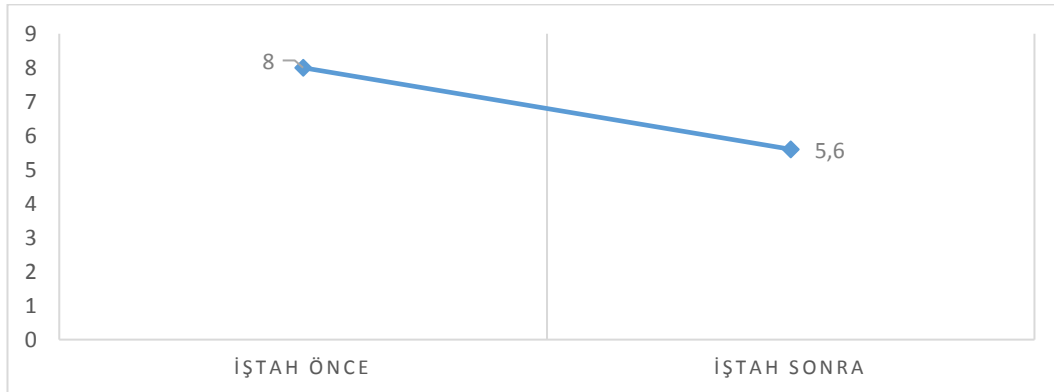
Grafik 5.6. Ağrı Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

İştah değişimleri ön test ile iştah değişimleri son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.7. İştah Değişimleri Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
İştah Değişimleri Ön Test	20	8,000	1,947	9,037	0,000
İştah Değişimleri Son Test	20	5,600	1,501		

İştah değişimleri ön test değerine ($\bar{x}=8,000$) göre iştah değişimleri son test değerindeki ($\bar{x}=5,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



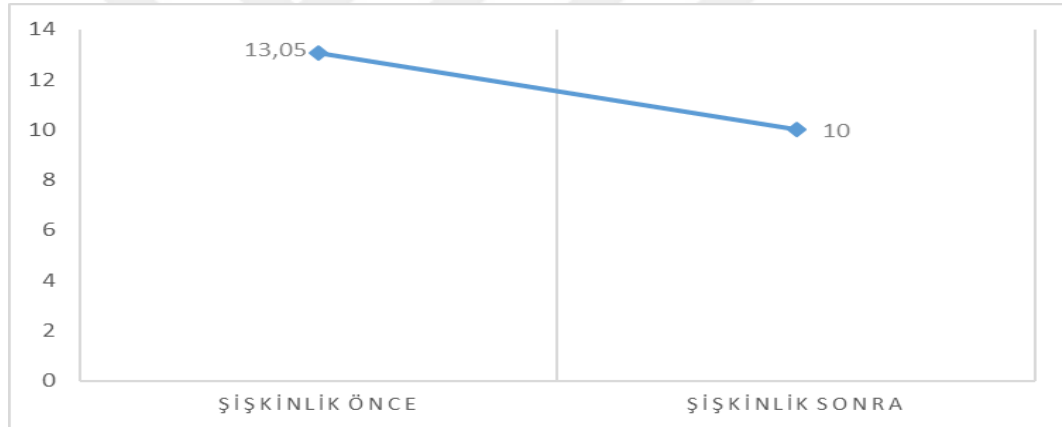
Grafik 5.7. İştah Değişimleri Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Şişkinlik ön test ile şişkinlik son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.8. Şişkinlik Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Şişkinlik Ön Test	20	13,050	2,212	11,453	0,000
Şişkinlik Son Test	20	10,000	1,947		

Şişkinlik ön test değerine ($\bar{x}=13,050$) göre şişkinlik son test değerindeki ($\bar{x}=10,000$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



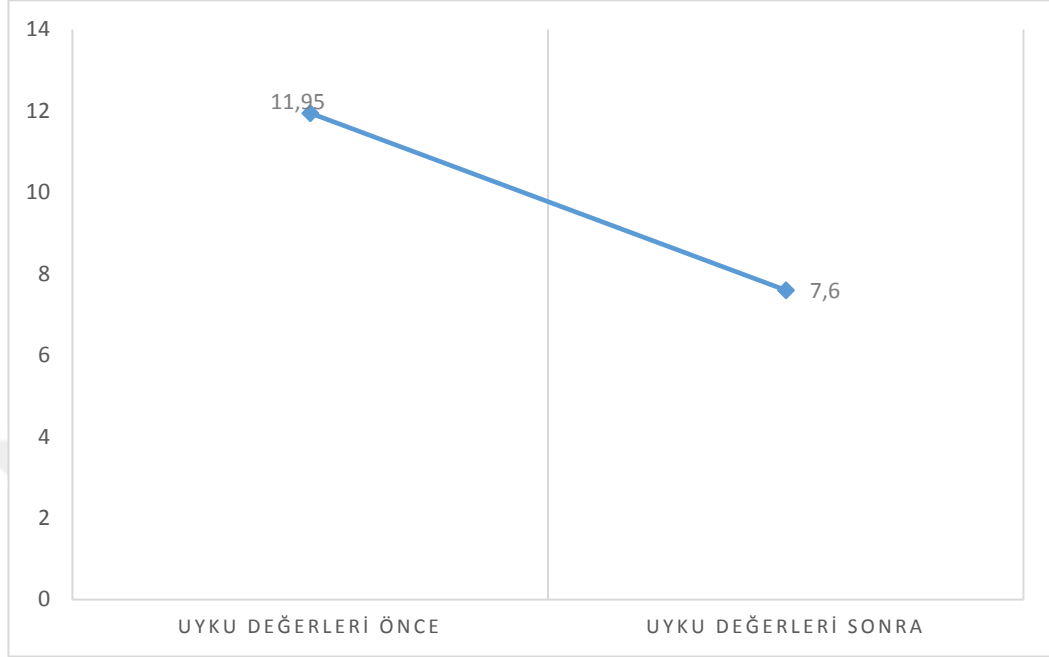
Grafik 5.8. Şişkinlik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Uyku değerleri ön test ile uyku değerleri son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.9. Uyku Değerleri Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Uyku Değerleri Ön Test	20	11,950	2,114	8,456	0,000
Uyku Değerleri Son Test	20	7,600	2,501		

Uyku değerleri ön test değerine ($\bar{x}=11,950$) göre uyku değerleri son test değerindeki ($\bar{x}=7,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



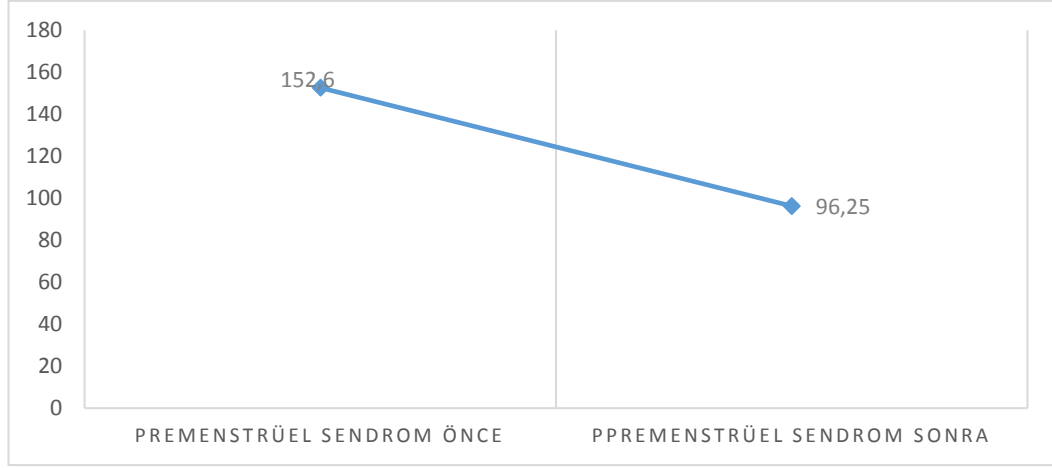
Grafik 5.9. Uyku Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Premenstrüel sendrom toplam ön test ile son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.10. Premenstrüel Sendrom Toplam Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Premenstrüel Sendrom Toplam Ön Test	20	152,600	11,975	27,950	0,000
Premenstrüel Sendrom Toplam Son Test	20	96,250	7,629		

Premenstrüel sendrom toplam ön test değerine ($\bar{x}=152,600$) göre premenstrüel sendrom toplam son test değerindeki ($\bar{x}=96,250$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



Grafik 5.10. Premenstrüel Sendrom Toplam Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

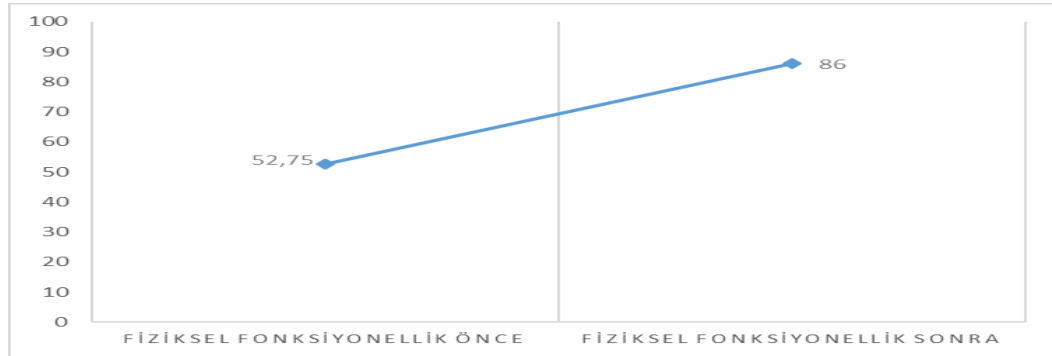
Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Fiziksel fonksiyonellik ön test ile fiziksel fonksiyonellik son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.11. Fiziksel Fonksiyonellik Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel Fonksiyonellik Ön Test	20	52,750	11,863	-	0,000
Fiziksel Fonksiyonellik Son Test	20	86,000	6,996	15,434	

Fiziksel fonksiyonellik ön test değerine ($\bar{x}=52,750$) göre fiziksel fonksiyonellik son test değerindeki ($\bar{x}=86,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



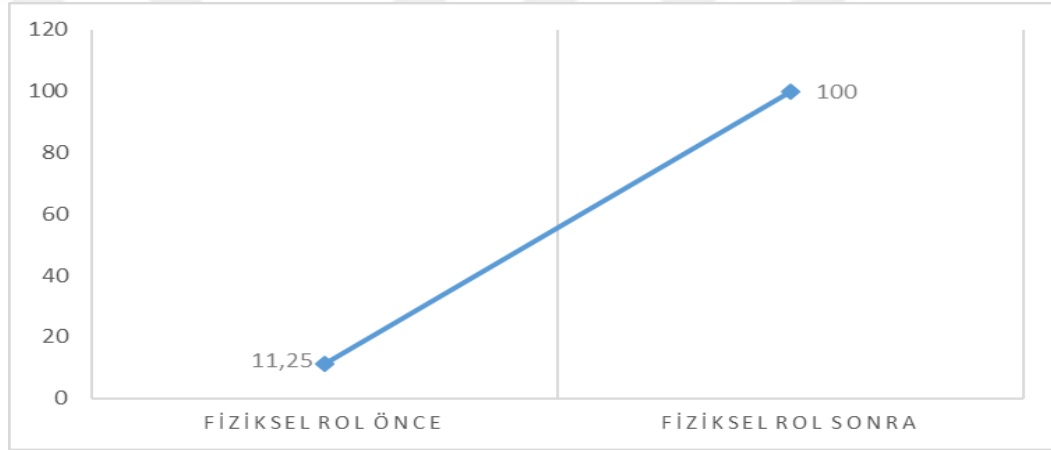
Grafik 5.11. Fiziksel Fonksiyonellik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Fiziksel rol ön test ile fiziksel rol son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.12. Fiziksel Rol Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Fiziksel Rol Ön Test	20	11,250	24,967	-13,854	0,000
Fiziksel Rol Son Test	20	100,000	8,111		

Fiziksel rol ön test değerine ($\bar{x}=11,250$) göre fiziksel rol son test değerindeki ($\bar{x}=100,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



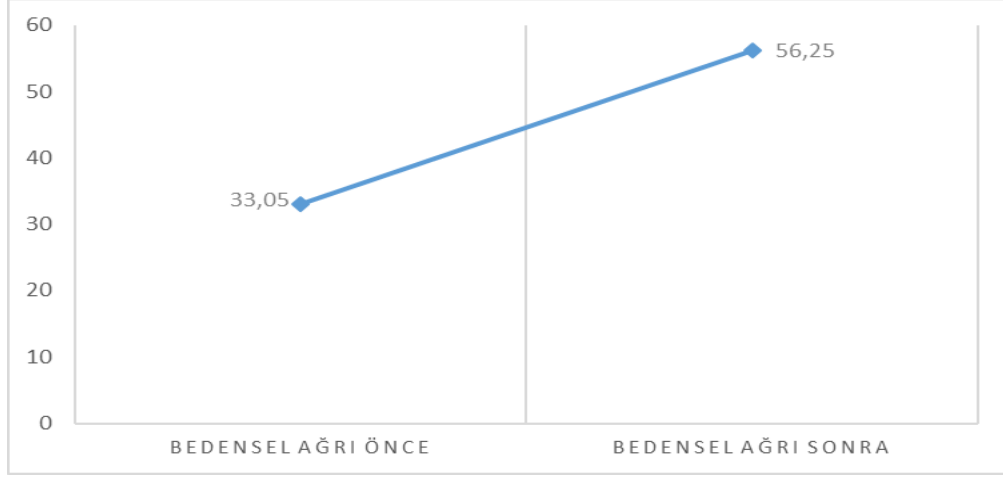
Grafik 5.12. Fiziksel Rol Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Bedensel ağrı ön test ile bedensel ağrı son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.13. Bedensel Ağrı Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Bedensel Ağrı Ön Test	20	33,050	14,926	-7,404	0,000
Bedensel Ağrı Son Test	20	56,250	16,131		

Bedensel ağrı ön test değerine ($\bar{x}=33,050$) göre bedensel ağrı son test değerindeki ($\bar{x}=56,250$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



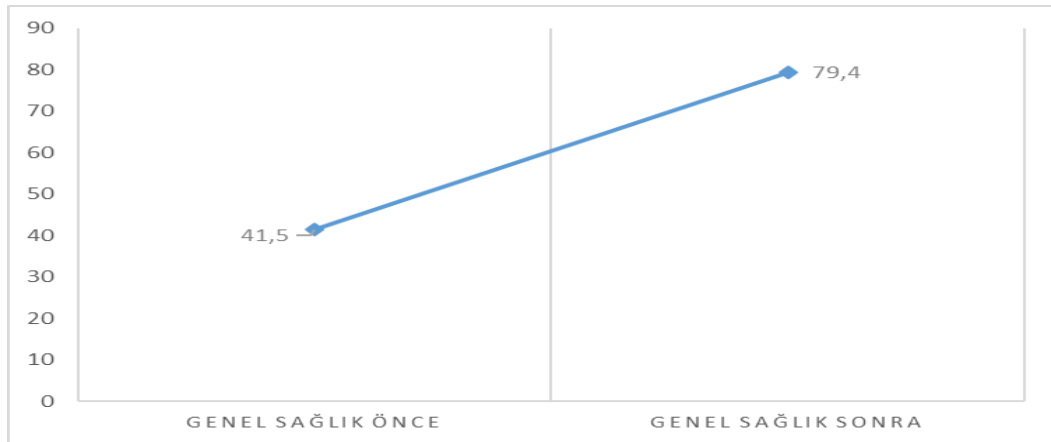
Grafik 5.13. Bedensel Ağrı Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Genel sağlık ön test ile genel sağlık son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.14. Genel Sağlık Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Genel Sağlık Ön Test	20	41,500	15,226	-13,409	0,000
Genel Sağlık Son Test	20	79,400	7,976		

Genel sağlık ön test değerine ($\bar{x}=41,500$) göre genel sağlık son test değerindeki ($\bar{x}=79,400$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



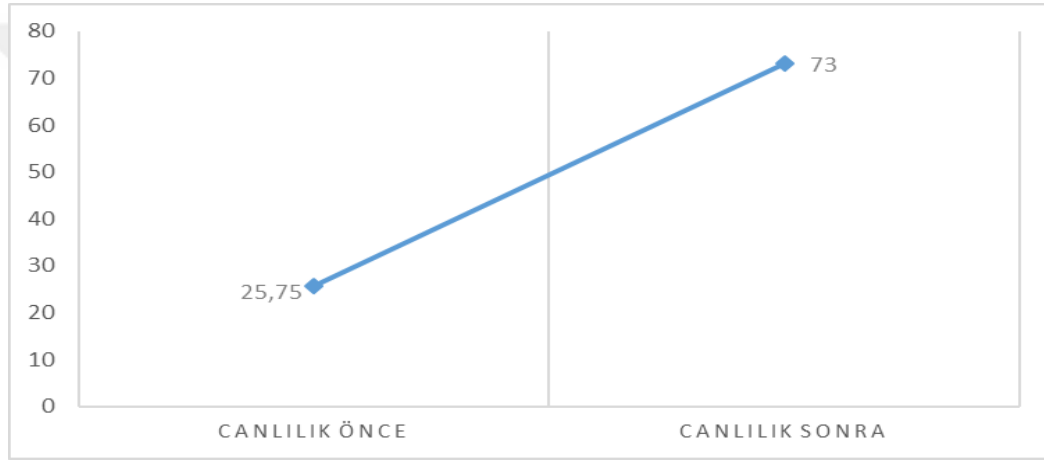
Grafik 5.14. Genel Sağlık Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Canlılık ön test ile canlılık son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.15. Canlılık Durumu Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Canlılık Ön Test	20	25,750	12,169	-13,262	0,000
Canlılık Son Test	20	73,000	8,944		

Canlılık ön test değerine ($\bar{x}=25,750$) göre canlılık son test değerindeki ($\bar{x}=73,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



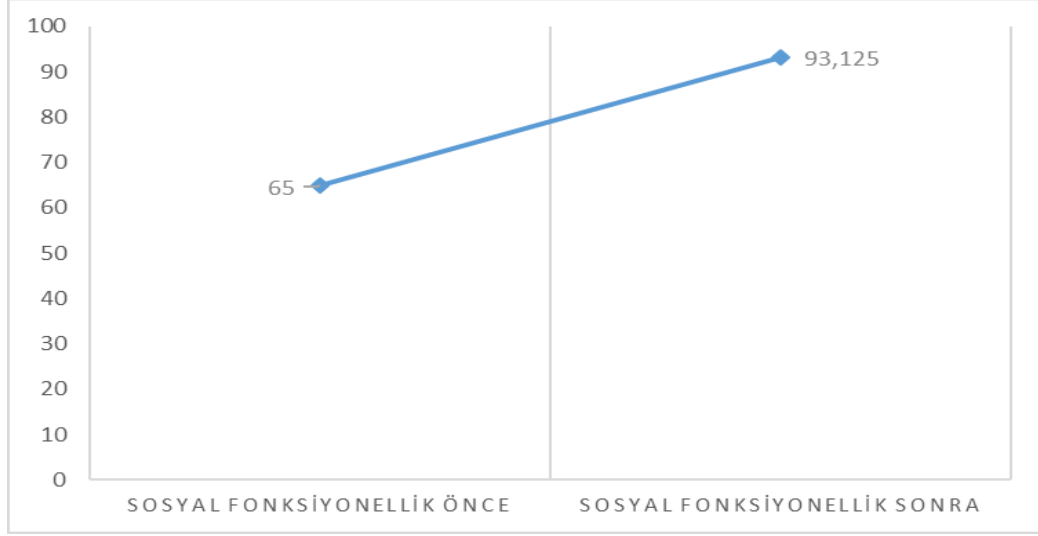
Grafik 5.15. Canlılık Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Sosyal fonksiyonellik ön test ile sosyal fonksiyonellik son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.16. Sosyal Fonksiyonellik Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Sosyal Fonksiyonellik Ön Test	20	65,000	21,689	-	0,000
Sosyal Fonksiyonellik Son Test	20	93,125	11,806	7,139	

Sosyal fonksiyonellik ön test değerine ($\bar{x}=65,000$) göre sosyal fonksiyonellik son test değerindeki ($\bar{x}=93,125$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



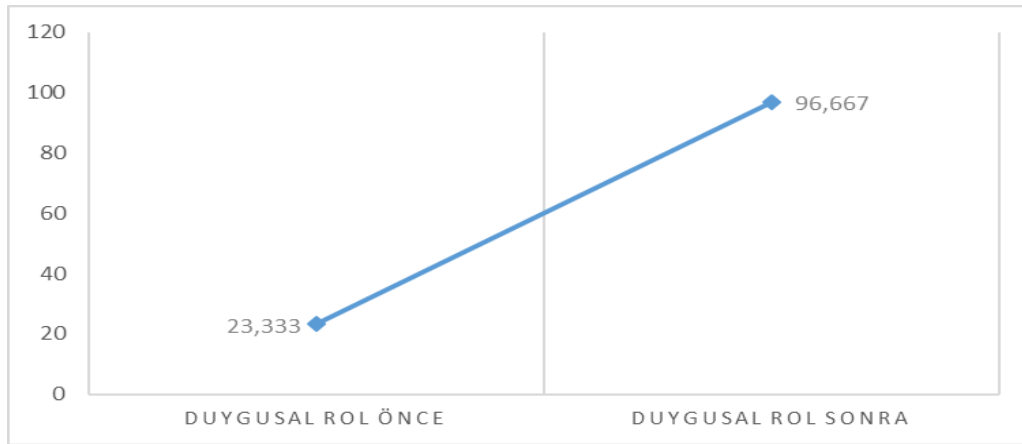
Grafik 5.16. Sosyal Fonksiyonellik Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Duygusal rol ön test ile duygusal rol son test arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.17. Duygusal Rol Ön Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Duygusal Rol Ön Test	20	23,333	34,370	-9,314	0,000
Duygusal Rol Son Test	20	96,667	10,260		

Duygusal rol ön test değerine ($\bar{x}=23,333$) göre duygusal rol son test değerindeki ($\bar{x}=96,667$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



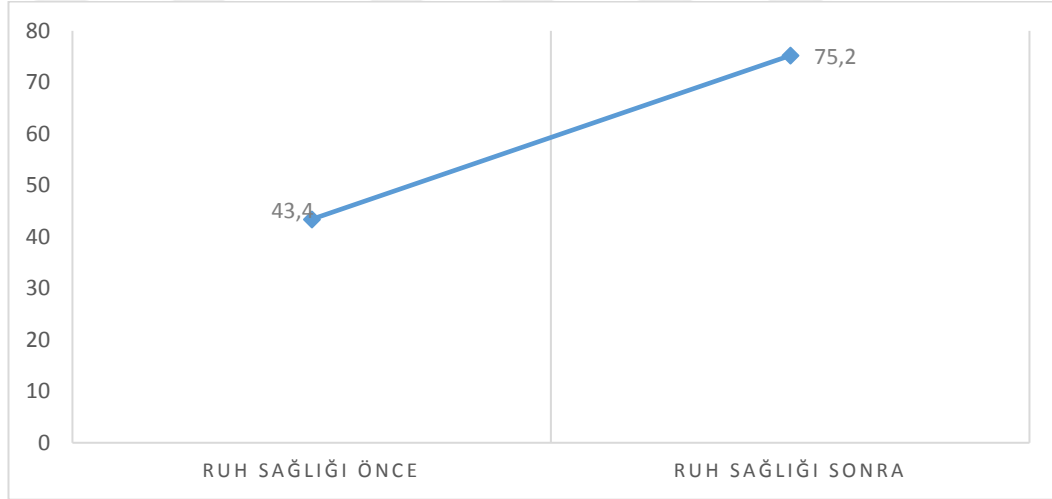
Grafik 5.17. Duygusal Rol Değerleri Ön Test ve Son Test Arasındaki Fark

Ruh sağlığı ön test değerleri ile son test değerleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonrası bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 5.18. Ruh Sağlığı n Test ve Son Test Değerleri

Gruplar	N	Ort	Ss	t	p
Ruh Sağlığı n Test	20	43,400	13,751	-9,024	0,000
Ruh Sağlığı Son Test	20	75,200	13,462		

Ruh sağlığı ön test değerine ($\bar{x}=43,400$) göre ruh sağlığı son test değerindeki ($\bar{x}=75,200$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).



Grafik 5.18. Ruh Sağlığı Değerleri n Test ve Son Test Arasındaki Fark

TARTIŞMA VE SONUÇ

12 haftalık yoga egzersizinin, PMS (premenstrüel sendrom) sorunu olan kadınların anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada, gönüllülerin, depresif duygulanım ön test değerine ($\bar{x}=25,000$) göre depresif duygulanım son test değerindeki ($\bar{x}=15,000$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Ön test anksiyete değerine ($\bar{x}=22,250$) göre son test anksiyete değerlerindeki ($\bar{x}=16,950$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Bu sonuç, çalışmamızdaki premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında depresyon ve anksiyete düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

2004 yılında Woolery, yoganın hafif depresif genç yetişkinlerdeki semptomları azaltabileceğini ortaya çıkardı. Khalsa'nın son otuz yıl zarfındaki çalışmaları, yoganın psikopatolojik (örneğin; depresyon, anksiyete), kardiyovasküler (örneğin; hipertansiyon, kalp hastalığı) rahatsızlıklar üzerinde olumlu yönde etki yaptığı ortaya çıkmıştır (Javnbakht, 2009).

Yoga, sadece fiziksel bir aktivite değil aynı zamanda zihinsel bir etkinliktir. Teorik olarak yoganın psikolojik durum üzerine etkisinin vücudun fiziksel durumundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Uygulama boyutuna gelindiğinde ise kaygı ve depresyonun oluşum sürecinde kronik sempatik aktivasyon ve HPA axis'in aktivasyonu söz konusudur. Michalsen, yoganın kaygı ve depresyonu azaltmaya yönelik mekanizmasını incelediğinde yoganın salgısal kortizol konsantrasyonunu ani bir şekilde düşürdüğünü ve böylelikle de HPA axis aktivasyonunu direkt olarak etkilediğini bulmuştur. Paralel olarak, yoganın stresi, kaygıyı azalttığı ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (Malati ve Damoran, 1999; Cuğ ve Koçak, 2007).

Öte yandan Kop ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında, yoganın depresyon ile ilişkisi olan otonom sinir sistemini (CNS) düzenlediği görülmüştür. Rocha ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada, 20-40 yaş arası 36 sağlıklı erkek birey

çalışmaya katılmış, fizyolojik ve psikolojik parametrelerdeki değişiklikler incelenmiştir.

Hoffman çalışmasında, depresif, içine kapalı insanların alfa beyin dalgalarının sol frontotemporal bölgede daha çokken; iyimser, girişken kişilerin alfa beyin dalgalarının sağ bölgede daha aktif olduğunu bulmuş ve kriya yoganın sağ bölgedeki alfa beyin dalgası aktivitesini artırdığını gözlemlemiştir (Hofman, 2003).

Michalsen ve arkadaşlarının (2005) Almanya'da anksiyete bozukluğu olan kadınlar üzerinde yapmış oldukları çalışma sonucuna göre, 3 aylık yoga antrenmanından sonra anksiyete ve depresyonda belirgin bir iyileşme görüldüğünü ortaya çıkartmışlardır. Rocha ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışma sonucunda, 6 ay yoga uygulamasının sonrası hafızayı etkili bir şekilde geliştirebileceğini ve yoganın kaygı, depresyon, stres ve bunların bilişsel sonuçları üzerinde etkili bir tedavi olabileceği yönünde bulgular elde etmişlerdir.

Javnbahkt ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre, yoganın durumluluk ve sürekli kaygıyı etkili bir şekilde azaltabildiğini göstermektedir. Smith ve arkadaşları, (2007) yoganın stres, anksiyete ve yaşam kalitesini artırmada sağlık açısından yararları araştırdığı çalışmanın bulgularına göre; yoganın stres ve kaygılarını yönetmeye yönelik konularda etkili ve kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Genel olarak yoga, anksiyete, stres, fiziksel ve ruhsal sağlığı ve uyku yeteneğini azaltmada gevşeme teknikleri kadar etkili olmuştur.

Yoğun tempo, stres, kaygı insanı mental ve psikolojik olarak etkilemekte, kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde düşürmektedir. Sağlığı korumak ve esnekliği artırmak için haftada bir yapılan yoga temelli egzersizlerin esnekliği artırmak için uygun olduğu görülmektedir. Bu uygulamaların yaşam kalitesi, depresyon ve fiziksel aktivite düzeyini artırmak için bütüncül yaklaşım ile tedavi ve ev programlarını kapsayarak daha etkili sonuçların alınabileceği düşünülmektedir (Atılğan ve diğ., 2015).

Field (2011), şizofreni hastalarında yapmış olduğu bir çalışmanın sonucunda yoga uygulamasının uyku probleminde azalma, beslenme durumunun düzelmesi gibi

günlük aktivitelerde düzelme, depresif duygu durumunda azalma ve işlevsel iyileşme düzeyinde artma olduğunu saptamıştır. Gangadhar ve Varambally (2011), yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına 2 hafta boyunca uygulanan yoganın depresif belirtileri azalttığı, tedaviye uyumu artırdığı, hastalığın belirtilerinde azalma meydana getirdiği ve bu nedenlerden dolayı psikiyatri uygulamalarında tamamlayıcı tedavi olarak kullanılabileceğini belirlemiştir.

Gönüllülerin, yorgunluk ön test değerine ($\bar{x}=27,700$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=15,550$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Çalışmamız, premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında yorgunluk düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

Ferreira-Vorkapic vd. (2015) çalışmalarında okul çağındaki çocukların öfke kontrolü sağlama, sakinleşme ve yorgunlukla başa çıkabilme hakimiyetine sahip olabilmelerinde yoga egzersizlerinin oldukça önemli olduğu, bu nedenle düzenli olarak yoga yapmaları gerektiği sonucuna varmışlardır.

Taşpınar (2010) yaptığı araştırmada verilen eğitim sonrasında hatha yoga grubunun benlik saygısı, beden imajı ve yaşam kalitesini kontrol grubuna göre daha yüksek, depresyon semptomları ve yorgunluk düzeyini ise daha düşük bulmuştur ($p<.05$).

Berger ve Owen'in (1992) yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre; cinsiyet açısından bakıldığında, yoga grubuna katılan erkek öğrencilerin kızgınlık, gerginlik ve yorgunluk düzeyleri, yüzme grubuna katılan erkek öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır. Kız öğrencilerin puanlarında iki grup arasında (yoga ve yüzme) anlamlı fark saptanmamıştır.

Oken ve ark. (2006)'nın araştırmasında ise yoga grubunda fiziksel ölçümler, yaşam kalitesiyle ilgili iyi olma, enerji seviyesinde artış ve yorgunluk hissinde azalma düzeylerinde diğer gruplarla karşılaştırıldığında daha fazla artış meydana gelmiştir. Diğer bir çalışmada Taşpınar (2010) hem yoga, hem de dirençli egzersizlerin erişkinlerin benlik saygısı, beden imajı, yaşam kalitesi, depresif semptomlar ve hissedilen yorgunluk düzeyini olumlu yönde etkilediği, yani psiko-sosyal fonksiyonlarını iyileştirdiğini göstermiştir. Puetz'in (2006) çalışmasında,

fiziksel aktivite ile yorgunluk, düşük enerji düzeyi arasındaki ilişki açısından incelenmiştir. Aktif yetişkin bireylerle benzer yaştaki sedanter bireyler karşılaştırıldığında fiziksel aktivite ile azalmış yorgunluk ve enerji hissi arasında ilişki olduğu görülmüştür.

Yapılan bir çalışmada obez bireylerde dirençli egzersizlerin psikolojik cevaplara etkisi araştırılmış, bu kapsamda yaşam kalitesi, pozitif iyilik hali, psikolojik üzüntü hali ve yorgunluk hali sorgulanmıştır. 45 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılar obes olan, olmayan ve cinsiyete göre dört gruba ayrılmıştır. Eğitim sonrası obes erkek bireylerin iyilik hali, üzüntü hali, yorgunluk halinde önemli değişiklik meydana gelmemiştir. Dirençli egzersiz eğitimi sonrası obes olan ve olmayan kadınların pozitif iyilik hali ve yaşam kalitesi puanları artmıştır (Levinger vd.,2009).

Yoga etkinliklerine katılımcıların devam etmeleri durumunda bedenlerindeki olumlu etkileri devam ederek yorgunluk, halsizlik ve çeşitli hastalıklara yakalanma riskinin azalabileceği söylenebilir. Yoga grubunda yorgunluktaki azalmanın daha fazla olması emosyonel durumdaki iyileşme nedeniyle günlük işlerde güven duygusunun artması ve yoganın grup içi motivasyonu artırmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda, yoganın olumlu etkilerinin 12 haftalık çok kısa bir sürede ve çok yoğun olmayan bir program sonucunda bile gözlemlendiği tespit edilmiştir. Buradan yola çıkarak, gönüllü grubumuzdaki kadınların, yogayı bir yaşam felsefesi olarak belirlemelerinin, hayatları boyunca yaşam kalitelerini artırabileceği söylenebilir.

Gönüllülerin, sinirlilik ön test değerine ($\bar{x}=18,850$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=11,200$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Depresif düşünceler ön test değerine ($\bar{x}=18,300$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=12,400$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Bu sonuç, çalışmamıza katılan premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların, yoga aktiviteleri sonrasında sinirlilik ve depresif düşünce düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan bir çok çalışma bulunmaktadır.

Bazı çalışmalarda kanser sağ kalanlarının yaklaşık %60'ının depresif ve %30'unun anksiyete semptomları bildirdiğini belirtmişlerdir (Kangas ve diğ., 2002). Ghaffarilaleh ve arkadaşlarının (2019) çalışmalarında, şiddetli PMS ve depresyonu olan hastaların, sempatik otonomik aktivitenin stres ve kan basıncının artması nedeniyle etkilendiğine dair belirtiler göstermiştir. Bu nedenle, depresyon ve kan basıncı ile ilişkili PMS semptomlarını azaltmak gereklidir. PMS yaşayan kadınların tedavi reçetesinde mutlaka fiziksel aktivite bulunmalıdır.

Terapatik yoga, bel ağrılı olgularda 12 hafta boyunca uygulanmıştır. Bu çalışmada, yaşam kalitesinde artma, yetersizlik ve ağrıda azalma, fiziksel fonksiyon ve ruh halinde (depresif hissetme, sinirlilik, yorgunluk, şaşkınlık halinde azalma) olumlu gelişmeler görülmüştür. Sonuç olarak, kas kuvvetinde artma, esneklikte artma, streste azalma, iyi postür alışkanlığı, ağrıda azalma ve farkındalıkta artma görüldüğü bildirilmiştir (Schultz ve diğ., 2011).

Altı randomize kontrollü çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde de, prenatal yoga uygulamasının depresyon tanısı alan gebelerde depresif semptomların azaltılmasında önemli derecede etkili olduğu belirtilmiştir (Gong ve diğ., 2015).

Simard ve Henry (2009), yoganın depresyona etkisini inceledikleri çalışmalarında, bulgulara göre, araştırmaya katılanların hepsinde sağlık durumu, algılanan stres ve depresif semptomlarda iyileşme görülmüş, sonuç olarak, yoganın stres ve depresyonu azaltmada ve genel iyilik halini artırmada etkili olabileceği kanısına varılmıştır.

Javnbakht ve diğ.(2009) yaptıkları çalışmanın sonucu bizim çalışmamızdan farklıdır. Bunun nedeninin çalışmanın başlangıcında yoga grubunda yer alan kadınların büyük oranda depresif bulgulara sahip olmamasından (yoga eğitimi öncesinde kadınların %44.1 ve sonrasında %32.3'ünde depresif bulgu belirlenmiş) ve yoganın haftada 2 seans yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sahajpal ve Ralte (2000) bir aylık yoga programı uygulaması sonucunda benlik saygısı ve stres düzeyinde olumlu yönde değişiklikler meydana geldiğini rapor etmişlerdir.

Yüksek ya da düşük depresif semptomları olan geriatric bireylerde aerobik ve dirençli egzersizlerin emosyonel ve fiziksel fonksiyonlara etkinliği karşılaştırılmıştır. Sonuçlar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hem aerobik hem de dirençli egzersizler depresif semptomları önemli oranda azaltmıştır (Brenda ve diğ., 2002).

Yoganın psiko-sosyal sağlık üzerinde etkisini araştıran bazı araştırmalarda elde edilen bulgular yoganın genel iyilik haline olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Üçdağ (2011), elit düzeydeki kadın sporcuların menstrüel evrelerindeki esenlik durumları ve performanslarını etkileyen boyutları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, yaş ortalaması $19,40 \pm 3,76$ yıl, boy $162,68 \pm 4,60$ cm. olarak bulunmuş olan 16'sı futbolcu, 6'sı masa tenişiçi olmak üzere toplam 22 elit kadın sporcu ile çalışmıştır. Araştırmada, toplam esenlik değeri ile duygusal esenlik, ruhsal esenlik, sosyal esenlik, psikolojik esenlik ve fiziksel esenlik arasında pozitif yönde korelasyon bulunmuştur ($p < .05$).

Yoganın yaşam kalitesine etkisi ile ilgili yapılan bir araştırmaya sekiz ayı merkezde üç aylık hatha yoga programının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini nasıl etkilediğini incelemek amacıyla 194 olgu dahil edilmiştir. Araştırmada depresyonu değerlendirmek için Depresif Semptomlar Envanteri, anksiyeteyi değerlendirmek için Spielberger Anksiyete Envanteri, benlik kavramı için Genel Benlik Kavramı Skalası, yaşam kalitesi için ise SF-36 kullanılmıştır. Anketler başlangıçta uygulanmış ve üç ay sonrasında tekrarlanmıştır. Yapılan istatistikler sonucunda yaşam kalitesi ve benlik kavramında artış ile birlikte anksiyete ve depresyon bulgularında da azalma meydana geldiği görülmüştür (Taşpınar, 2010).

Gönüllülerin ağrı düzeyi ön test değerine ($\bar{x}=12,000$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=7,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000 < 0,05$).

Bu sonuç, çalışmamıza katılan gönüllülerin, yoga aktiviteleri sonrasında ağrı düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Kanser hastalarında yapılan çalışmada yoganın fiziksel aktiviteyi artırdığı, fiziksel ve zihinsel rahatlamayı sağladığı, yorgunluğu, bulantı ve ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Sprod ve diğ., 2015; Cramer ve Lauche, 2013).

Jiang ve diğ. (2015) yapmış oldukları bir sistematik derlemede yoganın ağrı ve stresi azalttığı ayrıca standart prenatal egzersizlerden ve yürüyüşten daha etkili olduğu saptanmıştır.

Fizyoterapi programında elektroterapi uygulamasının kapı kontrol teorisine göre ağrıyı azalttığı; yoga programında ise meditasyon ve nefes egzersizleriyle odak noktasının değişmesi sayesinde ağrı hissinde azalma sağladığı bildirilmektedir (Field, 2011).

KBA'da egzersizin etkinliğini saptamak için yapılan bir meta-analiz çalışmasında; kısa dönem (3 aya kadar) takiplerde egzersiz gruplarının; minimal tedavi, tedavisiz, ya da diğer konservatif tedavilerle karşılaştırıldığında çok azında ağrı yönünden anlamlı bir değişme görülmüştür. Uzun dönem (6-12 ay) ve orta dereceli (3-6 ay) takip çalışmalarında, tercih edilen egzersiz ve diğer uygulamalar karşılaştırılmıştır, çok az çalışmada ağrı yönünden anlamlı değişiklikler görülmüştür (Ferreira ve diğ., 2010).

Tekur (Tekur ve diğ., 2012) yedi günlük yoğun yoga grubu ile fizyoterapi egzersiz grubunu ağrı, anksiyete, depresyon ve spinal mobilite yönünden değerlendirmiştir. Uygulanan yoğun yoga programının fizyoterapi programına göre ağrı, anksiyete ve depresyonun azalmasında ve spinal mobilitiyi geliştirmede daha etkili bir yöntem olduğu görülmüştür.

KBA'lı hastalarda yoga, egzersiz ve kitap verilerek yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada (Shermanve diğ., 2005) 12 hafta boyunca yoga yaptırılmış ve değerlendirmeler sonunda yoganın fonksiyonellik ve ağrı kontrolünde diğer tedavilere göre daha etkili bir yöntem olduğu açıklanmıştır.

12 hafta boyunca yoga yapılan bir programda tedavi sonunda, yoganın bel ağrısına etkileri sorulmuştur. Hastalar, yoganın ağrıyı ve stresi azalttığını, farkındalığı artırdığını, postürü düzelttiğini, daha iyi bir uyku ve gevşeme sağladığını bildirmişlerdir (Schultz ve diğ., 2011).

38 kanser hastasına 7 hafta süre ile yapılan bir randomize kontrollü çalışmada haftada 75 dakika hatha yoga uygulanmıştır. Eğitimden sonra yoga grubunda kontrol grubuna göre ruh hali bozukluğu ve stresin azaldığı, yaşam kalitesi ve ağrının iyileştiği bildirilmiştir (Culos-Reed ve diğ., 2006). Çalışmamızın

sonucuna göre, yoganın genel gerginlik ve tekrarlayan bölgesel kas ağrılarında yarar sağlayan bir egzersiz olduğu bu durumda literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Gönüllülerin iştah değişimleri ön test değerine ($\bar{x}=8,000$) göre iştah değişimleri son test değerindeki ($\bar{x}=5,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Şişkinlik durumu ön test değerine ($\bar{x}=13,050$) göre şişkinlik durumu son test değerindeki ($\bar{x}=10,000$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Araştırmamız sonucunda, premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında iştah ve şişkinlik düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

Egzersiz bağımlılığının psikolojik ve fizyolojik belirtileri kaygı, hareketsiz kalamama, egzersiz yapamamaktan kaynaklanan suçluluk duygusu, agresiflik, tembellik, iştahsızlık, uykusuz kalma ve baş ağrısı olarak sıralanmaktadır (Adams, 2009).

Egzersiz sona erme durumu belirtileri, egzersiz yapılmadan geçen 24-36 saat sonrasında endişe, huzursuzluk, suçluluk duygusu, agresiflik, gerginlik, iştahsızlık, baş ağrısı ve uykusuzluk olarak ortaya çıkar (Hausenblas ve Downs, 2002).

Gebelikte yapılan egzersizler annenin sağlığını ve kas tonüsünü sürdürmesine, duygularını kontrol etmesine, benlik imajının gelişmesine, enerjisinin artmasına, uykusunun düzelmesine, sırt ağrılarının azalmasına, konstipasyona, şişkinlik ve ödem azaltmaya, gestasyonel diyabetin önlenmesine aynı zamanda tedavi edilmesine, ruh halinin iyileşmesine yardımcı olmaktadır (ACOG, 2016; Taşkın,2012).

Dinç'in (2010) çalışmasında ise; üniversite öğrencilerinin spor yapma durumlarına göre PMS alt boyutları karşılaştırılmış, egzersiz yapan ve yapmayan grup arasında PMS'nin anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişimleri, uyku değişimleri alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu, sinirlilik, ağrı ve şişkinlik alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Dinç, 2010).

Tayland'da yapılan bir çalışmada hemşireler PMS semptomlarından en sık; sinirlilik (%18), yeme isteği (%32), göğüslerde hassasiyet (%22) ve şişkinlik (%21) bulgularını yaşıyorlardı (Chayachinda ve diğ.,2008). Nijerya'da öğrencilerle yapılan bir araştırmada PMS semptomlarından; göğüslerde hassasiyet (%35.5), uykusuzluk (%15.6), günlük aktivitelere ilgisizlik (%15.4), tat değişimleri (%13.2) bulguları (Adewuya ve diğ.,2009), İspanya'da 15-49 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada göğüslerde hassasiyet (%81.6), sinirlilik (%53) ve ağlamaklı ruh hali (%48.7) bulguları (Duenas ve diğ., 2011) ve Çin'de 18-45 yaş arası kadınlarla yapılan farklı bir çalışmada ise sinirlilik (%91.21), göğüslerde hassasiyet (%77.62), depresyon (%68.31), öfke kontrolünde güçlük çekme (%59.62), abdominal şişkinlik (%63.70) bulguları (Qiao ve diğ., 2012) ilk sıralarda gözlenmiştir.

Türkiye'de yapılan çalışmalardan; Diyarbakır ilindeki 19-49 yaş grubundaki kadınların %72.4'ünde bel ağrısı, %72.4'ünde gerginlik-huzursuzluk, %72.4'ünde sinirlilik-öfke, %70.9'unda karında şişkinlik bulgusu ilk sıralarda gözlenmiştir (Demir ve diğ., 2006). Ordu ilindeki PMS şikayeti olan öğrencilerin %68.3'ünde iştahta değişiklik, %65.7'sinde sinirlilik, %65.3'ünde şişkinlik, %47.7'sinde yorgunluk, %61.7'sinde ağrı, %51.3'ünde depresif duygular, %46.7'sinde uyku alışkanlığında değişiklik, %34'ünde depresif düşünceler ve %56'sında anksiyete bulguları gözlenmiştir (Erbil ve diğ., 2010).

Selçuk ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, PMSÖ puan ortalaması 110.49 ± 32.62 olup yakınmalar en sık; şişkinlik (%63.6), sinirlilik (%63.6) ve iştah değişimleri (%64.1) semptomlarını kapsayan alt boyutlarda gözlenmiştir.

PMSÖ puan ortalaması; Pınar ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında 128.19 ± 33.93 , Erbil ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise 112.27 ± 31 olarak tespit edilmiş olup Erbil ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) öğrencilerde en sık iştah değişimleri (%68.3), sinirlilik (%65.7) ve şişkinlik (%65.3) alt boyutları gözlenmiştir (Pınar ve diğ.,2010; Erbil ve diğ.,2010).

Çalışmamıza katılan gönüllülerde görüldüğü gibi yoga, fiziksel olarak, dinç kalmanın ve açlıkla baş edebilmenin etkili yollarından birisi olarak görülmektedir.

Yoga aktiviteleri sayesinde, zihinsel kontrol güçlenebileceği, açlıkla daha kolay baş edilebileceği yönünde pozitif yönlü bulgulara ulaşılmıştır.

Gönüllülerin, uyku durumu ön test değerine ($\bar{x}=11,950$) göre, son test değerindeki ($\bar{x}=7,600$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Bu sonuç, çalışmamızdaki PMS sorunu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında uyku düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

Field (2011) şizofreni hastalarında yapmış olduğu bir çalışmanın sonucunda yoga uygulamasının uyku probleminde azalma, beslenme durumunun düzelmesi gibi günlük aktivitelerde düzelme, depresif duygu durumunda azalma ve işlevsel iyileşme düzeyinde artma olduğunu saptamıştır.

Yogayla ilgili diyabet hastalarında yapılan çalışmada yoganın kan-şeker düzeyini, insülin direncini, tansiyonu, uykuyu, yaşam kalitesini düzenlediği bulunmuştur (Innes ve Selfe, 2016).

Schultz ve diğ. (2011) 12 hafta boyunca yoga yapılan bir programda tedavi sonunda, yoganın bel ağrısını ve stresi azalttığını, farkındalığı artırdığını, postürü düzelttiğini, daha iyi bir uyku ve gevşeme sağladığını bildirmişlerdir.

Yapılan bir derleme makaleye göre en az 6 ay boyunca yoga yaptırıldığında, yoganın depresyonu azaltıp uyku probleminin düzelmesine yardımcı olduğu görülmüştür (Field, 2011).

KBA'lı olgularda fiziksel aktivite azalması ve depresyona bağlı olarak uyku probleminde artış olduğu görülmüştür. KBA'lı olgularda uyku kalitesi ile ilgili çalışma az olduğu için bir çalışma protokolü oluşturulmuştur. Bu protokolda genel egzersizler, yürüme programı, genel fizyoterapi ve kontrol grubu çalışmasının yer alacağı bildirilmiştir. Değerlendirmede uyku kalitesi, fonksiyonellik, ağrı, yaşam kalitesi, korku, anksiyete, depresyon, fiziksel aktivite ve hasta memnuniyeti gibi parametrelere bakılması planlanmıştır (Hurley ve diğ., 2010).

Gönüllülerin premenstrüel sendrom toplam ön test değerine ($\bar{x}=152,600$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=96,250$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Fiziksel

fonksiyonellik ön test değerine ($\bar{x}=52,750$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=86,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Yoga düzgün vücut pozisyonu ile zihni etkileyen, konsantrasyon, gevşeme, solunum ve fiziksel egzersizlerin bir arada kullanıldığı kapsamlı bir egzersiz programıdır. Solunum ve gevşeme egzersizleri ile de fiziksel nedenli oluşan gerilimleri ve stresi azalttığı uyku problemleri üzerine olumlu etkiler ortaya çıkardığı rapor edilmiştir (Atılğan, 2015).

Sağlıklı gençlerde, yoga ve klasik egzersiz yaptırılan bir çalışmada, her iki egzersiz grubunun da fiziksel uygunluk üzerine olumlu sonuçları olduğu görülmüş ancak yoga eğitiminin denge, esneklik, anaerobik güç, kassal endurans ve çevikliği geliştirmede klasik egzersiz eğitimine göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Baş, 1998).

Yoga ile ilgili çalışmaların çoğunluğunun kısa dönem çalışmaları olduğu görülmektedir. Tilbrook ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada 12 seans, 3 ay boyunca 156 kişiye yoga yaptırılmış ve klasik tedavi ile karşılaştırılmıştır. Fonksiyonel yetersizlik ölçümleri sonuçlarında, klasik tedavi sonuçlarına göre yoga programının daha etkili olduğu görülmüştür (Atılğan, 2018). Tran ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında, 8 hafta düzenli hatha yoga pratiğinin, fiziksel uygunluğun sağlıkla ilgili yönlerinin iyileştirilmesinde önemli faydalar sağlayabileceğini göstermiştir. Bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan ve PMS problemi olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında premenstrüel sendrom toplam düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Ayrıca çalışmamız PMS bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında fiziksel fonksiyonellik değerlerinin arttığını göstermektedir. Literatürde araştırmamız ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.

Premenstrüel sendromda beslenmenin önemli olduğu, fazla karbonhidrat alma, aşırı yeme, aşırı kafein tüketmenin PMS belirtilerini artırdığı bilinmektedir. Bu dönemde yüksek kalorili yiyecekler kısıtlandığında ve düzenli egzersizler yapıldığında yakınmaların azaldığı görülmüştür (Güneş ve diğ., 1997).

Menstrüel şikayetlerle baş etmede beslenmenin düzenlenmesi ve gevşeme yöntemleri (düzenli egzersiz, stresle baş etme yolları) uygulanması konusunda genç kızların desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Taşçı, 2006).

Warren ve Baker (1992) yaptıkları çalışmada PMS şikayetlerini çözümleyebilmek için destek sistemleri geliştirmenin, öfke ile baş etmeyi öğrenmenin, stres azaltma yöntemlerinin, egzersiz programlarının, düzenli-uygun beslenmenin, ilaç tedavisinden daha etkin olabileceğini belirtmiştir. Ronkainen ve arkadaşları (1984) yaptıkları çalışmada fiziksel egzersizin PMS şikayetlerini azalttığını bulmuşlardır.

Gönüllülerin, fiziksel rol ön test değerine ($\bar{x}=11,250$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=100,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Bedensel ağrı ön test değerine ($\bar{x}=33,050$) göre son test değerindeki ($\bar{x}=56,250$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Araştırmamızın sonucunda, premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında fiziksel rol ve bedensel ağrı düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bedensel ağrı düzeyinin artış gösterme nedeni, gönüllü olarak çalışmamıza katılan kadınların sadece 12 haftalık bir programa katılmış olmaları ve alışkın olmadıkları bazı fiziksel aktivitelere maruz kalmaları olarak düşünülebilir. Daha uzun süreli bir çalışmada bu sonucun değişiklik göstereceği düşünülmektedir.

Şahin (2013) çalışmasında, yaşlıların en düşük yaşam kalitesi puanını fiziksel rol, en yüksek puanını ruhsal sağlık alt boyutlarından aldıklarını vurgulamıştır. Amerika'da yaşlılarla ilgili yapılan bir çalışmada da, sosyal işlevsellik alt boyutu puanı en yüksek, fiziksel rol alt boyutu puanı en düşük olarak belirtilmiştir (White ve diğ., 2014). Rakhshae (2011) yaptığı çalışmada, yoga yapan kız öğrencilerde dismenore şiddeti ve süresinin azaldığını, yoganın güvenli ve basit bir tedavi yöntemi olduğunu belirtmiştir.

Kaya ve arkadaşları (2008) eğitim seviyesi ilkokul ve üzeri olan yaşlıların okula gitmeyen yaşlılara göre, fiziksel rol alt boyutundan anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları belirtilmiştir.

Williams ve diğ. (2005) kronik bel ağrısı olan bir grup hastada yoganın etkinliği üzerine yapmış oldukları çalışmada, yoga uygulamasından sonra hastalarda spinal eklem hareket açıklığı ölçümlerinde artış olduğu saptanmıştır. Atılğan (2013) ise çalışmasında yoga egzersizlerinin kronik bel ağrısı olan bireylerde, eklem hareketini, esnekliği, fonksiyonel kapasiteyi, kas kuvvetini ve denge skorlarını artırdığı, ağrıyı ve depresyonu azalttığı, fonksiyonel yetersizliği olumlu etkilediği ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlandığı sonucuna varmıştır.

Field ve diğ. (2013) de çalışmalarında prenatal yoga programının gebelerin sırt ve bacak ağrılarını hafiflettiğini bulmuşlardır. Altınel ve diğ. (2008) Afyonkarahisar'da yaptıkları çalışmaya göre kadınlarda bel ağrısı görülme oranı %63,2'dir. Gür ve diğ. (2000) yaptıkları etyolojik çalışmaya göre kadınlarda KBA görülme oranı %63,8 olarak bulunmuştur. 1988'de ABD'de KBA'lı hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmada %70,3'ünün kadın olduğu görülmektedir (Andetsson, 1999).

Henchoz ve Kai-Lik-So(2008) çalışmalarında, bel ağrılı olgularda germe egzersizlerinin çok önemli olduğu, egzersiz programları içerisinde yer alması gerektiği, özellikle bacak, kalça ve gövde kasları germelerinin haftada en az 2 veya 3 kez yapılması gerektiği vurgulamışlardır.

Evans ve diğ. (2010)'e göre, fizyoterapi ve yoga programları bel ağrılı olgularda ağrıyı önemli ölçüde azaltır. Sadece yoga ile yapılan çalışmaların da bel ağrısını azalttığı bildirilmiştir (Salmon ve diğ., 2009; Schultz ve diğ., 2011).

Gönüllülerin genel sağlık önce değerine ($\bar{x}=41,500$) göre genel sağlık sonra değerindeki ($\bar{x}=79,400$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Canlılık önce değerine ($\bar{x}=25,750$) göre canlılık sonra değerindeki ($\bar{x}=73,000$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Bu sonuç, araştırma grubumuzdaki premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında genel sağlık ve canlılık düzeylerinin arttığını göstermektedir. Çalışmamız ile benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar bulunmaktadır.

Atılğan (2015) sağlıklı kadınlarda yoga temelli egzersizlerin esnekliği artırdığı ancak yaşam kalitesi, depresyon ve fiziksel aktivite seviyesinde değişiklik

oluşturmadığı görüldüğünü söylemiş ve yoga temelli egzersiz programının genel sağlık ve esnekliği korumak amacıyla sağlıklı bireylerde uygulanabileceği düşünüldüğünü bildirmişlerdir.

Tüzün ve arkadaşları (2004), yoga eğitiminin ağrı, fiziksel işlevler, sosyal işlevler, genel sağlık algılaması ve denge üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Güzel ve Baysal (2017) araştırma sonuçlarına göre, yoga etkinlikleri öncesinde kızların sedanter yaşam tarzını benimsediklerini ve sağlıksız yiyeceklerle beslenerek serbest zamanlarını bu tip etkinliklerle boşa harcadıklarını, yoga ile bedensel egzersiz yaparak zamanlarını daha verimli geçirdikleri sonucu ortaya çıkmıştır. Yoga ile fiziksel sağlıklarına kavuşan ve bunun önemini kavrayan katılımcıların yaşamları boyunca bu bilinçle devam edebilecekleri söylenebilir.

Koçak ve Özkan (2010), yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık puanları ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Genel olarak, zihin ve vücut kontrol teknikleri, biliş üzerine potansiyel yararlı etkilere sahip olabilir, çünkü bunlar aktif dikkat alıştırılmalarını içerir. Örneğin; yoga uygulamasının öznenin dikkat ve nefes alma konusundaki dikkatini artırdığı ve dikkati çekmede genel bir iyileşmeye işaret ettiği gösterilmiştir (Oken ve diğ., 2006).

Gönüllülerin sosyal fonksiyonellik önce değerine ($\bar{x}=65,000$) göre sosyal fonksiyonellik sonra değerindeki ($\bar{x}=93,125$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Duygusal rol önce değerine ($\bar{x}=23,333$) göre duygusal rol sonra değerindeki ($\bar{x}=96,667$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Elde ettiğimiz sonuç, araştırmamızdaki PMS bozukluğu olan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol düzeylerinin arttığını göstermektedir. Literatürde araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 729 erken evre meme kanserli sağ kalanda yapılan multietnik kohort çalışmada önerilen seviyede fiziksel aktivite yapmanın meme kanseri sağ kalanlarında enerji seviyesini, sosyal

fonksiyon, duygusal roller ve genel yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmiştir (Smith ve diğ., 2009).

Gellis ve Bruce (2010) evde bakım kapsamında kardiyovasküler hastalığı ve esik altı depresyonu olan bireylerle yaptıkları pilot çalışmada müdahale grubuna sorun çözme terapisi uygulamış ve çalışma sonucunda müdahale grubundaki kişilerin depresif semptomları azalırken yaşam kalitesi alt gruplarından mental sağlık ve duygusal rol işlevleri alt boyutlarında artış olmuştur.

Bah ve diğ. (2014) çalışmalarında, 69 SDBY tanılı hastada SF-36 formu kullanarak yaptıkları çalışmada, yaşam kalitesinin genç yaşta anlamlı olarak daha iyi olduğunu, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü ve ağrı parametreleri ile de anlamlı ilişkisi olduğunu göstermişlerdir.

Duyan (2007)'in iş ve yaşam tatmininde yoganın etkileri üzerine yapmış olduğu çalışmada elde ettiği bulgular değerlendirildiğinde, 12 hafta boyunca sürdürülen yoga çalışmalarının deney grubu katılımcılarının iş ve yaşam tatmini seviyelerinde pozitif bir etki yarattığı, kontrol grubunda ise her iki seviyede de anlamlı bir değişiklik meydana geldiği görülmüştür. Yoga grubu katılımcılarında meydana gelen bu etki iş tatmini boyutunda yaşam tatminine oranla daha az olmakla beraber her iki seviyede de bir artış meydana geldiği ortaya çıkmıştır.

Gönüllülerin ruh sağlığı ön test değerine ($\bar{x}=43,400$) göre ruh sağlığı son test değerindeki ($\bar{x}=75,200$) artış anlamlı bulunmuştur ($p=0,000<0,05$).

Bu sonuç, araştırmamızdaki premenstrüel sendrom sorunu yaşayan kadınların yoga aktiviteleri sonrasında ruh sağlığı düzeylerinin arttığını göstermektedir. Benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar literatürde mevcuttur.

Smitha ve diğ. (2007) yaptıkları çalışmada yoganın anksiyete ve stresi azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı ve ruh sağlığını iyileştirmeye katkı sağladığı aktarılmıştır.

Gross ve arkadaşlarının (2010) organ nakli olan hastalarda beden taraması, oturma meditasyonu, hassas hatha yoga ve yürüme meditasyonunu kullanarak yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, farkındalık temelli stres azaltma programına katılan hastaların uyku kalitelerinin, canlılıklarının ve mental sağlıklarının daha

iyi olduğu saptanmıştır. Programa katıldıktan bir yıl sonra hastaların anksiyete, depresyon seviyeleri azalmış, uyku kalitesi, canlılık, ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri başlangıç seviyesine göre artmıştır.

Ghaffarilaleh ve arkadaşlarının (2019) alışmalarında, PMS'li kadınlarda yoga, depresyon parametrelerinden hesaplanan depresyon genel puanlarını Beck Depresyon Envanter leği'nden olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Ayrıca, yoga grubunda müdahale sonrası diyastolik basınç anlamlı derecede azalırken, sistolik basınç ve kalp atışı, yoga müdahalesinden önce ve sonra değişiklik göstermemiştir.

Taşpınar (2010) 20-40 yaş arası 51 yetişkin birey ile yaptığı araştırmada, bireyleri hatha yoga grubu, dirençli egzersiz grubu ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayırmış ve psiko-sosyal faktörlerin etkinliğine bakmıştır. Yoga grubu ve dirençli egzersiz grubu karşılaştırıldığında her iki grupta da psiko-sosyal faktörlerin benzer düzeyde geliştiği gösterilmiştir.

ner ve Biçer (2017) yoganın kadın sporcularda psikolojik esenlik düzeyine etkisi başlıklı çalışmalarının sonucu olarak, yoganın kadın sporcularda psikolojik esenliği olumlu yönde etkilediğini ortaya çıkmıştır. Torgutalp (2018) yoga pratiğindeki asana, pranayama ve meditasyonun beyin dalgaları üzerine etkisi başlıklı çalışmasının sonucuna göre; asana, pranayama ve meditasyon uygulamalarını içeren yoga pratiğinin; alfa, beta ve teta dalgalarındaki aktivasyonla algılama, bellek, ruh hali ve anksiyete üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra alternatif burun solunumu; kontralateral beyin yarı küresinin aktivasyonu ile nörokognitif yararlar ek olarak hemisferler arası tutarlılığı ve simetriyi sağlamaktadır.

12 haftalık yoga egzersizinin, PMS (premenstrüel sendrom) sorunu olan kadınlara anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışma sonucuna göre, premenstrüel sendrom bozukluğu olan kadınlara yoga aktiviteleri sonrasında; depresyon, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünce, ağrı, iştah, şişkinlik ve uyku değerleri düzeylerinin düştüğü, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol ve ruh sağlığı düzeylerinin arttığını ortaya çıkmıştır.

ÖNERİLER

Toplumsal olarak PMS'nin ciddi bir sağlık problemi olarak ele alınması,

PMS semptomlarıyla baş etme stratejileri geliştirilmesi ve kadınlara hizmet sunan uzmanların yetiştirilmesi,

Yoga çalışmalarının gündelik yaşamda olduğu kadar kadınların yaşantılarında da yardımcı olabileceği düşüncesi ile yaygınlaştırılması ve devletin bu konuda özellikle kadınları teşvik edecek sosyal pazarlama kampanyaları yürütmesi,

Bu uygulamaların kadınların genel yaşamına getireceği pozitif etkilerin yanında iş yaşantısına yapacağı katkılar da göz önüne alınarak, iş hayatında bu tarz aktivitelerin yaygınlaştırılmasının sağlanması,

Farklı coğrafi bölgelerde, daha uzun süreli ve daha büyük örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması,

Yoganın kadınlarda yaşam kalitesini yükseltmedeki etkisi medyada daha geniş yer almasının sağlanması,

Kadınların yoga uygulamalarına yönelik eğitim programlarına katılmasının teşvik edilmesi,

Yoga uygulaması konusunda danışmanlık ve rehberlik uygulamalarının toplumun her kesimine ulaştırılabilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abraham, G. E. ve Taylor, R. J. (1991). Current Obstetrics and Gynecology. *Lange & Appleton* (ss. 100-105).
- Acar, B. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (ss. 810-819). Ankara: Güneş Kitapevi.
- ACOG. (2016). 9 Mayıs 2016 tarihinde www.acog.org/ adresinden erişildi.
- Adams, J. M. (2009). Understanding Exercise Dependence. *J. Contemp Psychother.* 39, 231-240.
- Adewuya, O. A., Loto, M. O. ve Adewumi, A. T. (2009). Pattern and Correlates of Premenstrual Symptomatology Amongst Nigerian University Students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 30(2), 127-132.
- Adıgüzel, H., Taskın, O. ve Danacı, A.E. (2007). Manisa İnde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 1-8.
- Akdeniz, F. ve Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri.* 2,70-74.
- Akkaş Gürsoy, A. (2001). Ameliyat Öncesi Dönemde Yaşanan Kaygının Hastanın İyileşme Sürecine Etkisi. *Hacettepe Ün. Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi*, 8(2), 114-119.
- Aldınç, H., Aytar, B., Demetçi, E.M., Seçen, E. A., Şahin, A. ve Yılmaz, H. (2004). Ankara İlinden Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Mediko Sosyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.*
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2000). Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Milli Eğitim Dergisi*, 145,15-19.
- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M. W. ve Baste, V. (2006). Low Health-Related Quality Of Life Among Abused Women. *Quality of Life Research.* 15,959- 965.

Altinel, L., Köse, K. Ç., Ergan, V., Işık, C., Aksoy, Y., Özdemir, A., Toprak, D. ve Doğan, N. (2008). Afyonkarahisar İlinde Erişkinlerde Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Acta Orthopaedica et Traumatologia Turcica*. 42,328-333.

Altıparmak, S. ve Eser, E. (2007). 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Aile ve Toplum* (ss. 29-33).

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (Dördüncü Baskı)*. Washington DC. American Psychiatric Association (E. Köroğlu, Çev., 2001) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ananthanarayanan, T. V. ve Srinivasan, T. M. (1994). Asana-Based Exercises for the Management of Low-Back Pain. *J Int Assoc Yoga Therapists*. 4, 6-15.

Andetsson, G. B. J. (1999). Epidemiological Features of Chronic Low Back Pain. *Lancet*. 354, 581-585.

Anson, O. (1999). Exploring the Bio-Psycho-Social Approach to Premenstrual Experiences. *Social Science & Medicine*. 49, 67-80.

Appeal, F. (2001, Nisan). Hatha Yoga Therapy. *The Stage*. 12, 28-29.

Aras, D. (2015). Isparta İl Merkezinde Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri, Risk Algıları ve Yaşam Kalitesiyle ilişkisi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* (ss. 62-67).

Arıöz, A. (2009). Premenstrüel Sendrom (PMS) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde PMS Semptomlarının Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Araştırılmasında Eğitimin Etkileri.

Arpacı, F. ve Ersoy, A. F. (2007). Kadının Çalışmasının Ailesinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Aile ve Toplum*. 3, 41-49.

Arpita, H. J. (1983). Physiological and Psychological Effects of Hatha Yoga: A Review of the Literature. *Research Bulletin Himalayan International Institute*. 5, 25-43.

Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler, Uzmanlık Tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Isparta.

Arslan, E. (1999). Premenstrüel Sendrom ve Tedavisinde Son Görüşler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 52, 237-241.

Arslan, Ş. ve Gökçe-Kutsal, Y. (1999). Geriatrie Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *TürkGeriatrı Dergisi*,4(2), 173-178.

Atasü, T. ve Şahmay, S. (2001). Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). *Nobel Tıp Kitabevleri* (ss. 524-525).

Atılğan, E. (2013). Kronik Bel Ağrılı Olgularda Yoganın ve Fizyoterapi Programının Yaşam Kalitesi, Denge, Ağrı Düzeyi ve Uyku Kalitesi Üzerine.

Atılğan, E., Tarakçı, D., Polat, B., ve Alğun, C. (2015). Sağlıklı Kadınlarda Yoga Temelli Egzersizlerin Esneklik, Yaşam Kalitesi, Fiziksel Aktivite ve Depresyon Üzerine Etkilerinin Araştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2(2), 41-46.

Atılğan, E. ve Erbahçeci, F. (2018). Kronik Bel Ağrılı Bireylerde Yoga ve Fizyoterapi Programının Yaşam Kalitesi, Denge, Ağrı Düzeyi ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 5(3), 158-166.

Atık, H., (2007) Psikiyatri Hastalarında Aneztezili Eloktorokonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkinliği, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi*, İstanbul.

Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.

Bah, A. O., Nankeu, N., Balde, M. C., Kaba, M. L., Bah, B. K. ve Rostaing, L. (2014). Quality of Life of Patients with End-Stage Renal Disease in Guinea. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 25(13), 46-51.

Bahçetepe, D. Ç. (2012). Premenstrüel Astım Prevalansı ve Değerlendirilmesi, Astımlı Kadınlar ile Sağlıklı Kadınların Premenstrüel Semptomlar açısından Karşılaştırılması.

Balcıoğlu, G. (2002). Anksiyete Bozukluklarının Psikoendokrinolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 45-51.

Baltaş, Z., “Stress and Anxiety Research Society”, 19. *International Conference*, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, s.1-4, 1998.

Baram, Z., (1992) Koroner Anjiografi Olacak Hastaların Anksiyetelerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi*, İstanbul.

Baş Aslan, U. ve Livanelioğlu, A. (2003). Hatha Yoganın ve Kalistenik Egzersizlerin Statik Denge Üzerindeki Etkileri. *Spor Bilimleri Dergisi*, 14(2), 83-91.

Baş, U., (1998) Hatha Yoga ve Klasik Egzersiz Yaklaşımının Sağlıklı Gençlerde Postür ve Fiziksel ve Fizyolojik Uygunluk Özellikleri Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, s. 86.

Başoğlu, S. T., (2007) Sınav Kaygısı ile Özgüven Arasındaki İlişkinin Erinlik Döneminde İncelenmesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Bilimleri ve Felsefe Anabilim Dalı, Psikoloji*, İstanbul.

Baysal, B. (2004). Jinekoloji, I.T.F. *Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları (Birinci Baskı)*. Berkmen (Ed.), (ss. 41-48). İstanbul: Nobel Kitabevleri.

Bektaş, M., (1995) Bir Gmp Çalışan Kadında Premenstrüel Disforik Bozukluk Yaygınlığı ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Olan İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Tıbbi Psikoloji Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.

Berger, B. G. ve Owen, D. R. (1992, Aralık). Mood Alteration with Yoga and Swimming: Aerobic Exercise May Not be Necessary. *Percept Mot Skills*. 75(3 Pt 2), 1331-1343.

Berger, B. G. ve Owen, D. R. (1988). Stress Reduction and Mood Enhancement in Four Exercise Modes: Swimming, Body Conditioning, Hatha yoga and Fencing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 59(2), 148–159.

Berrios, G. E. (1996). The History of Mental Symptoms. Cambridge. *Cambridge University Pres*.

- Bertone-Johnson, E. R., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Johnson, S. R. ve Manson, J. E. (2010). Adiposity and the Development of Premenstrual Syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*. 19(11), 1955-1962.
- Bilge, A. ve Pektaş, İ. (2004). Öğrencilerin Sosyo-Kültürel Özellikleri, Durumluk, Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Başa Çıkma Becerilerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20(1), 47-55.
- Birkel, D. A. ve Edgren, L. (2000). Hatha Yoga: Improved Vital Capacity of College Students. *Alternative Therapies in Health and Medicine*.6(6), 55–63.
- Bostancı, A. (2010, Eylül). Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi.
- Bradly, P. (2004). Jacops. Feasibility of Conducting a Clinical Trial on Hatha Yoga for Chronic Low Back Pain: Methodological Lessons. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 10(2), 80-83.
- Braverman, P. K. ve Sondheimer, S. J. (1997). Menstrual Disorders. *Pediatr Rev*. 18(1), 17-25.
- Brenda, W. J. H., Penninx, W., Rejeski, Jack, Pandya, Jasma, Miller, M. E., Bari, M. D., Applegate, W. B., and Pahor, M. (2002). Exercise and Depressive Symptoms: A Comparison of Aerobic and Resistance Exercise Effects on Emotional and Physical Function in Older Persons With High and Low Depressive Symptomatology. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 57, 124–132.
- Bryant, M., Cassidy, A., Hill, C., Powell, J., Talbot, D. ve Dye, L. (2005). Effect of Consumption of Soy Isoflavones on Behavioural, Somatic and Affective Symptoms in Women with Premenstrual Syndrome. *Br J Nutr*. 93(5), 731-739.
- Cameron, M. E. (2002). Complementary/Alternative Therapies in Nursing, Yoga. Snyder ve Ruth Lindquist (Ed.), *NY: Springer Publishing Company*, 88.
- Candansayar, S., Sağduyu, A., Ögel, K. ve Coşkun, B. (1997). *Birinci Basamakta Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Tanı Tedavi Rehabilitasyon (İkinci Baskı)*. (ss. 59-61). Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı.

Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S. ve Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29(3), 199-205.

Chocano-Bedoya, P. O., Manson, J. E., Hankinson, S. E., Johnson, S. R., Chasan-Taber, L. ve Ronnenberg, A. G. (2013). Intake of Selected Minerals and Risk of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol*. 177(10), 1118-1127.

Clare, A. W. (1985). Premenstrual Syndrome: Single or Multiple Causes? *Can J Psychiatry*. 30(7), 474-482.

Coombes, R. (2000). The Violent Curse of East Enders Jackie. *Nursing Times*. 96(22), 13.

Cramer, H. ve Lauche, R. (2013). Yoga for Schizophrenia a Systematic Review and Meta Analysis. *Biomed Central Psychiatry*. 110, 4-6.

Cross, G. B., Marley, J., Miles, H. ve Willson, K. (2001). Changes in Nutrient Intake During the Menstrual Cycle of Overweight Women with Premenstrual Syndrome. *Br J Nutr*. 85(4), 475-482.

Culos-Reed, S. N., Carlson, L. E., Daroux, L. M. ve Hatley-Aldous, S. (2006). A Pilot Study of Yoga for Breast Cancer Survivors: Physical and Psychological Benefits. *Psychooncology*. 15(10), 891-897.

Cusumano, J. A. ve Robinson, S. E. (1992). The Short-Term Psychological Effects of Hatha Yoga and Progressive Relaxation on Female Japanese Students. *Applied Psychology: An International Review*. 42, 77-90.

Çorapçioğlu, A., Doğan, O., Karşlı, B. ve Gönüllü, M., “ Ameliyat Öncesi Bunaltı Belirtileri”, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, s.139-143 1993.

Danker-Hopfe, H., Roczen, K. ve Lowenstein-Wagner, U. (1995). Regulation of Food Intake During the Menstrual Cycle. *Anthropologischer Anzeiger*. 53, 231–238.

- Demir, B., Algül, L. Y. ve Güven, E. S. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 262-270.
- Demir, Y., (2008) Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Sırasında Yapılan Soğuk Uygulamanın Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı*, İzmir.
- Demirkıran, S., (2012) Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı*, İstanbul.
- Dereboy, Ç., Dereboy, İ. F., Yiğitöl, F. ve Coşkun, A. (1994). Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 83-90.
- Dıraz, N. (2008). Kronik Bel Ağrılı Hastalarda Yoga Temelli Egzersizlerin Etkinliği.
- Diagnoses and Statistical Manual of Mental Disorders (1982). *Third Edition Revised*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Dickerson, L. M., Mazyck, P. J. ve Hunter, M. H. (2003). *Premenstrüel Syndrome American Family Physician*. 67(8), 1743.
- Dilbaz, N. (1992). Premenstrüel Sendrom. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 42.
- Dinç, Ö., (2010) Üniversite Öğrencilerinin Premenstrüel Sendrom Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Karaman.
- Duenas, L. J., Lete, I., Bermejo, R., Arbat, A., Perez-Campos, E., Martinez-Salmean, J., Serrano, I., Doval, L. J. ve Coll, C. (2011). Prevalance of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Representative Cohort of Spanish Women of Fertile Age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 156, 72-77.
- Duyan, E. C. (2008). Çalışma Yaşamında Yoga: İş Tatmini ve Stres Yönetiminde Etkileri Üzerine Bir Araştırma.

- Dye, L. ve Blundell, J. E. (1997). Menstrual Cycle and Appetite Control: Implications for Weight Regulation. *Human Reproduction*. 12, 1142-1151.
- Ege, E. (2009). Premenstrüel Sendrom (PMS) Sorunu Olan Üniversite Öğrencilerinde PMS Semptomlarının Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Araştırılmasında Eğitimin Etkinliği.
- Eke, A. C., Akabuike, J. C. ve Maduekwe, K. (2011). Predictors of Premenstrual Syndrome Among Nigerian University Students. *Int J Gynaecol Obstet*. 112(1), 63-64.
- Ekşi, F., (2006) Rehber Öğretmenlerin Okul İklimi Algıları İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı*, İstanbul.
- Erbil, N., Karaca, A. ve Kırış, T. (2010). Investigation of Premenstrual Syndrome and Contributing Factors Among University Students. *Turk J Med Sci*. 40(4), 565-573.
- Erci, B., Okanlı, A. ve Kılıç, D. (1999). Premenstrüel Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2), 14-26.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*. 1, 1-5.
- Evans, D. D., Carter, M., Panico, R., Kimble, L., Morlock, J. T. ve Spears, M. J. (2010, Kasım). Characteristics and Predictors of Short-Term Outcomes in Individuals Self-Selecting Yoga or Physical Therapy for Treatment of Chronic Low Back Pain. *Physical Medicine Rehabilitation*. 2(11), 1006-15.
- Felce, D. ve Perry, J. (1997). Quality of Life: the Scope of the Term and its Breadth of Measurement. Brown (Ed.), *Quality of Life for People with Disabilities, Models, Research and Practice* (ss. 56-71).
- Ferreira, M. L., Smeets, R. J. E. M., Kamper, S. J., Ferreira, P. H. ve Machado, L. A. C. (2010). Can We Explain Heterogeneity Among Randomized Clinical Trials of Exercise for Chonic Back Pain? A Meta-Regression Analysis of Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy*. 90, 1383-1403.

Ferreira-Vorkapic, C., Feitoza, J. M., Marchioro, M., Simões, J., Kozasa, E. ve Telles, S. (2015). Are There Benefits From Teaching Yoga at Schools? A Systematic Review of Randomized Control Trials of Yoga-Based Interventions. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.

Feuerstein, T. (2000). Yoga and the Back. A Web-Based Reference List. Publication of Yoga Research and Education Center. *Lower Lake CA*.

Field, T., Diego, M., Delgado, J. ve Medina, L. (2013). Tai Chi/Yoga Reduces Prenatal Depression, Anxiety and Sleep Disturbances. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 19, 6-10.

Field, T., Diego, M. ve Medina, L. (2013). Yoga and Social Support Reduce Prenatal Depression, Anxiety and Cortisol. *J Bodyw Mov Ther*. 17(4), 397-403.

Field, T. (2011). Yoga Clinical Research Review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 17, 1-8.

Figert, E. A. (2005). Premenstrual Syndrome as Scientific and Cultural Artifact. *Integrative Physiological & Behavioral Science*. 40(2), 102-113.

Freeman, E. W. (1998). Halberich U: Premenstrual Syndromes. *Psychopharmacol Bull*. 34, 291–295.

Galantino, M. L. (2002). Yoga An Evidence-Based Summary Monograph. *Natural Standard*.

Galantino, M. L., Bzdewka, T. M. ve Eissler-Russo, J. L. (2004, Mart-Nisan). The Impact of Modified Hatha Yoga on Chronic Low Back Pain: A Pilot Study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 10(2), 56–59.

Gangadhar, B. N. ve Varambally, S. (2011). Yoga as Therapy in Psychiatric Disorders: Past, Present, and Future. *Biofeedback*. 39, 60-63.

Garfinkel, M. S., Schumacher Jr, H. R., Husain, A. ve diğ. (1994). Evaluation of a Yoga Based Regimen for Treatment of Osteoarthritis of the Hands. *Journal of Rheumatology*, 21(12), 2341–2343.

Garfinkel, M. S., Singhal, A., Katz, W. A., Allan, D. A., Reshetar, R. ve Schumacher, H. R. Jr. (1998, 11 Kasım). Yoga-Based Intervention for Carpal

Tunnel Syndrome: A Randomized Trial. *Journal of American Mathematical Association*, 280(18), 1601-1603.

Gatchel, R. E. (2001). Compendium of Outcome Instruments for Assessment and Research of Spinal Disorders. North American Spine Society. *La Grange (İkinci Baskı)*.

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. ve Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol.* 106,1071-1083.

Gellis, Z. D. ve Bruce, M. L. (2010). Problem-Solving Therapy for Subthreshold Depression in Home Healthcare Patients with Cardiovascular Disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 18(6), 464-474.

Gençtan, E. (1981). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. Ankara: Maya Matbaacılık Yayıncılık Lt. Şti. Yayınları Eğitim Dizisi.

Gençtan, E. (1992). Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar (ss. 159-161). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Glover, V. (2011). Stress and Pregnancy (Prenatal and Perinatal). *Encyclopedia on Early Childhood Development* (ss. 1-27).

Goldstein, S., Halbreich, U., Endicott, J. ve Hill, E. (1986). Premenstrüel Hostility, Impulsivity and Impaired Social Functioning. *J Psychosom Obstetrics & Gynecology*. 5, 33 38.

Gong, H., Chenxu, N., Xiaoliang, S., Tengyun, W. ve Chunlei, J. (2015). Yoga for Prenatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bmc Psychiatry*. 15(14), 2- 8.

Gross, C. R., Kreitzer, M. J., Thomas, W., Reilly-Spong, M., Cramer-Bornemann, M., Nyman, J.A., ve diğ., (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction for Solid Organ Transplant Recipients: A Randomized Controlled Trial. *Altern Ther Health Med*. 16(5), 30-38.

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

Greendale, G. A., McDivit, A., Carpenter, A. ve diğ. (2002). Yoga for Women with Hyperkyphosis: Results of a Pilot Study. *American Journal of Public Health*, 92(10), 1611–1614.

Güler, M. (2010). Yoga Egzersizlerinin, Çalışanlarda Esenlik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.

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

Gür, A., Nas, K., Çevik, R., Erdoğan, F. ve Saraç, J. (2000). Kronik Bel Ağrılı Hastalarımızın Etyolojik Yönden Değerlendirilmesi. *Romatizma*. 15, 191-198.

Halbreich, U. (2010). Women’s Reproductive Related Disorders (Rrds). *J Affect Disord*. 122(1-2), 10-13.

Hallman, J. ve Georgiev, N. (1987). The Premenstrüel Syndrome and Absence From Work Due to Illness. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 6, 111-119.

Hausenblas, H. A. ve Downs, D. S. (2002). How Much is Too Much? The Development and Validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*. 17, 387-404.

Haywood, A., Slade, P. ve King, H. (2007). Psychosocial Associates of Premenstrual Symptoms and the Moderating Role of Social Support in a Community Sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 9-13.

Henchoz, Y. ve Kai-Lik So, A. (2008). Exercise and Nonspecific Low Back Pain: A Literature Review. *Joint Bone Spine*. 75, 533-539.

Henrich, J. B. (2004). *Kadın Sağlığına Yaklaşım İçinde: Cecil Textbook of Medicine*. Goldman ve Ausiello (Ed.), (S. Ünal, Çev.) (22. Baskı). 2, 1495– 1509. Güneş Kitapevi.

Hollins-Martin, C. J., Van den Akker, O. B. A., Martin, C. R. ve Preedy, V. R. (2014). Handbook of Diet and Nutrition in the Menstrual Cycle, Periconception and Fertility: *Wageningen Academic Publishers*.

Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A. ve Buitelaar, J. K. (2003). Stress During Pregnancy is Associated with Developmental Outcome in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810–818.

Hurley, D. A., Eadie, J., O'Donoghue, G., Kelly, C., Lonsdale, C., Guerin, S. ve diğ. (2010). Physiotherapy for Sleep Disturbance in Chronic Low Back Pain: A Feasibility Randomised Controlled Trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* (ss. 11-70).

Innes, K. E. ve Selfe, T. K. (2016). Yoga for Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review of Controlled Trials. *Journal of Diabetes Research*, 23, 1-15.

Işık, E. ve Uzbay, T. (2008). *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji (Birinci Baskı)*. Ankara: Golden Medya.

Ives, J. ve Sosnoff, J. (2000). Beyond the Mind-Body Exercise Hype. *The Physician and Sports Medicine*. 38(3), 67–81.

Iyengar, B. K. S. (2008). *Yoga*. DK Publishing. New York.

İsmail, K. M. ve O'Brien, S. (2005). Premenstrüel Syndrome Cuent. *Obstetrics&Gynaecology*. 15, 25-30.

Janakananda, S. (2001). *Yoga* (ss. 8). İstanbul: Okyanus Yayıncılık.

Javnbakht, M., Hejazi Kenari, R. ve Ghasemi, M. (2009). Effects of Yoga on Depression and Anxiety of Women. *Complementary Therapies in Clinical Practise*. 15, 102-104.

Jiang, Q., Wu, Z., Zhou, L., Dunlop, J. ve Chen, P. (2015). Effects of Yoga Intervention During Pregnancy: A Review for Current Status. *American Journal of Perinatology*, 32(6), 503-514.

Kangas, M., Henry, J. L. ve Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic Stress Disorder Following Cancer. A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Rev.* 22(4), 499-524.

Kantos, M. (2004). Biographical Analysis of Quality of Life in Migration. Latzer, Van Below ve Staffregen (Ed.), *Advances in Quality of Life Studies Theory and Research. Kluwer Academic Publishers* (ss. 139-149).

Karadağ, F. (2001). Adet Öncesi Disforik Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası.* 5(1), 11–14.

Karaman, S., (2009) Sağlık ile İlgili Programlarda Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi,*Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Kayseri.

Karamustafaloğlu, O. ve Akpınar, A. (2010). Anksiyete Bozuklukları. Karamustafaloğlu (Ed.), *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri (Birinci Baskı)* (ss. 71-88). İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık.

Karamustafaloğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). *Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları(Gözden Geçirilmiş).* 2(45).

Kathleen, M., Lustyk, B. ve Gerrish, W. G. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise *In: Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures.* Preedy ve Watson (Ed.).

Kaya, M., Aslan, D., Vaizoğlu, S. A., Doruk, C., Dokur, U., Biçici, V., Gülen, T., Dursun, A., Erayman, A. ve Ertekin, Ö. (2008). Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. *Türk Geriatri Dergisi,* 11(1), 12-17.

Kessel, B. (2002). Expanding Choices in Treating Premenstrual Dysphoric Disorder. *Advanced Studies in Medicine.* 2(15), 536-540.

Kessler, R. C., Mcgonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. ve Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of Dsm-Iıı Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 51, 8–19.

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

Kıvrak, A. O. ve Taşğın, Ö. (2010). Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Düzeyleri. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15, 110-119.

Kızılkaya, N. (1994). Premenstrüel Distres ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni*. 8(31), 84-90.

Kızılkaya, N., (1994) Premenstrüel Şikayetlerin Hafifletilmesinde Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği,Doktora Tezi, *İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı*.

Kişnişci, H. (1996). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara: Güneş.

Kocabaşoğlu, N., “Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış”, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 175-184, 2008.

Koci, A. ve Strickland, O. (2006). Relationship of Adolescent Physical and Sexual Abuse to Premenstrual Symptoms (PMS) in Adulthood. *Issues in Mental Health Nursing*. 28, 75–87.

Koçak, F. Ü. ve Özkan, F. (2010). Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi.

Türkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences,2(1), 46-54.

Konter, E. (1996). *Sporda Stres ve Performans* (ss. 28-41). İzmir: Saray Yayınları.

Köknel, Ö. (2004). *Korkular, Takıntılar, Saplantılar (Beşinci Baskı)* (ss. 142). İstanbul: Altın Kitapları.

Malathi, A. ve Damodaran, A. (1999). Stress Due to Exams in Medical Students—Role of Yoga. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*,43(2), 218–224.

Managing Premenstrüel Symptoms. 15 Haziran 2011 tarihinde [http://www.arhp.org/ Publications-and- Resources/ Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/ PMS/using](http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Quick-Reference-Guide-for-Clinicians/PMS/using) adresinden alındı.

Manjunath, N. ve Telles, S. (1999). Factors Influencing Changes in Tweezer Dexterity Scores Following Yoga Training. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*,43(2), 225–229.

Maranets, I. ve Kain, Z. N. (1999). Preoperative Anxiety and Intraoperative Anesthetic Requirements. *Anesth Analg.* 89, 1346-1351.

Mc Kinney, E. S. (2000). *Maternal- Child Nusing (Birinci Baskı)*.(ss. 788-791). Philadelphia Soundeis Company.

Mc Kinney, E. S., Murray, S. S., James, S. R. ve Ashwill, T. W. (2005). *Maternal-Child Nursing (İkinci Baskı)*. (ss. 778-780). W.B. Saunders Company.

Mc Vay, M. A., Copeland, A. L., Newman, H. S. ve Geiselman, P. J. (2012). Food Cravings and Food Cue Responding Across the Menstrual Cycle in a Non-Eating Disordered Sample. *Appetite.* 59(2), 591-600.

Mercan, S. Deri Hastalıklarının Psikojenik Sonuçları ve Komorbiditeler.

Merete, C., Falcon, L. M. ve Tucker, K. L. (2008). Vitamin B6 is Associated with Depressive Symptomatology in Massachusetts Elders. *J Am Coll Nutr.* 27(3), 421-427.

Mishell, D. R. (2005). Premenstrual Disorders: Epidemiology And Disease Burden. *Am J Manag Care.* 11(16), 473-479.

Monro, R. (1997). Yoga Therapy. *Journal of Bodywork and Movement Therapies,* 1(4), 215-218.

Morse, G. (1999). Positively Refiaming Perceptions of the Menstual Cycle Among Women with Premenstrüel Sydrome. *JOGNN.Clinical Studies.* 28(2), 65-174.

Murakami, K., Sasaki, S., Takahashi, Y., Uenishi, K., Watanabe, T. ve Kohri, T. (2008). Dietary Glycemic Index is Associated with Decreased Premenstrual Symptoms in Young Japanese Women. *Nutrition*. 24(6), 554-561.

Murugesan, R., Govindarajulu, N. ve Bera, T. (2000). Effect of Selected Yogic Practices on the Management of Hypertension. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*,44(2), 207–210.

Müezzinoğlu, T. (2004). *Yaşam Kalitesi* (ss.25). Manisa.

Nagarathna, R., Nageranda, H. R. (2007). Integrated Approach of Yoga Therapy for Positive Health (4 bs.). *Banglore: Swami Vivekenanda Yoga Prakashana* (ss. 976-1085).

Neinstein, L. S. (1990). Menstrual Problems in Adolescents. *Med Clin North Am*. 74(5), 1181-1203.

Netz, Y. ve Lidor, R. (2003). Mood Alterations in Mindful Versus Aerobic Exercise Modes. *The Journal of Psychology*,137(5), 405–419.

Nutt, D., Argyropoulos, S. ve Forshall, S. (1998). Generalized Anxiety Disorder: Diagnosis, Treatment and its Relationship to Other Anxiety Disorders (ss. 1-4). London: Martin Dunitz.

Oasimi, T. B., (2007) Endoskopi İşlemi Uygulanacak Hastaların İşlem Öncesi Anksiyete Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.

Oken, B. S., Zaidel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., Kraemer, D. F., Lawrence, J. ve Levva, J. (2006). Randomized, Controlled, Six-Month Trial of Yoga in Healthy Seniors: Effects On Cognition and Quality of Life. *Alternative Therapy Health Medicine*. 12(1), 40-47.

Onat, Ş. Ş. (2013). Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 19(3), 69-73.

Önal, B. (2011). Premenstrüel Sendromda Risk Faktörleri ve Tedavi Arama Davranışının Araştırılması.

- Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar (İkinci Baskı)*. (ss. 141-142). Ankara: Mattek Matbaacılık.
- Özgüven, İ. E. (1994). *Psikolojik Testler* (ss. 324). Ankara: Yeni Doğu Matbaası.
- Öztürk, O. (1983). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (İkinci Baskı)*. (ss. 96). Ankara: Meteksan Matbağa.
- Palter, S. F. ve Olive, D. L. (2004). *Üreme Fizyolojisi. İçinde: Novak Jinekoloji (13. Baskı)*. Berek (Ed.), (A. Soydemir, Çev.) (ss. 149-172). Nobel Tıp Kitebevlere.
- Panay, N. (2005). Managing Premenstrual Syndrome. *Women's Health Medicine*. 2(3), 1-4.
- Pascoe, M. ve Bauer, I. A. (2015). Systematic Review of Randomized Control Trials on the Effects of Yoga on Stress Measures and Mood. *Journal of Psychiatric Research*, 3, 270-282.
- Phoosuwan, M., Kritpet, T. ve Yuktanandana, P. (2009). The Effects of Weight Bearing Yoga Training on the Bone Resorption Markers of the Postmenopausal Women. *J. Med. Assoc. Thai*. 92(5), 102-108.
- Pıcaıkçefe, M. (2010). Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 9(4), 367-374.
- Pınar, G., Çolak, M. ve Öksüz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish College Students and its Effects on Life Quality. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2, 21-27.
- Puetz, T. W. (2006). Physical Activity and Feelings of Energy and Fatigue: Epidemiological Evidence; *Sports Med*. 36(9), 767-780.
- Qiao, M., Zhang, H., Liu, H., Luo, S., Wang, T., Zhang, J. ve Ji, L. (2012). Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-based Sample in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162, 83-86.

- Raju, P. S., Prasad, A., Venkata, R. Y. ve diğ. (1997). Influence of Intensive Yoga Training on Physiological Changes in 6 Adult Women: A Case Report. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*,3(3), 291–295.
- Reed, S. C., Levin, F. R. ve Evans, S. M. (2008). Changes in Mood, Cognitive Performance and Appetite in the Late Luteal and Follicular Phases of the Menstrual Cycle in Women with and Without PMDD (Premenstrual Dysphoric Disorder). *Horm Behav.* 54(1), 185-193.
- Riley, D. (2004, Mart-Nisan). Hatha Yoga and the Treatment of Illness. *Altern Ther Health Med.* 10(2), 20-21.
- Rizk, D. E., Mosallam, M., Alyan, S. ve Nagelkerke, N. (2006). Prevalence and Impact of Premenstrüel Syndrome in Adolescent Schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 85(5), 589-598.
- Ronkainen, H., Pakarinen, A. ve Kauppila, A. (1984). Pubertal and Menstrual Disorders of Female Runners, Skiers and Volleyball Players. *Gynecol Obstet Invest.* 18(4), 183-189.
- Rosdahl, C. B. (1999). *Testbook of Basic Nusing(Yedinci Baskı)* (ss. 1338-1339). J.B. Lippincott Company Philadelphia.
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., Sephton, S. E. (2009). Yoga and Mindfulness: Clinical Aspects of an Ancient Mind/Body Practice, *Cognitive and Behavioral Practice.* 16(1), 59-72.
- Saper, R. B., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Culpepper, L. ve Phillips, R. S. (2004, Mart-Nisan). Prevalence and Patterns of Adult Yoga Use in the United States: Results of a National Survey. *Altern Ther Health Med.* 10(2), 44-49.
- Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakçı, E. (1998). Bilişsel Davranışçı Terapiler. *Türk Psi-kologlar Derneği Yayınları*,7. Ankara.
- Savcı, B. A., (2006) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi*,Erzurum.

Schultz, L. H., Uyterhoeven, S. ve Khalsa, S. B. S. (2011). Evaluation of Yoga Program For Back Pain, *Yoga and Physical Therapy*. 1(2).

Selçuk, K. T., Avcı, D. ve Alpyılmaz, F. A. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı ve Etkileyen Etmenler.*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 98-103.

Sherman, K. J., Cherkin, D. C., Erro, J., Miglioretti, D. L. ve Deyo, R. A. (2005). Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain. *Annals of Internal Medicine*. 143, 849-856.

Simard, A. A. ve Henry, M. (2009). Impact of a Short Yoga Intervention on Medical Students' Health: A Pilot Study. *Med. Teach*. 31(10), 950-952.

Smith, A. W., Alfano, C. M., Reeve, B. B., Irwin, M. L., Bernstein, L., Baumgartner, K. Ve diğ. (2009). Race/Ethnicity, Physical Activity and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 18(2), 656-663.

Smith, K. B. ve Pukall, C. F. (2009). An Evidence-Based Review of Yoga as a Complementary Intervention for Patients with Cancer. *Psychooncology*. 18(5), 465-475.

Smitha, C., Hancocka, H., Mortimer, J. B. ve Eckerta, K. (2007). A Randomised Comparative Trial of Yoga Andrelaxation to Reduce Stress and Anxiety. *Complementary Therapies in Medicine*. 15, 77-83.

Sönmez, B., İskit, N. ve Tansal, S. (2007). *Kalp Yogası* (ss. 4). İstanbul: Turkuaz Kitaplığı.

Sprod, L. K., Femandez, I. D., Janelins, M. C. ve Peppone, L. J. (2015). Effects of Yoga on Cancer-Related Fatigue and Global Side-Effect Burden in Older Cancer Survivors. *The Official Journal of the International Society of Geriatric Oncology*, 6, 8-14.

Steiner, M. (2000). Premenstrual Syndrome and Premenstrüel Dysphoric Disorder: Guidelines for Management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 25(5), 459- 468.

- Stewart, M., Phillips, K. ve Lousada, S. (1993). *Yoga for children*. New York: Fireside.
- Süer, N. (2008). Premenstrüel Sendrom. *Göztepe Tıp Dergisi*, 23, 76–80.
- Sürmeli, A. (1997). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı* (Cilt:1). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Taşcı, K. D. (2006). Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrüel Semptomlarının Değerlendirilmesi. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 5(6), 434-443.
- Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.
- Taşpınar, B., (2010) Hatha Yoga ve Dirençli Egzersizlerin Erişkinlerde Psikososyal Faktörlere Etkilerinin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Denizli.
- Taves, D. R. (1974, Mayıs). Minimization: A New Method of Assigning Patients to Treatment and Control Groups. *Clin Pharmacol Ther*. 15(5), 443-453.
- Taylor, D. (1999, Aralık). Effectiveness of Professional--Peer Group Treatment: Symptom Management for Women with PMS. *Res Nurs Health*. 22(6), 496-511.
- Tekur, P., Nagarathna, R., Chametcha, S., Hankey, A. ve Nagendra, H. R. (2012). A Comprehensive Yoga Programs Improves Pain, Anxiety and Depression in Chronic Low Back Painpatients more than Exercise: An RCT. *Complement Therapy Medicine*. 20(3),107-118.
- Telles, S., Nagarathna, R., Nagendra, H. R. ve diğ. (1993). Physiological Changes in Sports Teachers Following 3 Months of Training in Yoga. *Indian Journal of Medical Sciences*, 47 (10), 235–238.
- The Sivenanda Yoga Vedanta Center. *Meditation*. (2003). (ss.644-980). New York: Published by Simon &Schuster.
- Thorddardottir, K., Gudmundsdottir, K. ve Zoega, H. (2014). Effects of Yoga Practice on Stress-Related Symptoms in the Aftermath of an Earthquake: A Community-Based Controlled Trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 22, 226-234.

Thys-Jacobs, S. (2000). Micronutrients and the Premenstrual Syndrome: The Case for Calcium. *J Am Coll Nutr.* 19(2), 220-227.

Thys-Jacobs, S. (2006). Premenstrüel Syndrome. In: Calcium in Human Health. Weaver, Heaney ve Totowa (Ed.), *Humana Press* (ss. 357–369).

Tran, M. D., Holly, R. G., Lashbrook, J. ve Amsterdam E. A. (2001). Effects of Hatha Yoga Practice on the Health-Related Aspects of Physical Fitness. *Preventive Cardiology.*4(4), 165–170.

Tükel, R. ve Aklın, T. (2006). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Uganizza, D. N., Klingner, S. ve O'brien, S. (1998, Eylül). Premenstrüel Syndrome: Diagnosis and Treatment. *The Nurse Practitioner* (ss. 40-56).

Warren, C. J. ve Baker, S. (1992). Coping Resources of Women with Premenstrual Syndrome. *Arch Psychiatr Nurs.* 6(1), 48-153.

White, A. J., Reeve, B. B., Chen, R. C., Stover, A. M. ve Irwin, D. E. (2014). Coexistence of Urinary Incontinence and Major Depressive Disorder with Health-Related Quality of Life in Older Americans with and without Cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(3), 497-507.

Williams, K. A. ve Petronis, J. (2005, Mayıs). Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain. *Pain.* 115(1-2), 107-117.

Woolery, A., Myers, H., Sternlieb, B. ve Zeltzer, L. (2004). A Yoga Intervention for Young Adults with Elevated Symptoms of Depression. *Alternative Therapies in Health and Medicine.* 10(2), 60-63.

Worby, C. (2007). *Her Yönüyle Yoga, Çiğdem Fromm* (ss. 319). Ankara: Arkadaş Yayınevi.

Wurtman, J. J., Brzezinski, A., Wurtman, R. J. ve Laferrere, B. (1989). Effect of Nutrient Intake on Premenstrual Depression. *Am J Obstet Gynecol.* 161, 1228–1234.

Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir*

HastalıklarıEğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Kliniği Dergisi, 4. İstanbul.

Yiğitoğlu, S., (2009) Adolesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.*

Yoga an Evidence-Based Summary Monograph. (2002). Anonymous: Natural Standard.

Yonkers, K. A. ve Davis, L. L. (2000). Premenstrüel Dysphoric Disorder. In: B. J. Sadock ve V. A. Sadock (Ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry(Yedinci Baskı)*. (ss. 952-958).Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.

Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M. A., Gençdoğan, B. ve Özveren, E. (2009). Adolesanlarda Premenstrüel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki. *AnadoluPsikiyatri Dergisi, 10, 55-61.*

Zellner, D. A., Garriga-Trillo, A., Centeno, S. ve Wadsworth, E. (2004). Chocolate Craving and the Menstrual Cycle. *Appetite. 42(1), 119-121*

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Neşe KILIÇ

Doğum Yeri: Muğla

Doğum Tarihi: 20/03/1989

Medeni Hali: Evli

EĞİTİM BİLGİLERİ

- İlk Okul
Muğla Dumlupınar İlköğretim Okulu
- Lise
Muğla Anadolu Meslek ve Kız Meslek Lisesi- Bilgisayar Bölümü
- Lisans
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu-
Rekreasyon Bölümü
- Yüksek Lisans
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü- Rekreasyon
Anabilim Dalı

MESLEKİ BİLGİLER

Magic Steps Modern Dans Topluluğu, 2008-2010

Yatağan Halk Eğitim Merkezi, Halk Oyunları Eğitmeni, 2008-2015

Shapes Fitness Salonu, Antrenör, 2014-2017.