

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (SOSYAL PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI

**ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU İLE RUH SAĞLIĞI, STRES,
SOSYOEKONOMİK DÜZEY, VÜCUT ALGISI VE KONTROL ODAĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Yüksek Lisans Tezi

Ayşegül Toprak Coşkun

Ankara-2012

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ (SOSYAL PSİKOLOJİ) ANABİLİM DALI

**ADET ÖNCESİ GERGINLIK SENDROMU İLE RUH SAĞLIĞI, STRES,
SOSYOEKONOMİK DÜZEY, VÜCUT ALGISI VE KONTROL ODAĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİLER**

Yüksek Lisans Tezi

Ayşegül Toprak Coşkun

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Zehra Dökmen

Ankara-2012

TEŞEKKÜR

Bu araştırma s¼reci boyunca, bana verdiği sonsuz katkı ve destek, gösterdiği anlayış ve sabır için danışman hocam Prof. Dr. Zehra D¼kmen'e teőekk¼rlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

GİRİŞ.....	1
1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Bireylerin Ergenlik Dönemiyle Olan İlişkisi.....	1
1.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna İlişkin Temel Açıklamalar.....	5
1.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Adet Görmeye Başlama İle Olan İlişkisi.....	13
1.3.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Kadınların Ruh Sağlığı İle Olan İlişkisi.....	19
1.3.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Sosyoekonomik Düzey İle Olan İlişkisi.....	29
1.3.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Stres İle Olan İlişkisi.....	33
1.3.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Vücut Algısı İle Olan İlişkisi.....	36
1.3.5. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Kontrol Odağı İle Olan İlişkisi.....	42
1.4. Amaçlar.....	50

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar.....	51
2.2. Veri Toplama Araçları.....	55
2.2.1. Katılımcı Bilgi Formu.....	55
2.2.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği.....	55
2.2.3. Stres Belirtileri Envanteri.....	58
2.2.4. Vücut Algısı Envanteri.....	59
2.2.5. Kontrol Odağı Ölçeği.....	60
2.2.6. Kısa Semptom Envanteri.....	62
2.3. İşlem.....	64

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Katılımcıların Adet Döngüsünün Karakteristiği.....	65
3.2. Adet Kanaması İle İlgili Değişkenlerin <i>t</i> Testi Karşılaştırması.....	67
3.2.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	
3.2.2. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük ve Yüksek Olan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	75
3.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun İlişkili Olduğu Korelasyonlar.....	77
3.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Yordanması.....	80

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

4.1. Katılımcıların Adet Döngüsünün Karakteristiğine İlişkin Bulgular.....	83
4.2. Adet Kanaması İle İlgili Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	87
4.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun İlişkili Olduğu Korelasyonlara İlişkin Bulgular.....	92
4.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Yordayıcılarına İlişkin Bulgular.....	94
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
ÖZET.....	99
SUMMARY.....	101
KAYNAKLAR.....	103
EKLER.....	146

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLO 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	52
TABLO 2. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	53
TABLO 3. Babaların Sosyodemografik Özellikleri.....	54
TABLO 4. Adet Döngüsünün Karakteristiği.....	66
TABLO 5. Katılımcıların Adet Düzenine Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	68
TABLO 6. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	69
TABLO 7. Katılımcıların Annelerinin Sağlık Probleminin Varlığına Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	70
TABLO 8. Katılımcıların Babalarının Sağlık Probleminin Varlığına Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	71
TABLO 9. Katılımcıların Annelerinin Kadın Hastalıkları Öyküsü Olup Olmamasına Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	72
TABLO 10. . Katılımcıların Baba Tarafında Kadın Hastalıkları Öyküsü Olup Olmamasına Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	73
TABLO 11. Katılımcıların Annelerinin Gördüğü Kadın Hastalıkları Tedavisine Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	74
TABLO 12. Sosyoekonomik Düzeye Göre Alınan Toplam Puanlarının <i>t</i> Testi Sonuçları.....	76
TABLO 13. Katılımcıların Ölçek Toplam Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Sonuçları.....	78

TABLO 14. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu İle Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	79
TABLO 15. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Regresyon Analizi	
Sonuçları.....	81

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL 1: Kavramsal Model.....	30
-------------------------------	----

EKLER LİSTESİ

EK-1	Bilgilendirme ve Onam Formu.....	146
EK-2	Demografik Bilgi Ölçeği.....	147
EK-3	Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği.....	155
EK-4	Stres Belirtileri Envanteri.....	157
EK-5	Kısa Semptom Envanteri.....	158
EK-6	Vücut Algısı Envanteri.....	160
EK-7	Kontrol Odağı Ölçeği.....	162

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Psikoloji literatüründe adet görme araştırmacıların özellikle 1970 ve 1980'lerde ilgisini çekmeye başlamıştır (Uskul, 2004). Kadın çalışması yapan araştırmacılara göre bundan önceki yıllarda adet görme konusu kadınsı bir konu olduğu için bilimadamlarının çok fazla ilgisini çekmemiştir (Figert, 2005; Kissling, 2005). Birçok kültürün adet görmeyi olumsuz yorumlamasından dolayı kadınların adet görmeyi nasıl algıladıklarına kültürel, dini ve sosyal açıdan bakmak önem kazanmaya başlamıştır (Uskul, 2004). Adet öncesi gerginlik sendromu ise milyonlarca kadını olumsuz etkilemektedir (Smith ve Thomas, 1996). Bu nedenle, adet öncesi gerginlik sendromu hem kuramsal hem de uygulama düzeyinde önemli bir konudur. Bu araştırmada da adet öncesi gerginlik sendromu ele alınmakta ve bu sendromla stres, sosyoekonomik düzey, kontrol odağı, vücut algısı ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyle ilgilenilmektedir. Literatür taramasından elde edilen bilgiler aşağıdadır.

1.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Bireylerin Ergenlik Dönemiyle Olan İlişkisi

Bireyler hayatları boyunca durmaksızın bir gelişim ve değişim göstermektedir (Yavuzer, 2009). Her yaş dönemi için büyümek güç bir süreçtir ancak ergenlik döneminde bu daha da güçtür (Yaşar, 2012). Ergenlik döneminde biyolojik, fizyolojik, psikolojik, zihinsel ve sosyal gelişmeler çok hızlı yaşanmaktadır ve bireyler artık çocukluktan yetişkinliğe doğru adım atmaktadırlar (Yavuzer, 2008; Taşcı, 2006; Özdemir ve ark., 2011; Tabak ve Akköse, 2006). Yavuzer'e göre (2008), ergenlik değişim ve dönüşüm geçirmektir. Kızlarda 11-12 yaşında

başlayan ergenlik döneminde cinsel organlar olgunlaşmakta ve üreme yeteneği kazanmaktadır (Özdemir ve ark., 2011; Yavuzer, 2005). Buna bağlı olarak genç kızlar adet görme (menarş) yaşamaktadırlar. Bir genç kızın yaşamındaki en önemli olay adet görmedir (Golub ve Catalano, 1983; Swenson ve ark., 1987; Taçcı, 2006; Thomas ve ark., 2001) çünkü adet gören bir kızın yaşamı büyük ölçüde değişmektedir ve artık ailesinden yavaş yavaş kopmakta, bağımsızlığını kazanmaya başlamaktadır (Garg, Sharma ve Sahay, 2001; Greene ve Dalton, 1953; Tang ve ark., 2003). Kadınların adet döngüsü ortalama 28 gün sürmektedir; 21 gün alt sınır, 35 gün ise üst sınırdır (Gölünük ve ark., 2010).

Kızların adet görme yaşı genetik ve çevresel faktörler, beden yapısı ve büyüklüğü, sosyoekonomik düzey, yaş, dini inançlar, kültür, sosyal sınıf, beslenme düzeni, coğrafi konum ve eğitim seviyesi gibi değişkenlere bağlı olarak değişmekte, çoğu zaman da genç kızların sağlıklarını etkilemektedir (Çevirme ve ark., 2010; Georgiadis ve ark., 1997; Snow ve Johnson, 1977; Thomas ve ark., 2001). Adet görme yaşı düştükçe genç kızların boyu ve kilosu da benzer şekilde düşmektedir (Cameron, 1979).

Bir genç kız için adet görme sadece fizyolojik değil aynı zamanda kültürel ve psikolojik bir olaydır çünkü kız çocuğunun adet görmeyi nasıl algıladığı cinselliği nasıl algıladığını da etkilemektedir (Kissling, 2002; Tang ve ark., 2003; Yörükoğlu, 2008). Bütün kültürlerde adet görmeye ilişkin annelerin, teyzelerin, toplum liderlerinin, hikayecilerin anlattığı bir efsane vardır. Bunlar genellikle gerçeklikle değil toplumun bakış açısı ile ilgili düşüncelerdir (Merskin, 1999).

Garg, Sharma ve Sahay (2001) tarafından yapılan bir diğer çalışma ise sosyoekonomik düzeyi düşük Hint’li kadınların adet görmeyi olumsuz algıladıklarını göstermiştir. Hindistan’ın gecekondü bölgesinde yaptıkları çalışmada kadınların adet görmeyi bebek sahibi olabilmekle eşleştirdiği ortaya çıkmıştır. Kadınların ortalama menarş yaşı 13.5 iken, evlilik yaşı 15.2’dir. Bu da kadınların adet görmeye başladıktan hemen sonra evlendiklerini göstermektedir. Bazı

katılımcılar ise durumlarını şu şekilde açıklamaktadırlar: “Evlendiğim zaman adet görmeye başlamamıştım, bu yüzden de ailemin yanına geri gönderildim. Adet görmeye başladıktan sonra kocamın yanına geri gönderildim.” “İlk adet kanamam evliliğimden hemen sonra başladı. İlk defa cinsel ilişkiye girmek için ise adet olmayı bekledim.” Hindistan’da gözlemlenen yasaklamalar ve kısıtlamalar kadınların iş yaşamını, cinsel hayatlarını, yemek yemelerini ve banyo yapmalarını etkilemektedir. Kadınların %90.3’ü adet dönemlerinde cinsel ilişkiye girmemektedir. Kadınlar adet dönemlerinde kendilerini temiz olarak görmedikleri için mutfığa kesinlikle girmemekte yemekleri kocaları yapmaktadır çünkü toplumda kadınların kirli kan ürettiği ve bunu dışarı attığı düşünülmektedir. Banyo yapmaktan kaçınma davranışı ise Hindu’larda değil Müslüman’larda daha fazla bulunmuştur çünkü onlar eğer soğuk suyla banyo yaparlarsa yumurtalıklarının şişeceklerini düşünmektedirler. Sıcak suyla yıkanmak da bir diğer seçenek iken, suyu ekstradan ısıtmayla uğraşacakları için banyo yapmamayı tercih etmektedirler. Hem Hindu’lar hem Müslüman’lar adet dönemlerinde kutsal mekanlarını ziyaret etmemektedirler. Ek olarak, kadınların %92’si adet döneminde giydikleri elbiseleri çöpe attıklarını, 5.4’ü elbiseyi kullanmaya devam ettiklerini ve 1.1’i bir daha giymeden önce yıkadıklarını belirtmektedir. Bu nedenle de kadınların çoğu bütün paralarını elbise almaya harcamaktadırlar. Bazı kadınlar ise cadıların kötülüğünden kurtulmak için elbiselerini toprağa gömmekte, aksi halde asla çocuk sahibi olamayacaklarını düşünmektedirler. Psikodinamik yaklaşıma göre, kadına getirilen bütün bu kısıtlamalar ve tatsızlıklar ise beden algılarında bir olumsuzluk meydana getirmektedir ve kişisel imajlarına zarar vermekte, kadınların utanmasına sebep olmaktadır (Garg, Sharma ve Sahay, 2001; Tang ve ark., 2003).

Türkiye’de adet görme kadının yeni bir yaşama başlaması olarak değerlendirilmektedir. Bu da kadının yaşamına artık çocuk olarak değil bir kadın olarak devam edeceğini gösterdiği için bunun önemi üzerinde fazlasıyla durulmakta ve kadına bekaretin öneminden bahsedilmektedir

(Özdemir ve ark., 2011). Toplumun ve sosyal çevrenin adet görmeyi nasıl yorumladığı toplumun kadını nasıl gördüğü ile ilişkilidir. Eğer toplumun adet görme ile ilgili koyduğu tabuları varsa bunu materyal olarak, fiziksel olarak ve sözel olarak ifade etmektedir (Kissling, 2002). Toplumda adet görmenin ya da kadın bedeninin neden bu kadar tartışma konusu olduğu düşündürücüdür. Kadınların adet görme ile olan sıkıntıları çözüldüğü zaman hayatlarının tüm alanlarında ruh sağlıkları daha iyi olabilecek midir sorusu araştırmacılar için tartışma konusudur (Schooler ve ark., 2005).

Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011) kızların %37.6'sı ilk adetlerinde korktuklarını ve %33'ü ise utandıklarını belirtmişlerdir. Annelerin %12.4'ünün kızlarının adet görmeye başladığını duyduklarında endişelendiklerini göstermektedir çünkü bu anneler kendileri ilk defa adet gördüklerinde de utanmış ve bu konu hakkında konuşmaktan kaçınmaktadır.

Anne-kız ilişkisi içerisinde cinselliğin konuşulması genellikle adet görme konusu üzerinden yapılmaktadır (O'Sullivan ve ark., 2001). Adet görme deyince akla ilk gelen organ vajina olmakta ve kadınlar bu yüzden adet görme olayının konuşulmaması gereken ve tatsız bir olay olduğunu düşünmektedir çünkü vajina sembolik olarak penisin olmaması, kadınlığın çekirdeği, boşluk, istismar edilmeye açıklık, iğrenç, cinsel olarak yetersiz, ve tehlikeli sayılmakta ancak diğer yandan da üremenin sembolü sayılmaktadır (Braun ve Wilkinson, 2001). Bu yüzden de kadınlar bedenlerinden hem utanmakta hem de genital organı çağrıştıran konular hakkında konuşmakta zorlanmaktadırlar (Braun ve Kingzer, 2001).

Bir ergenin yaşadığı sorunlardan biri gelişen değişen bedenini kabul edebilmesi ve bu değişime ayak uydurabilmesidir (Yavuzer, 2009) çünkü bu ergen için ikinci bir 'büyüme' ve 'gelişme' dönemidir ve zaman zaman buna uyum sağlamakta güçlük çekebilmektedir (Tabak ve Akköse, 2006). Ergenlik dönemindeki bir bireyin anne-babası olmak çok fazla itina ve ilgi gerektirmektedir (Yaşar, 2012). Bu duruma ayak uyduramayan bir bireyin endişelenmesi

kaçınılmazdır. Ergenlik dönemindeki bir bireyin en sık yaşadığı heyecan biçimi korku, endişe ve öfkedir (Yavuzer, 2008). Bu nedenle her genç kız adet görmeden önce yaşayacağı değişiklikler ya da adet görmeye bağlı deneyimler hakkında bilgilendirilmelidir, çünkü adet görme beraberinde bir takım problemleri de getirebilmektedir. Bazı bireyler bu problemleri adet görme periyodunun bir özelliği olarak değerlendirirken, bazı bireyler ise tüm rahatsızlıklarının nedeninin adet görmelerinden kaynaklandığını düşünmektedirler (Taşcı, 2006).

Hoerster, Chrisler ve Rose (2003) Amerikalı ve Hintli üniversite öğrencilerini sosyal ve kültürel açıdan karşılaştıran bir çalışma yapmışlardır. Amerikan kültürünün bireyselci yaklaşımı ve bağımsızlığı ile Hint kültürünün toplumsalcılığı ve aileye olan bağlılığı kadınların adet görmeye ilişkin aldıkları bilgiyi değiştirdiği düşünülmektedir. Araştırma sonuçları Amerikan kadınlarının Hint kadınlarına göre adet görmeyi daha olumsuz algıladıkları ve insanı güçsüzleştirdiğini düşündüklerini ortaya çıkarmıştır. Özellikle adet görmeye hazırlıklı olan Hint kadının adet öncesi gerginlik sendromu yaşaması oranı çok düşük çıkmıştır. Sağlıklı bir şekilde bilgilendirilmemiş ergen genç kızlar merak ettikleri soruları çevresinden öğrenme çabası içine girip yanlış bilgi edinebilecekler ve bunun sonucunda da adet gördükleri zaman neyle karşılaşacaklarını bilmemeleri veya yanlış bilgi edinmiş olmaları onları paniğe itebilecektir (Yaşar, 2012).

1.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromuna İlişkin Temel Açıklamalar

Adet döngüsü ile ilgili ilk çalışmalar ve değişen ruhsal durumlar M.Ö 600'de Hippocrates, 11. yüzyılda Salerno ve Troutula ve Rönesans döneminde ise birçok araştırmacı tarafından yapılmıştır (Pearlstein ve Stone, 1998)

Robert Frank, 1931'de 'premenstruel gerginlik sendromu' kavramını ortaya atmıştır (Greene ve Dalton, 1953; Pearlstein ve Stone, 1998). Robert Frank adet öncesi gerginliği bir

sendrom ve fonksiyon bozukluğu olarak tanımlarken, Karen Horney toplumun kadınlara yüklediği anlamın yarattığı kaygıdan ve hamilelik korkusundan kaynaklandığını ileri sürmektedir. Diğer bir deyişle Frank adet öncesi gerginliği patolojik bir süreç olarak değerlendirirken feminist psikanalist Horney bunu patolojik bir rahatsızlık olarak görmemektedir (Ussher, 2003b). Frank adet öncesi gerginlik sendromu tanısı koyarken tarif edilemez bir sinir, kontrol edilmesi güç gülünç davranışlarda bulunmak, şiddetli baş ağrısı, yüz, el ve ayaklarda şişlik, kilo artışı, aşırı kan kaybı, astım ve nadiren geçirilen epilepsi krizleri kriterlerine bakmıştır ve adet gecikmesinde kadının durumunun çok kötü bir hal aldığını belirtmiştir (Greene ve Dalton, 1953). Frank bütün bu semptomların sebebinin kadın cinsiyet hormonu olan östrojen hormonuna bağlamıştır (Ussher, 2008).

Bindokuzyüzellilerde premenstrual sendrom (PMS), 1987’de DSM-III-R’de geç luteal evre disforik bozukluğu ve 1994’te DSM-IV’te premenstrual disforik bozukluk (PMDB) tanımlanmıştır” (Pearlstein ve Stone, 1998; Yonkers ve ark., 2008). Adet öncesi gerginlik sendromunun en çok kullanılmaya başlandığı tarih 1980’lerin başıdır. Bu dönemde basılan makaleler kadınlara “hüzünle nasıl baş edeceklerini” ve “adet öncesi gerginlik sendromu çirkinliklerini” nasıl yeneceklerini anlatmaktadır (Rittenhouse, 1991). Adet öncesi gerginlik sendromunun varlığı çok eskiye dayanmasına rağmen semptomlar çok çeşitli olduğundan tam olarak tanımlanamamış ve rahatsızlığın fark edilmesi ve etiyolojisi hakkında ortak bir görüş oluşturulamamıştır (Arslan ve Dökmeci, 1999; Rittenhouse, 1991).

Adet öncesi gerginlik sendromu, diğer adıyla premenstrual sendrom (PMS), adet kanamasından 1 hafta 10 gün önce başlayan ve farklı bir takım bilişsel, fiziksel ve duygusal belirtilere neden olan bir dönemdir (Bakr ve Ez-Elarab, 2010; Çetin ve ark., 2005; Deuster ve ark., 1999; Doruk ve ark., 2009; Gençdoğan, 2006; Güneş, Pehlivan, Genç, Eğri, 1997; Gözüm, Özer, Tuncel, 1996; Siegel, 2003; Lustyk ve ark., 2004; Marvan ve Iniestra, 2001; Öztürk,

Tanrıverdi, Erci, 2011; Pal ve ark., 2011; Phillips ve Bedian, 1989; Trunnell ve ark., 1988; Thomas ve Narayanan, 2006). Adet sonrasına göre adet öncesinde yakınmalar daha fazladır (Lane ve Francis, 2003; Marvan ve ark., 1998). Ek olarak, adet süresi uzun olan kadınların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır (Logue ve Moos, 1986).

Adet öncesi gerginlik sendromu adet görmeye başlama ile menopoz arasında herhangi bir yaşta ve çok fazla kadında görülebilmektedir (Güneş ve ark., 1997; Ussher, 2002). Var olan semptomlar, PMS ve PMDB (premenstrual disforik bozukluk) sahibi olan doğurgan her kadında onun kontrolü dışında bulunmakta ve kadında yetersizlik hissine neden olmaktadır (Ussher ve ark., 2007).

Golub (1976) adet öncesi gerginlik sendromunun otuzlu yaşlarda ortaya çıktığını savunmaktadır. Bazı araştırmacılara göre adet öncesi dönemde yaşanan fiziksel semptomlar yetişkinlerde ergenlerden daha fazladır (Tekada ve ark., 2010). Erci, Okanlı, Kılıç (1999) kadınların medeni durumu ile adet öncesi gerginlik sendromunun bir ilişkisi bulunmadığını savunurken; Kirkpatrick ve ark. (1990) evli, 30-40 yaş aralığında olan ve birden fazla doğum yapmış olan kadınların adet öncesi gerginlik sendromunu daha sık yaşadıklarını bulmuştur.

Mishell'e (2005), Bakr ve Ez-Elarab'a (2010) göre adet öncesi gerginlik sendromu ergenlikte ortaya çıkmakta ve yaklaşık 14 yaşlarında görülmektedir. Taşcı (2006) adet öncesi gerginlik sendromunun en çok 19-22 yaş aralığında görüldüğünü savunmaktadır. Benzer şekilde Antai ve arkadaşları da (2004) Nijerya'da yaptıkları çalışma sonucunda adet öncesi gerginlik sendromunun en çok 20'li yaşlarda görüldüğünü göstermektedir. Deuster ve arkadaşlarına göre (1999), 34 yaşından küçük olan genç kadınlar % 2.3 daha fazla adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaktadırlar. Bakhshani ve arkadaşlarının (2009) İran'da yaptığı çalışmada katılımcıların %98.2'sinin farklı şiddetlerde adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıklarını bulmuşlardır. Yaşları 18-20 olan katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama oranları daha yüksek çıkmıştır.

Silver'e (2006) göre yaşı küçük olan grupların %65.2'sinin adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır. Bu nedenle bu çalışmada da lise ve üniversite öğrencilerinin adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıklarının farkı karşılaştırılmaktadır.

Wittchen ve arkadaşlarının (2002) Almanya'da yaptığı çalışmada 14-24 yaş arasındaki kadınların PMDB tanı kriterlerine daha çok uyduğunu göstermektedir. 18-25 yaş arasındaki kadınlar yaşı daha büyük olan kadınlara oranla daha fazla adet öncesi gerginlik sendromu yaşamakta ve daha fazla ağrı çekmektedirler (Woods ve ark., 1982). Tabassum ve arkadaşlarının (2005) Pakistan'da yaptığı çalışmada 384 katılımcıdan 93'ü hafif düzeyde, 34'ü orta düzeyde, 59'u da ciddi düzeyde adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaktadır.

Cleckner-Smith ve arkadaşlarının (1998) Amerika'da ergenlik dönemindeki kızlarla yaptıkları araştırma sonucunda katılımcıların %100'ü hafif şiddette en az bir semptom yaşadıklarını, %88'i orta şiddette en az bir semptom yaşadıklarını, %73'ü yüksek şiddette en az bir semptom yaşadıklarını, %56'sı ise çok yüksek şiddette en az bir semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bu dönemde %40'ı yalnız kalmak istediğini, %30'u birileriyle konuşmak ve hareket etmek istediğini, %26.7'si evden çıkmak istemediğini, %24'ü sosyal aktivitelerden uzaklaştığını, %22.7'si okula gelemediğini belirtmiştir. Ek olarak, 13-15 yaş aralığındaki katılımcıların PMS puanı 16-18 yaş aralığındaki katılımcıların PMS puanından yüksek çıkmıştır.

Tenkir ve arkadaşlarının (2004) Etiyopya'da yaptıkları çalışma sonucunda, yaşları 17-19 arasında olanların PMS puanının en yüksek olduğu, bunu da 20-22 yaş aralığındaki katılımcıların izlediği görülmektedir. Bu katılımcıların menarş yaşı 13-16'dır ve menarş süresi 8 günü geçmemektedir. Bu dönemde katılımcıların %14'ü okula gilememekte, %14.9'u sınavlarına gilememekte ya da düşük notlar almaktadır. Sonuç olarak, araştırma sonuçlarının çoğu adet öncesi gerginlik sendromunu ergen bireylerin daha yoğun yaşadığını göstermektedir.

Katılımcıların %37.8'i rahatsızlıklarını dindirmek için bir takım yollara başvurmaktadır. Bunların %17'si ağrı kesici kullanmakta, %0.8'i doğum kontrol hapı kullanmakta, %7.1'i ılık duş almakta, sıcak içecekler içmekte veya bitkisel ilaçlar almaktadır. Diğer yandan katılımcıların %12.9'u hiçbir rahatlama yoluna gitmemektedir. Araştırma sonucunda katılımcıların %99.6'sının adet öncesi gerginlik sendromunun bazı semptomlarına sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların adet olduğu ilk iki yılın PMS semptomlarının en fazla olduğu yıllardır (%54.8). Katılımcıların %40'ı semptomlarını hafif şiddette, %33.2'si orta şiddette, %22'si şiddetli ve %5'i çok şiddetli olarak bildirmişlerdir. DSM-IV kriterlerine göre katılımcıların %27'si PMS/PMDB tanısı almaktadır. Bu da "Neden bazı kadınlar adet öncesi gerginlik sendromu yaşarken ve hafif ya da orta düzeyde strese sahip olurken bazı kadınlar bu sendromu yaşamamaktadır?" sorusunu akla getirmektedir (Perz ve Ussher, 2006).

Adet görmeye erkeklerin gözünden bakıldığında, kadınlar adet görmeyi ne kadar rahatsızlık verici buluyorlarsa erkekler de aynı şekilde rahatsızlık verici olarak görmektedirler ve adet gören kadının çevresine yansıttığı olumsuz etkileri de reddetmemektedirler (Brooks-Gunn ve ark., 1980). Parlee (1974) de benzer şekilde erkeklerin adet görme olayını çok daha stresli olarak algıladıklarını belirtmektedir (Bond ve ark., 2003). Sveinsdottir ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışma sonucu ise erkeklerin adet öncesi gerginlik sendromunu kesinlikle olumsuz tanımladığı, kadınların ise bu sendroma daha farklı tanımlamalar getirdiklerini göstermektedir.

Adet öncesi gerginlik sendromunu yaşayan bazı kadınlar, erkeklerin kendilerinden uzak durduklarını ve PMS yüzünden kendilerini ayıpladıklarını belirtmektedirler. Örneğin bir kadının erkek arkadaşı "Bu dönemde seni kontrolden çıkmış bir hayvan gibi görüyorum" demiştir; bir diğeri ise "Bedeninde seni hastalığa iten bir örümcek bu" demiştir (Smith ve Thomas, 1996). Başka bir erkek ise adet öncesi dönemde kendisini gergin ve huzursuz hisseden kadına "Senin

hormonlarını aldırılım” demiştir ve kadın kendisini suçlu ve utanmış hissedip bir sonraki ay aynı şeyin bir daha yaşanmamasını dilemiştir (Ussher ve ark., 2002).

Adet öncesinde ve adet döneminde kadınların hissettikleri yoğun sinir ve eşlerine yansıttıkları sözel ve fiziksel öfke yakın ilişkilerine zarar vermektedir (Bond ve ark., 2003). Eşler destek olarak ve empatik yaklaşıma çalışarak adet öncesi gerginliğin azalmasında ya da artmasında çok önemli bir rol oynamaktadır (Ussher ve ark., 2007).

Toplumda vurgulanan yargı geleneksel ‘erkeksi’ olma duygusu bireyleri adet öncesi gerginlik sendromuna itebilmektedir (Anson, 1999). Antik Yunan’dan bu yana, kadınlar kültürel olarak erkekler tarafından iki farklı kişinin rolünü oynayan, sağı solu belli olmayan, tehlikeli, aşırı duygusal ve alıngan olarak değerlendirilmektedir (Chrisler ve Caplan, 2002) ancak kadının çift kişilikli bir yapı olarak kabul edilmesi geçersiz ve hatalı kabul edilmektedir. Kadınlar adet öncesi dönemde düşünme yeteneklerini ve öz-düzenlemelerini kaybetmemektedirler (Chrisler, 2008). Adet öncesi dönemde ya da adet döneminden sonra hissedilen duygular kadının kendisinden nefret etmesine neden olmaktadır. Bir kadın adet öncesi gerginlik sendromunu “Sabah uyanıp aynada kendine bakarsın ve dersinki ‘Senden nefret ediyorum, senden nefret ediyorum, gerçekten, senden nefret ediyorum’ şeklinde tanımlamıştır. Adet öncesi gerginlik sendromu ikilikleri şu şekilde açıklanmaktadır: “kötü/mükemmel, içe dönük/dışa dönük, sorumsuz/sorumluluk sahibi, başarısız olma/baş edebilme, sinirli/sakin, kaygılı/rahat, mutsuz/mutlu, mantıksız/mantıklı, sabırsız/sabırlı, güçsüz/güçlü, huzursuz/huzurlu, öfkeli/kabul edici” (Ussher, 2002). Bu çift kişilikli kadın yapısı önceden “din” ve “batıl inanç” ile açıklanırken, günümüzde “bilim”le açıklanmaktadır (Chrisler ve Caplan, 2002). Ek olarak, adet öncesi gerginlik sendromu birkaç kadında bulunan bir rahatsızlıkken toplum bu negatif etiketlemeyi tüm kadınlara yapmaktadır (Eastel, 1991).

Kadınlar dünya nüfusunun çoğunluğunu oluşturmaktadır ancak yaşamak zorunda oldukları kadınlığın göstergesi olan belli kalıpları bulunmaktadır. Eğer kadın bu kalıpların dışına çıkarsa toplum onu “öteki”leştirmekte, sosyal açıdan anormal olarak değerlendirmekte ve tercih edilmeyen kadın formatına sokmaktadır (Ussher, 2008). Egemen toplum çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadının sonsuz bir huzur içinde olmasını, sürekli kontrollü ve kendini ailesine adayan bir kişi olmasını beklemektedir ve kadınların adet öncesi ve adet dönemindeki gerginliği de “iyi” kadın imajına zarar vermektedir (Perz ve Ussher, 2006). İdealize edilmiş kadın tipi sakin, sabırlı, neşeli, hayatıyla alakalı konularda ilgili, kendisinden önce her zaman başkalarının isteklerini yerine getiren, çevresini sakinleştirmeyi başarabilen ve güven ortamı sağlayabilen kadındır. Adet öncesi gerginlik sendromu olan kadınlar çocuklarına daha çok şiddet uygulayan kadınlardır (Coughlin, 1990; Sundic ve ark., 2010). Adet döneminde ise kadın bastırıldığı öfke, sinir ve şiddet duygularını kontrolü kaybederek yaşamaya başlamaktadır (Chrisler ve Caplan, 2002; Cosgrove ve Riddle, 2003; Smith ve Thomas, 1996). Kadındaki yetersizlik hissinin artması veya sabrın azalması kadının yüklendiği aşırı sorumluluktan dolayı kadını sessizliğe itmektir çünkü sınırlı ve stresli bir kadın kötü bir eş ve kötü bir anne olarak algılanmaktadır (Perz ve Ussher, 2006). Bazı araştırmacılar kadınların olumsuz duygularını yaşayabildikleri tek zamanın adet öncesi veya adet dönemi olduğunu belirtmekte ve bu yüzden de kadınların kendilerine adet öncesi gerginlik sendromu tanısını koyduklarını belirtmektedir (Cosgrove ve Riddle, 2003). Bu algı ise kadınların duygusal ihtiyaçlarını karşılamalarını kolaylaştırmaktadır (Elson, 2002).

Kadınların %50’den fazlası adet öncesi dönemde değişimler yaşamaktadır. Bu adet öncesi gerginlik sendromu değil, adet dönemi değişimleridir (Marvan ve Iniestra, 2001). Kadınlar erkeklerin, medyanın ve diğer kadınların sürekli adet öncesi gerginlik sendromundan bahsetmelerinden rahatsız olmaktadır. Özellikle de erkeklerin adet dönemi ile ilgili yaptıkları

olumsuz konuşmalar kadınlar için bir tehdit oluşturmaktadır ve medyadan yükselen sesin de erkeklerin konuşmasına benzediğini düşünmektedirler. Bazı kadınlar 'öteki' kadınların adet öncesi gerginlik sendromunu bir bahane olarak ileri sürdüklerini düşünmektedirler. Medya PMS'yi mantıksızlık ve dengesizlik olarak yorumlamaktadır. Üstelik adet öncesi dönemde işlenen cinayetlere uygulanan ceza indirimlerini çok gülünç ve saçma bulmaktadırlar çünkü bu kadınlara PMS hakkında konuşmak bile saçma gelmektedir. Sveinsdottir ve arkadaşlarının (2002) yaptığı araştırmadaki kadınlar, çocukluk ve ergenlik döneminde adet öncesi gerginlik sendromu diye bir kavramı duymadıklarını ve ailesi bireylerinin bu konu hakkında olumsuz bir konuşma yapmadıklarını söylemektedirler.

Adet öncesi gerginlik sendromunu yaşayan kadınlar hakkında, toplumda, östrojen hormonunun esiri olmuş kurbanlar ya da yaratıklar olarak bahsedilmektedir. Kadınların adet görmesi eski dönemde doğüstü güçlerin varlığı ve pisliliği ile ilgili kavramlarla araştırılırken günümüzdeki modern araştırmacılar da hormonlardan ve kimyadan etkilenen kadının içindeki 'vahşi yaratığı' araştırmaya başlamışlardır (Savran, 2010). Wong'un (2011) ve Pal ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışma kadınların çoğunluğunun adet öncesi gerginlik sendromu kavramını daha önce duymadıklarını göstermektedir; duyan kadınlar ise hep olumsuz konuşmalar duymuştur (Sveinsdottir ve ark., 2002).

Robinson'a göre (2002) kadınların %50'si adet öncesi gerginlik sendromuna sahip olmamalarına rağmen kendilerinde bu sendromun var olduğuna inanmaktadırlar. Bunda kadın magazin dergilerinin etkisi çok büyüktür çünkü bu dergiler adet öncesi gerginlik sendromu ile adet öncesi semptomları birbirinden ayırt etmemektedirler. Bu yüzden de kadınların %75-%80'i kendilerini PMS olarak tanılamaktadırlar.

1.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Adet Görmeye Başlama İle Olan İlişkisi

Bazı feminist araştırmacılara göre erkekler kadınlarla eşit olduklarını kabul etmemekte ve kendi baskınlıklarını ortaya koymak için zihinlerinde bir takım şemalar oluşturmaktadırlar. Biyolojiden farklı olarak psikososyal gelişim kadınlara erkeğin eşit ama farklı olduğunu göstermektedir. Kadınlara erkekler arasındaki birincil psikolojik fark faktörü kadınların ergenliğe girmesiyle birlikte çocuk doğurabilmesi ve bir erkeğin asla hamile kalamayacak olmasıdır. Adet görmenin tarihsel süreci psikososyal açıdan incelendiğinde ise erkeklerin kadınları nasıl algıladığı ve kadınların kendilerini nasıl algıladığı adet görme ve adet öncesi gerginlik sendromunun bir yansımasıdır (Halbreich, 2006).

Konuyla ilgili farklı kültürleri işleyen çalışmalarda adet görme yaş ortalamaları; İsrail’de 13.29 (Belmaker, 1982), İran’da 12.99 (Delara ve ark., 2012), Avustralya’da 13.0 (Morabia ve ark., 1998), İngiltere’de 13.3 (Mascie-Taylor & Boldsen, 1986), Doğu Almanya’da 14.0 (Morabia ve ark., 1998), Bangladeş’te 13.0 (Chowdhury ve ark., 1999), Çin’de 12.38 (Huen ve ark., 1997), Danimarka’da 13.0 (Helm ve Grolund, 1998), Senegal’de 16.1 (Simondon ve ark., 1997), İspanya’da 12.31 (De La Pente ve ark., 1997), Fransa’da 13.05 (Crognier ve Tavers Da Rocha, 1979), İsviçre’de 13.0 (Morabia ve ark., 1996), Nepal’de 16.2 (Beall, 1983), Sudan’da 13.75 (Atallah ve ark., 1983), İsveç’te 13.09 (Furu, 1976), Japonya’da 12.5 (Nakamura ve ark., 1986) olarak bulunmuştur.

Farklı ülkelerde görülen farklı adet görme yaşı aynı şekilde farklı kültürlerde farklı duygularla yaşanmaktadır (Tortumluoğlu ve ark., 2004). Bazı kültürler adet görme hakkında konuşmayı yasak ve ayıp kabul ederken bazı kültürler de adet görmüş bir kıza kutlama yapmaktadır (Beausang, 2000; Chrisler ve Zittel, 1998; Hoerster ve ark., 2003). Bazı kültürler bir kızın ilk kez adet gördüğünü herkese sevinçle duyurmaktadır. Amerika’da aile içi özel bir kutlama yapılmaktadır (örneğin kızlarını restorana yemeye çıkarmak gibi). Diğer yandan, birçok

genç kız hayatlarında önemli bir olay olan ‘adet görme’ kelimesini daha önce duymadıklarını da belirtmektedirler (Chrisler ve Zittel, 1998).

Adet görme kadınların yaşamlarının ortalama 30-35 yılında var olan ve her ay düzenli olarak kendini tekrarlayan fizyolojik bir olaydır (Akdeniz ve Karadağ, 2006; Gençdoğan, 2006; Gözüm, Özer, Tuncel, 1996) ve adet görme kadın olmanın doğasıdır (Ussher, 2003b). Uzmanlar düzenli adet görmeye çok önem vermektedir. Adet döngüsü düzensiz olan kadınların adet öncesi gerginlik sendromu yüksektir (Cosgrove ve Riddle, 2003; Zeedyk ve Raitt, 1999).

Halbreich ve arkadaşlarına göre (2003) kadınlar yaşamları boyunca 481 kere adet görmektedirler. Ortalama iki çocuk doğurdukları varsayıldığında ve doğum sonrasında adet görmemeleri de hesaba katıldığında ortalama 459 kere adet görmektedirler. Kadınların adet görmeye ve adet öncesi gerginlik sendromuna olan bakış açısını çoğunlukla sosyokültürel faktörler, biyoloji ve psikoloji belirlemektedir (Anson, 1999; Brooks-Gunn ve Ruble, 1980; Figert, 2005; Türkçapar ve Türkçapar, 2011). Kendisini adet görmeye hazır hissedemeyen ve bu konuda daha önce bilgi edinmiş bir kadın hazırlıksız yakalanan bir kadına göre adet görmeye ilişkin çok daha olumlu bir tutum geliştirmektedir (Golub ve Catalano, 1983; Koff ve Rierdan, 1995; Özdemir ve ark., 2011). Bunun yanı sıra, bir kadın adet görmeye başlamadan önce, adet görme ile ilgili çevresinden olumsuz yorumlar duymadığı takdirde fiziksel semptomları hafif dereceli yaşarken, duygu değişimlerini daha yoğun yaşamaktadır. Ancak kadınların %66’sı adet görme ile ilgili çocukluklarında çok fazla olumsuz mesaj anımsadıklarını belirtmektedirler (Anson, 1999).

Birçok kültür ve dini gelenekler adet gören kadını etiklemektedir (Merskin, 1999). Dini geleneklerden dolayı kadınlara vurgulanan kirlilik ve kaçınma duygusu (örn. Kur’an’a dokunamama), kadının adet dönemini ‘hasta’ olarak adlandırmasına sebep olmaktadır (Yücel ve Polat, 2003) ve kadınlar bunu “onunla yaşamak zorunda oldukları” şey olarak tanımlamaktadır

(Ussher, 2003b). Kadınların yaşamlarındaki bu olumsuz deneyimler ise onları belirsizliğe itmekte, yasak kavramını yoğun bir şekilde ortaya çıkarmakta ve olumsuz anlamda etiketlenmelerine neden olmaktadır (Slade ve ark., 2009). Yapılan bir araştırmada adet görme ile ilgili kadınların bakış açılarını değiştirmişler ve olumlu ruh hali yüklemesi yapmışlardır (Olasov ve Jackson, 1987). Bunun sonucunda da kadınların adet görmeye ilişkin beklentileri değiştiği için adet öncesi gerginlik sendromunun sıklığı da değişmiştir (Olasov ve Jackson, 1987).

Kız çocuklarının annelerini model almalarından dolayı, anne kız arasındaki sağlıklı ilişki kız çocuğunun kadınlık algısıyla, adet görmeye ilişkin algısıyla, kadınlık kimliğinin oturmasıyla ve hamileliği ile yakından ilişkilidir. Yücel ve Polat'ın (2003) yaptıkları çalışmada katılımcılar kontrol grubu ve adet öncesi gerginlik sendromu olan grup olarak ikiye bölünmüşlerdir. Kadınlara “Adet döngünüz hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltildiğinde adet öncesi gerginlik sendromu olan grubun %26.6'sı bunu ‘Hayatımda yaşadığım en kötü şey’ olarak tanımlarken kontrol grubundan bu şekilde bir yanıt gelmemiştir. Buna ek olarak, katılımcılara annelerini çocukluk ve ergenlik dönemlerinde nasıl algıladıklarını sorduklarında annenin eğitim düzeyinin hiçbir etkisi olmaksızın ‘Annem gibi olmak isterdim’ diyen kontrol grubu %37.5 iken, adet öncesi gerginlik sendromu grubu bunu %3 olarak yansıtmışlardır. Bu çalışmada, katılımcıların %70'i adet görmeyi doğal ve kadınlığın fizyolojik bir parçası olarak değerlendirmektedirler (Yücel ve Polat, 2003). İlginç olan durum, tamamen biyolojik bir olay olan adet görmenin kadınların psikolojisi üzerinde çok daha fazla etki yaratmasıdır. Psiko-davranışsal semptomlar fiziksel semptomlardan çok daha fazla etkilidir (Tenkir ve ark., 2004). Adet öncesi gerginlik sendromu psikiyatrik bir hastalık değil, toplumsal ve sosyal olarak oluşturulmuş bir rahatsızlıktır (Phillips ve Bedeian, 1989; Smith ve Thomas, 1996; Offman ve Kleinplatz, 2004;).

Topluma fikirlerin birçoğu televizyon aracılığıyla yayılmakta ve neredeyse bütün evlerde televizyon bulunmaktadır (Kissling, 2002). Medyada adet öncesi gerginlik sendromunun işlenmesi 1980’li yıllarda başlamıştır (Chrisler ve Levy, 1990). Konuya bu açıdan bakıldığında adet görme ve kadına yüklenen anlam konusunu televizyon çok kolay ve hızlı bir şekilde yayabilmektedir. Televizyonun veya filmlerin ideolojik analizi yapıldığında bu bize kültürel inançlar, değerler, toplumsal cinsiyet, aile, toplum ve ulus hakkında bilgi vermektedir (Kissling, 2002). Medya da adet görme konusunu bir “hijyen krizi” olarak yorumlamakta ve adet görmenin olumsuz bir olay olduğunu vurgulamaktadır (Berg ve Block Coutts, 1994). Ek olarak, televizyonda gösterilen filmlerde ve ya dizilerde “periyod” kelimesi son yıllarda yavaş yavaş konuşulmaya başlanmış ancak hala “adet kanaması” kelimesi geçmeye başlamamıştır. Örneğin adet görmeyi işleyen bir film *My Girl*’dür. *My Girl* filmindeki ergen kız Vada tam bir erkek Fatma karakteridir ve bekar bir baba tarafından yetiştirilmiştir. Kız ilk kanamasını görünce kan kanseri olduğunu düşünmüştür ve arkadaşı Thomas dışarı çıkması için kapıyı çaldığında “Git buradan ve 5-7 gün boyunca gelme!” diye bağırmıştır. Bu günden sonra Vada tam bir kadın gibi davranmıştır (Kissling, 2002). Görülen o ki televizyonda da adet görme bir tabu ve utanılacak bir şey olarak vurgulanmaktadır.

Chrisler ve Zittel’in (1998) 26 Litvanyalı, 27 Amerikalı, 20 Malezyalı ve 23 Sudanlı üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, Litvanyalı öğrencilerin menarş yaşı 13.5, Amerikalı öğrencilerin 12.5, Malezyalı öğrencilerin 12.9, Sudanlı öğrencilerin ise 13.5 olarak saptanmıştır. Litvanyalıların %50’si, Sudanlıların %78’i, Amerikalıların %89’u ve Malezyalıların %90’ı adet görmeye önceden hazırlıklı olduklarını belirtmişlerdir. Amerikalı 2 öğrencinin anneleri adet görme ile ilgili yanlış bilgi vermişler ve yalan söylemişlerdir. Öğrencilerin %10’u adet görme ile ilgili önbilgiyi alamamışlar ve gerçekten adet görmek nasıl bir şeydir bunu anlayamamışlardır. Litvanyalı bir öğrenci, Sudanlı iki öğrenci ve Malezyalı iki öğrenci adet gördüklerini birkaç ay

boyunca anneleriyle paylaşmamışlardır. Öğrencilerden sadece biri adet olduğu için çok mutlu olduğunu, kendisiyle gurur duyduğunu ve hemen Sudan’da yaşayan babasına mektup yazıp durumu bildirdiğini belirtmiştir. Litvanyalılar adet görme ile ilgili duygularını korku, mutluluk ya da hiç bir şey hissetmeme olarak açıklarken, Amerikalılar utandıklarını, başkalarının fark edeceğini düşünerek kaygılandıklarını dile getirmişlerdir. Malezyalılar korktuklarını ve utandıklarını dile getirmişler ve son olarak Sudanlılar korktuklarını, telaşlandıklarını, utandıklarını ve sinirlendiklerini belirtmişlerdir. İki Litvanyalı, 7 Sudanlı, 9 Malezyalı ve 10 Amerikalı öğrenciye ilk adet oldukları zaman kutlama yapılmıştır. Üç Malezyalı öğrenci ise dini geleneklerden dolayı adet sonrasında duş aldıklarını belirtmiştir. ‘Litvanyalı öğrenciler adet gördükten sonra hayata başka bir bakış açısıyla baktıklarını, hayat hakkında daha fazla düşünmeye başladıklarını, yaşamı daha önemli bulduklarını, kendilerini doğanın bir parçası olarak görmeye başladıklarını, kendilerini daha değerli bulduklarını, daha fazla sorumluluk almış gibi hissettiklerini, kendilerini daha zeki hissettiklerini, anne olmanın ‘gizli sırrı’ nı öğrendiklerini ve artık kadınların dünyasına girdiklerini düşünmektedirler. Amerikalı öğrenciler hala spor yapıp yapamayacakları konusunda endişe taşıdıklarını, bir başarı elde ettiklerini düşündüklerini, henüz adet görmemiş olan arkadaşlarının yanında kendilerini daha iyi hissettiklerini ve cinsellik hakkında bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Malezyalı öğrenciler kendilerini bilge, saygı duyulması gereken, büyük ve olgun hissettiklerini belirtmişlerdir. Son olarak Sudanlı öğrenciler ise artık çocuk sahibi olabileceklerinin farkına vardıklarını, kendilerini daha rahat ifade edebileceklerini düşündüklerini, kendilerini daha güzel hissettiklerini, farkındalıklarının ve sorumluluklarının arttığını, yürüyüşlerinin bile değiştiğini, hayatlarının en güzel döneminin bu dönem olduğunu’ belirtmişlerdir. Ek olarak, Sudanlı ve Malezyalı öğrenciler artık çocukluk döneminin bittiğini ve davranışlarının kısıtlı olması gerektiğini savunmaktadırlar. Malezyalı öğrencilerden biri astım olduğu bahanesini öne sürerek artık erkeklerle oynamayacağını

belirtirken bir diğeri hamile kalma tehlikesine karşı erkeklere artık gülümsemeyi bıraktığını belirtmektedir. Almanya’da yapılan çalışmalar ise annelerin kızlarına adet görmeyi kirli, iğrenç ve gizli saklı kalması gereken bir şey olarak aktardıklarını göstermektedir (Beausang ve Razor, 2000).

Beausang ve Razor’ın (2000) Amerika’da üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ilk adet gördükleri gün yaşadıkları duygunun “panik, travmatik, utanç verici ve korkunç” olduğunu belirtmektedirler. Bir katılımcı hiç beklenmedik bir anda 9 yaşında adet gördüğünü belirtmiş, ailesine söylemeye korkmuş, Tanrı’nın kendisini cezalandırdığını düşünmüş ve lekeli iç çamaşırını saklamıştır. Çamaşırın bulunmasından korktuğu için de onu arka bahçeye gömmüş, komşunun köpeği arka bahçede gezinirken onun çamaşırını aradığını düşünmüştür. Bir başka katılımcı ise adet gördüğü ilk gün çığlık atıp annesine seslenmiş, annesi adet gördüğünü anlayınca gülmeye başlamış ve ona hijyenik ped vermiştir. Katılımcı ise bu duruma aşırı korkarak ve incinerek tepki vermiştir. Bu çalışmada katılımcılar adet görme ile ilgili bilgiyi kardeşlerden, arkadaş gruplarından, büyükannelerden, kitaplardan, öğretmenlerden, medyadan ve aile dostlarından almışlardır ancak anneler adet görme hakkında konuşmaya önce okulda konuşulduktan sonra konuşmaya başlamışlardır. Bu “hassas konu” hakkında konuşmak istemeyen annelerin kızları ise başka kaynaklara yönelmişlerdir. Örneğin, bir katılımcı okulda bu konu konuşulurken öğretmenin “Duş almak mı... Adetken duş almayı *asla istemezsin!*” demiş olmasına rağmen kendini iyi hissettiğini ve en azından bir saat bile olsa birisinin kendisiyle bu konu hakkında konuşmasından mutlu olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak, genç kızlar direkt olarak ya da dolaylı olarak kültürün adet görmeye ve cinselliğe olan bakış açısından çok fazla etkilenmektedirler ve bu çalışma annelerin ve sağlık personellerinin hala adet görme hakkında konuşmanın bir tabu olarak gördüğünü ortaya koymaktadır.

Güneş ve arkadaşlarının (1997) Malatya’da yaptıkları çalışmada katılımcılara adet görmeye ilgili duygu ve düşünceleri sorulduğunda %50.8’i bunu “Doğal bir olay” olarak karşılarken, %49.2’si “Tiksinme, korku, pislik, nefret etme ve keşke erkek olsaydım” gibi olumsuz düşüncelerle karşılaşmaktadır. Buna paralel olarak, katılımcıların çoğu adet görmeyi ve adet öncesi gerginlik sendromunu doğal karşılamamaktadır. Adet öncesi gerginlik sendromu sıklığı, tüm katılımcılarda % 21 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, adet görmeye alakalı olumsuz düşünceler ve hissedilen korku adet öncesi gerginliği arttırmaktadır. Buna ek olarak, annesinde ve kardeşinde adet öncesi gerginlik sendromu olan kadınların %18’inde de bu sendrom bulunmaktadır ve ev hanımlarına oranla çalışan kadınlarda adet öncesi gerginlik sendromu daha fazladır.

1.3.1. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Kadınların Ruh Sağlığı İle Olan İlişkisi

Adet öncesi gerginlikten kadınların %90’ı fiziksel ve duygusal şikayetlerde bulunarak olumsuz etkilenmektedir. Bunların en yaygını depresyon, anksiyete, derin düşüncelere dalma ve huzursuzluktur. Adet döngüsü ile ruh sağlığı (özellikle anksiyete ve depresyon) arasındaki ilişki araştırmacıların çok ilgisini çekmektedir (Ayatollahi ve ark., 2002; Bakr ve Ez-Elarab, 2010; Barnard ve ark., 2003; Endicott ve ark., 1981; Lane ve Francis, 2003; Strine ve ark., 2005; Sigmon ve ark., 2009; Yonkers ve ark., 2003) çünkü bu semptomların şiddeti ruh sağlığı ile ilişkilidir (Halbreich ve ark., 2003; Strine ve ark., 2005). Ruh sağlığı ve anksiyete ile ilgili semptomların adetten önce (luteal evrede) çok sık yaşandığı düşünülmektedir (Bhatia ve ark., 1999; Nur ve ark., 2007).

Adet döngüsü ve adet görmeye ilişkin ruh sağlığı bozuklukları bazı kadınlar için ciddi önem taşımaktadır (Vigod ve ark., 2010). Adet öncesi gerginlik sendromunun hafif, orta ya da ağır dereceli semptomlar olduğunu ayırt etmek gerekir çünkü hafif ve orta dereceli semptomlar

adet öncesi gerginlik sendromu değil, adet öncesi değişimlerdir ve içinde aşırı uçta olan davranışları ve antisosyal davranışları barındırmamaktadır (Eastel, 1991; Pal ve ark., 2011). Hafif derecede adet öncesi gerginlik sendromu olan birey kişisel, sosyal ve iş yaşamında olumsuz yönde etkilememekte, orta derecede sendromu olan birey yaşamının bu üç alanından da olumsuz yönde etkilemekte ancak yaşamına ideal bir şekilde devam edebilmekte, ağır derecede sendromu olan bireyin ise yaşam alanı tamamen etkilenmekte ve birey yaşamdan geri çekilmektedir (PulsePlus, 2011).

Hafif semptomlar kadınların %95'inde etkili olmakta, orta dereceli semptomlar kadınların %40'ında etkili olmakta ve ağır derecedeki semptomlar kadınların %5'inde etkili olmaktadır (Logue ve Moos; 1986; O'Brien,1993). Adet öncesi rahatsızlık sendromu (PMDB) olan kadınlar intihara eğilimli olmaktadır (Baca-Garcia ve ark., 2004; Coughlin, 1990). Dalton'a göre (1959) kadınların %53'ü intihara teşebbüsü ya adet öncesi dönemde ya da adet döneminde işlemektedirler. Bu kadınların %66'sı öfkeleri yüzünden, %60'ı endişeleri yüzünden, %59'su yaşadıkları fiziksel semptomlar yüzünden, %53'ü duygusal nedenler yüzünden ve %50'si ise depresif ruh halleri yüzünden intihar etmektedirler (Baca-Garcia ve ark., 2004). Konu bu açıdan ele alındığında sendrom sadece bireyi değil aile üyelerini ve toplumu da etkilemektedir (Koci ve ark., 2006). Toplum çalışmaları adet döneminde kadınların %50'sinin düşük şiddette de olsa bir takım duygusal değişiklikler yaşadığını göstermektedir (Slade, 1989). Kadının adet görmeye ilişkin bakış açısını da toplum oluşturmaktadır (Hellman, 2010). Diğer yandan, kadınların %5'i ise hiçbir semptomu yaşamamaktadır (Logue ve Moos; 1986; O'Brien,1993).

Erbil ve arkadaşları'nın (2011) Ordu'da 15-49 yaş aralığında olan 11092 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların hafif düzeyde adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıkları bulunmuştur. Fisher ve arkadaşlarının (1989) yaptığı çalışmada ise % 96 oranında hafif ve % 43 oranında ciddi adet öncesi gerginlik sendromu bulunduğu saptanmıştır. İsrail'de yapılan bir

araştırmada genç kızların %80'inde en az bir semptom bulunduğu ve %25'inde de adet öncesi gerginlik sendromu olduğu bulunmuştur (Shye ve Jaffe, 1991). Her lkede değişen bu yüzdelerin sebebi kültürel bakış açısından kaynaklanmaktadır. Örneğin 1990'lardan önce in'de adet kanaması bir tabu olarak algılanmaktaydı; kirlilik ve pislikle ilişkilendirilmekteydi (Tang ve ark., 2003).

Adet ncesi gerginlik sendromu terimi toplum tarafından çok kolay kullanılabilmekte, kadınlar hemen etiketlenebilmekte ve kadınlar için olağan bir süreç olarak görülmektedir. Konuya kültürel açıdan bakıldığında ağır dereceli adet öncesi gerginlik sendromuna sahip olan kadınlar ellerinde her hangi bir kanıt olmadığı halde yalnız olmadığını ve tüm kadınların da kendisi gibi bir çok ağır semptom taşıdığına inanmaktadır (Chrisler ve ark., 2006). Öte yandan, diğer kadınlar da kendilerinde adet öncesi gerginlik sendromu olacağı beklentisiyle yaşamaktadırlar. Bu yolla kadınlar kendilerinde meydana gelen duygu ve davranış değişimleri adet öncesi gerginlik sendromuna yordamakta ve bunu 'kadın' olmanın ve kadınsılığın bir tanımı olarak görmektedirler. Toplumsal kadın rolleri ile adet döneminde yaşanan stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Cosgrove ve Riddle, 2003).

Kadınlar, 200' aşkın adet öncesi gerginlik semptomu betimlemişlerdir (Halbreich, 2004). PMS kadınları hafiften şiddetliye doğru %10 ile %80 arasında etkilerken, PMDB %3 ile %8 arasında etkilemektedir (Baker ve Driver, 2007). Kadınların %95'i adet öncesi gerginlik sendromunu birden fazla semptom halinde yaşamaktadırlar (Tekada ve ark., 2006). Abplanalp'e göre (1983) semptomların sayısı ve çeşidi bir çalışmadan bir çalışmaya göre, bir kadından bir kadına göre, bir adet döngüsünden bir adet döngüsüne göre değişebilmektedir ve PMS'yi tam anlamıyla tarif eden bir semptom bulunmamaktadır. Adet döngüsü ile alakalı belirtiler, ne zaman adet göreceği ve bu belirtilerin şiddeti adet döngüsüyle alakalı bozukluklarda tanı koyma kriteri

oluşturmaktadır (Akdeniz ve Karadağ, 2006). Adet öncesi gerginlik sendromunun en ciddi hali premenstrual disforik bozukluktur (PMDD).

Premenstruel disforik bozukluk için DSM-IV-TR tanı kriterleri şu şekildedir: “**A.** Son yıl içinde çoğu menstrüel siklusta, luteal evrenin son haftası sırasında, zamanın büyük bir bölümünde belirtilerden en az biri (1), (2), (3) ya da (4) olmak üzere, aşağıdaki belirtilerin beşi (veya daha fazlası) bulunmuştur, folliküler evrenin başlangıcından sonra birkaç gün içinde bu belirtiler düzelmeye başlamıştır ve menstrüasyondan sonraki hafta kaybolmuştur. (1) Belirgin olarak depresif duygudurum, (2) umutsuzluk duyguları ya da değersizlik düşünceleri; (3) belirgin anksiyete, gerilim, ‘coşkulu’ ya da ‘sınırdan’ olma duyguları; (4) duygulanımda belirgin değişkenlik (örn. kendini aniden üzgün ya da ağlamaklı hissetme ya da reddedilmeye duyarlılık artma); (5) sürekli ve belirgin öfke, irritabilite ya da kişilerarası çatışmalarda artma; (6) olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. iş, okul, arkadaşlar, hobiler); (7) öznel olarak dikkati yoğunlaştırmada zorluk; (8) uyuşukluk, kolay yorulma ya da belirgin enerji yitimi; (9) iştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da belirli gıdalara aşırma; aşırı uyku ya da uykusuzluk; (10) öznel olarak bunalma ya da denetimden çıkma duygusu; (11) memelerde gerginlik ya da şişkinlik, baş ağrıları, eklem ya da kas ağrısı, ‘şişkinlik’ duygusu, kilo alma gibi diğer fiziksel semptomlar. **B.** Bu bozukluk belirgin olarak iş ya da okulu ya da olağan toplumsal etkinlikleri engeller (örn. toplumsal etkinliklerden kaçınma, okul veya işte üretkenlikte ve etkinlikte azalma). **C.** Bu bozukluk sadece Majör Depresif Bozukluk,

Panik Bozukluğu, Distimik Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.” (s. 1106-1107)

DSM-IV, PMDB için tanı ölçütleri verirken, PMS için vermemiştir ancak PMS'nin PMDB'den daha hafif şiddette olduğunu belirterek bu şekilde ayırt edilebileceğini açıklamaktadır. Adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) ve adet öncesi rahatsızlık sendromu (PMDB) literatürde birbirinin yerine kullanılan kavramlardır (Sveindottir ve ark., 2002). PMS ve PMDB için tanı koyma kriterlerinin sağlamlığı artarken bu iki bozukluğun diğer duyu durum bozukluklarından olan farkı konusunda uzmanlar bir fikir birliğine varamamışlardır. (Akdeniz ve Karadağ, 2006). Örneğin Dalton (1959) hastaneye depresyonla başvuran kadınların üçte birinin adet döneminde olduğunu saptamıştır.

Erbil ve arkadaşları (2010) Ordu'da üniversite yurdunda 380 genç kadınla çalışma yapmışlardır. Kadınların ortalama ilk adet gördükleri yaş 13.38'dir. Katılımcıların %23.7'si adet görme ile ilgili bilgileri okuldan öğrendiklerini, %59.7'si annelerinden öğrendiklerini belirtmişlerdir. Ancak bu genç kadınların %82.7'si adet görme ile bilgiyi adet görmeden önce alırken %77.6'sı adet gördükten sonra yani 13 yaş üstüdeyken almışlardır. Katılımcıların %16.3'ünde kansızlık bulunmaktadır. Adet öncesi gerginlik ve adet ağrısı %85.7 katılımcıda bulunmaktadır. PMS puan ortalamaları 112.27'dir. Soğuk havalarda %43.3, önemli bir sınav öncesinde %39 ve aile problemlerinde %28.3 oranında adet öncesi gerginlik sendromu artmaktadır. Kadınların %68.3'ünde iştahlarında bir değişme, %65.7'sinde sinirlilik, %47.7'sinde yorgunluk, %65.3'ünde şişkinlik, %61.7'sinde ağrı, %51.3'ünde depresif duygular yaşanmakta, %46.7'sinde uyku düzeni değişmekte, %34'ünde depresif düşünceler oluşmakta ve %18.7'sinde endişe oluşmaktadır. Bu çalışmada adet ağrısı olan kadınların %52.1'inde adet öncesi gerginlik

sendromu olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Lombardi ve arkadaşları da (2004) adet sancısıyla adet öncesi gerginlik sendromunun paralellik gösterdiğini belirtmektedirler.

Kadınlar “adet öncesi rahatsızlık sendromu”nu (PMDB) ortalama 6.4 gün çok ciddi bir şekilde geçirmektedir. Bu rakam adet öncesi rahatsızlık semptomlarını bir kadının tüm yaşamı boyunca 2938 gün, yani 8 yıl yaşadığını göstermektedir (Hylan ve ark., 1999). Adet öncesi rahatsızlık sendromu kadının yaşamında çok fazla problem oluşturabilmekte ve kadının yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Mishell, 2005). Örneğin, işverenler kadınlara yüksek ödenekli iş koşulları da sağlamayı reddetmektedirler (Phillips ve Bedeian, 1989). Tanı konulan adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınlarda hayat boyu depresyon görülme sıklığı %30-76 arasında değişmektedir (Baker ve Driver, 2007). Hylan ve arkadaşlarının (1999) Amerikan, İngiliz ve Fransız kadınlarıyla yaptıkları araştırma sonucunda, kadınların %50’sinin adet öncesi gerginlik semptomlarının 3-5 gün arasında değiştiğini görmüşlerdir. Her üç ülkede de kadınların % 21-30’unun sosyal yaşamı, iş ve okul hayatları, %7-10’unun ev yaşamı ve büyük çoğunluğu oluşturan %64-69’unun tüm hayatı adet öncesi gerginlik sendromundan etkilenmektedir. Bu kadınların %11-38’i bu nedenden dolayı işlerini kaybettiklerini belirtmişlerdir. Kadınların %90’ı tedavi görmektedirler. Fransa, Kanada, İngiltere ve Amerika’da adet öncesi gerginlik sendromu tanısı almış kadınlara mahkemede ceza indirimi yapılmaktadır ve 1956 ile 1969’da yapılan çalışmalarda PMS’nin neden olduğu işe devamsızlığın Amerika Birleşik Devletleri endüstrisinde 5 milyar dolarlık bir kayba neden olduğu ileri sürülmüştür (Mishell, 2005; Borenstein ve ark., 2007; Akdeniz ve Gönül, 2004).

Türkiye’de Müderris ve arkadaşlarının yaptığı (1999) bir çalışmaya göre adet öncesi gerginlik sendromu sıklığı %76 iken, adet öncesi rahatsızlık sendromu %4-8 olarak bulunmuştur. Tekada ve arkadaşlarının (2006) Japonya’da yaptığı çalışmaya göre de bu oran %5.3’tür. Angst ve arkadaşlarının (2001) İsviçre’de yaptıkları çalışmada şiddetli adet öncesi gerginlik sendromu

yaşayan kadınların oranı %8.1, orta düzeyde yaşayan kadınların oranı %13.6, hafif düzeyde yaşayan kadınların oranı ise %30.6 çıkmıştır. Orduda çalışan kadınların adet öncesi gerginlik sendromu oranı ise %69'dur (Hourani ve ark., 2004). Adet öncesi gerginlik sendromu olmayan kadınlar ise, daha az adet görmeyi tercih etmekte ve adet görmeyi yaşamı olumsuz etkileyen bir süreç olarak değerlendirmektedirler. Aktif olarak cinsel hayatı olan kadınların %75.6'sı adet döngülerinin cinsel hayatlarını olumsuz etkilediğini, %28.4'ü iş yaşamlarını olumsuz etkilediğini, %48.4'ü fiziksel egzersiz yapmalarını olumsuz yönde etkilediğini ve %26.7'si elbise seçimlerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedir. Buna ek olarak, eğer bu kadınlara bir şans verilseydi adet görmemeyi tercih ettiklerini (%28.5) veya adet görme sıklıklarının azalmasını istediklerini (%27.8) belirtmişlerdir. Daha genç olan kadınlar 3 ayda bir adet görmeyi tercih ederken, yaşı daha büyük olan kadınlar adet görmenin tamamen kesilmesini tercih etmektedirler. Adet görme sıklığının azalmasını isteyen kadınların %56.8'i bunun için her gün ilaç kullanabileceklerini, %24.3'ü spiral taktırabileceklerini ve %18.9'u ise kaslarının içini etkileyen bir iğne vurdurabileceklerini vurgulamışlardır (Ferrero ve ark., 2006).

Derman ve arkadaşları'nın (2004) yaptığı çalışmada adet gören 171 kızdan 105'i DSM-IV'te yazan adet öncesi gerginlik sendromu kriterlerine uymaktadır. Bu da katılımcıların %61.4'ünde adet öncesi gerginlik sendromu bulunduğunu göstermektedir. Katılımcıların 12'sinde adet düzensizlikleri ve adet öncesi gerginlik sendromu birlikte bulunmaktadır ancak çıkan sonuçlarda adet öncesi gerginlik sendromunun adet düzensizliğiyle bir ilişkisi olmadığı belirtilmektedir. Kızlardan 52'sinin hafif derecede adet öncesi gerginlik sendromu oranı %49.5, orta derecedeki oranı %37.1 ve ağır derecedeki oranı %13.4'tür. En sık görülen semptomlar duygu değişimleri (%59.1), stres (%87.6) ve öfkelenme (%87.6)'dir.

Görülen belirtiler arasında öfke, kaygı, gerginlik, kolayca ağlamak, duygu değişiklikleri, depresyon, ani öfkelenme, kafa karışıklığı, sosyal olarak geri çekilme, unutkanlık, aşırı uyuma-

uykusuzluk, yorgunluk, konsantre olmada güçlük, karın ağrısı, göğüs şişkinliği, eklemlerde ödem, kas ağrısı, sivilce, yemek tüketiminde artış, umutsuzluk, kabızlık, aşırı susama, mide bulantısı, kaygı, kitlenmişlik hissi, sınırdan olma hissi ve baş ağrısı yer almaktadır (Braverman, 2007; Gehlert ve ark. 2009; Mass ve ark., 2008; Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Siegel, 2003; Wong, 2011; Woods ve ark., 1982;). Semptomlar adet döneminden önce adet öncesi dönemde daha yaygın bir şekilde görülmektedir (Wong, 2011). Bu belirtiler de kadının (%2-10) iş, okul, aile ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Mass ve ark., 2008; Doruk ve ark., 2009; Gehlert ve ark. 2009).

Steiner ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada hafif ve ciddi düzeyde adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınların (%84.8), %91.4'ü öfkelerinden, %84.8'i fiziksel yakınmalardan, %84.5'i enerji eksikliğinden, %77'si ağırlaşmış olmalarından, %76'sı endişeli olmalarından, %71.6'sı depresif ruh hallerinden, %66.7'si aşırı yemelerinden, %63.8'i kendilerini yenik düşmüş hissetmelerinden, %54.1'i yaptıkları işe olan ilgilerinin azalmasından ve %51'i eve olan ilgilerinin azalmasından yakınmışlardır. Kadınların %90'ı adet öncesi gerginlik sendromu yaşamakta ve bu dönemde %15 ile %20 oranında kadınların günlük yaşamları, kişisel tutumları, sosyal ilişkileri ve iş yaşamları olumsuz yönde etkilenmektedir (Siegel, 2003; Ussher, 2003a; Deuster ve ark., 1999; Hylan ve ark., 1999). Tanrıverdi, Selçuk ve Okanlı'nın (2010) yaptığı çalışmada ise öğrencilerin PMS puan ortalamalarını 121.94 bulmuştur. Bu dönemde öğrencilerin %82'sinin iştahlarında değişim, %78'inin kendisini sinirli hissetmesi, %72.8'inin ağrı yaşadığı, %69'unun şişkinlik hissettiği, %66'sının kendisini yorgun hissettiği, %61.1'inin depresif ruh haline büründüğü, %55.9'unun uykularında değişim olduğu, %52.5'inin depresif düşüncelere sahip olduğu ve %29.6'sının anksiyetesinin arttığı bulunmuştur.

Dismenore (adet döneminde hissedilen ağrı) genellikle adet görmeden bir gün önce ya da adet ilk günü ortaya çıkmakta, bireyin karın, kasık ve bel bölgelerinde etkili olmakta ve adet

bitimiyle beraber son bulmaktadır (Taşcı, 2006). Adet öncesi gerginlik sendromunu şiddetli yaşayan kadınların çok fazla uykusuzluk ve yorgunluk çektikleri bulunmuştur bu da PMS tanı kriterlerine uygun bir şekilde geç luteal evrede oluşmaktadır (Baker ve Colrain, 2010).

Öztürk, Tanrıverdi, Erci (2011) Erzurum'un Yenişehir ilçesinde 301 katılımcıyla yürüttükleri çalışmada katılımcıların %79'unun adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıklarını bulmuşlardır. Erzurum'da bir diğer çalışma Eryılmaz ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Katılımcıların adet oldukları yaş ortalaması 13.2'dir. %2.5'inin adet kanaması 1-2 gün sürmekte, %71.6'sının 3-6 gün sürmekte ve %25.8'i 6 günden uzun sürmektedir. Katılımcıların %55.7'si ağrı nedeniyle okuldaki performanslarının düştüğünü, %50'si derslere odaklanamadıklarını, %26.9'u cevabını biliyor olmalarına rağmen sınav sorularını cevaplayamadıklarını, %4.5'i test çözemediklerini, %18.6'sı okula gidemediklerini, %77.3'ü aile üyeleriyle anlaşamadıklarını, %14.4'ü evi terk etmek istediklerini, %8.3'ü günlük işlerinde sorumsuz davrandıklarını, %32.1'i arkadaşlarıyla geçinemediklerini, %55.4'ü sınırlı olduklarını, %37.2'si hiç kimseye görüşmek istemediklerini, %7.4'ü etrafındaki arkadaşlarını huzursuz ettiklerini belirtmişlerdir.

Lu'nun (2001) Tayvan'da yaptığı çalışmada, kadınların % 46'sı adet günlerinin tahmin edilebilir ve beklenebilir olduğunu, % 78'i adet görmenin doğal bir olay olduğunu, %37-39'u adet görmenin kişiyi zayıflatan ve can sıkıcı bir olay olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %32'si adet döneminde olumsuz bir ruh halinde olduğunu belirtirken, % 32-45'i bu düşünceye katılmamaktadır. Tayvan'da bir diğer çalışma ise Chayachinda ve arkadaşları tarafından (2008) hemşirelerle yürütülmüştür. Hemşireler, konumları gereği hem sağlık personeline hem de hastalara en yakın kişiler oldukları için pozisyonları önem kazanmaktadır. Bu anlamda hemşireler hem stresli bir iş yaşamına sahip oldukları, hem de ailelerine zaman ayırma zorluğu yaşadıkları için adet öncesi gerginlik sendromundan en çok etkilenecek olan gruptur (Hourani ve ark., 2004; Deuster ve ark., 1999). Sonuçlar adet öncesi gerginlik sendromu oranı %5.7 olarak

göstermektedir. Tayvan’lı hemşirelerin PMS oranı batıda çıkan sonuçlardan (5.1-%6.4) farklı değildir (Cohen ve ark., 2002; Steiner ve ark., 2003). İngiltere’de hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışma sonucunda da adet öncesi gerginlik sendromu % 6 olarak bulunmuştur (Chandra ve Chaturvedi, 1989). Hemşirelerin PMS yüzdesinin daha fazla olmasının sebebi ise, onların bunu daha kolay fark edebilmelerinden kaynaklanmaktadır. Öfke, yemeğe olan doyumsuzluk, az/aşırı uyku gibi yakınmalar Batı’lı ve Asya’lı katılımcılarda benzerdir (Steiner ve ark., 2003; Derman ve ark., 2004; Tekada ve ark., 2006). Taşcı (2006) Pamukkale Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde okuyan 122 öğrenciyle bir çalışma yapmıştır. Çıkan sonuçlarda öğrencilerin %9.8’i adet görme ile ilgili hiçbir bilgi almadığı, %53.3’ünün ilk bilgiyi annelerinden aldığı, %36’sının adet görme ile ilgili “korkma, utanma, paniğe kapılma ve şaşırma” gibi olumsuz tepkiler verdiği, %31.1’inin günlük yaşamlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür. Bu öğrencilerin ilk adet görme yaş ortalaması 13.27, ortalama adet görme süreleri ise 5.68 gündür. Bu dönemde bulantı yaşayan öğrencilerin sıklığı %10.7, bel ağrısı yaşayan öğrencilerin sıklığı %47.5, karın ağrısı yaşayan öğrencilerin sıklığı %59, sinirlilik yaşayan öğrencilerin sıklığı %44.3, halsizlik yaşayan öğrencilerin sıklığı %54.9, memelerde dolgunluk/ağrı yaşayan öğrencilerin sıklığı % 39.4, yüzde/ciltte sivilcelenme yaşayan öğrencilerin sıklığı %41, iştahı artan öğrencilerin sıklığı %32.8’dir. Adıgüzel ve arkadaşları (2007) Manisa kent merkezinde, 541 kadınla sağlık ocağında bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu araştırmayı önemli kılan çalışmayı yürüten grubun ebeler olmasıdır. Çünkü kadınlar adet öncesi gerginlik sendromunun bir rahatsızlık olmadığını düşünüp doktora gitmemektedirler. Araştırma sonuçlarına göre şiddetli adet öncesi gerginlik sendromu olan kadınların yaş ortalaması 26.9 iken, riski olmayan sendromlu grubun yaş ortalaması 31.2’dir. PMS’si olan grubun işlevsellik kaybı %72.7 iken, PMS’si olmayan grubun işlevsellik kaybı %27 olarak bulunmuştur. “En sık görülen belirtiler sırası ile sinirli veya huzursuz hissetme (%72); sıkıntılı hissetme (%67.3); karında dolgunluk,

rahatsızlık veya ağrı hissetme (%66.6); enerji azlığı veya çabuk yorulma (%66.6); bacaklarda yorgunluk hissi (%65.5) ve karında ara ara ağrı veya kramplar olmasıdır (%65.1).” Adet öncesi gerginlik sendromu tanısı için riskli grubun oranı %6.1 iken, sendromu orta şiddetli yaşayan kadınlar için bu oran %40.3’e yükselmektedir. Genel olarak bir değerlendirme yapıldığında ise PMS yaşayan kadınların oranı %3.3 ile %88 arasında değişmektedir.

1.3.2. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Sosyoekonomik Düzey İle Olan İlişkisi

Bir çok araştırmacı adet öncesi gerginlik sendromunun ırk, yaşam tarzı, kültür ve sosyoekonomik düzeyle olan ilişkisini araştırmıştır (Genç, Eğri, 1997; Deuster ve ark., 1999; Güneş ve ark., 1997).

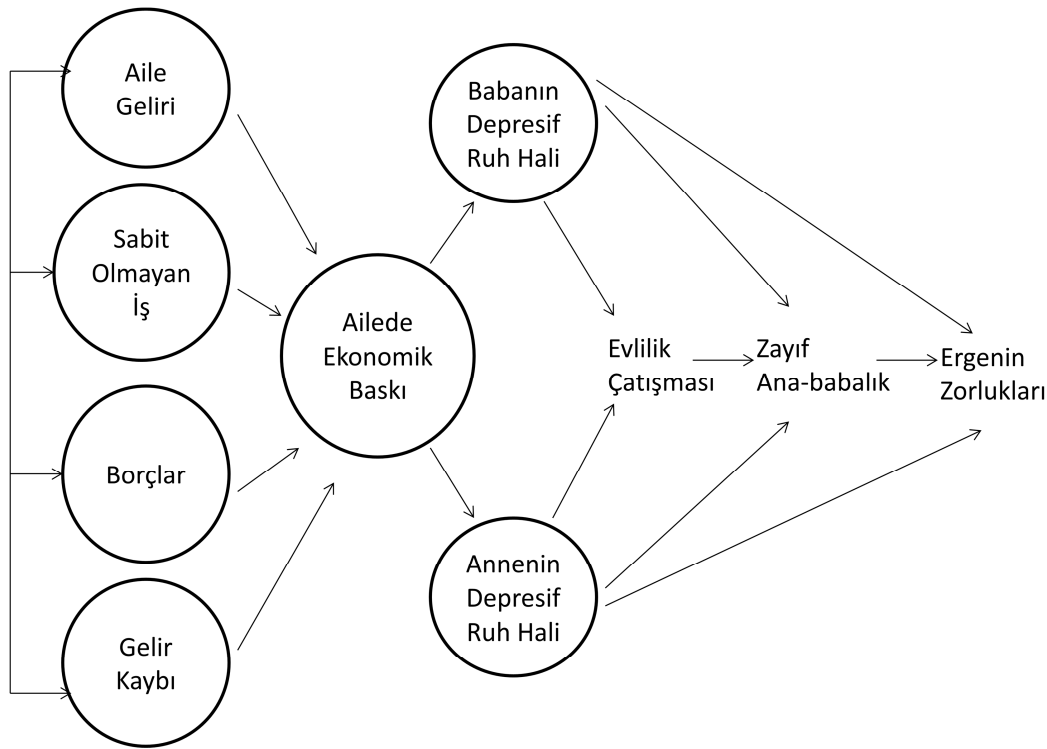
Ailenin toplum içindeki sosyal, ekonomik ve kültürel pozisyonu geleneklerin bir göstergesi olduğu için çocukların yetişme, gelişme ve yaşama eğilimleri de değişmektedir (Koivusilta ve ark.,2006). Adet öncesi gerginlik sendromu araştırılırken sosyoekonomik düzey ile eğitim seviyesinin ve kırsal/kentsel bölgelerin ilişkili olduğu düşünülerek araştırmalarda katılımcılardan bu bilgilerde alınmıştır (Kinyanda ve ark., 2011; Ray ve ark., 2010). Gelişmiş ülkelerde işin şekli ve işteki pozisyon da kişinin sosyal ve ekonomik düzeyini belirlemede güçlü bir etken olmaktadır (Bielicki ve ark., 1986).

Ailenin yaşadığı en büyük değişiklik ekonomiktir bu da kızlarının ergenlik dönemine girmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Bu dönemde büyüme çok hızlıdır ve aile mali anlamda kızlarının modayı takip etmesine, istediği CD’leri almasına, kozmetik ürünler satın almasına, elbiseler, müzik çalar ve video oynatıcıları almasına destek olmak durumundadır. Aile, yine ergen çocuğun üniversite eğitimi için para biriktirmeye çalışmaktadır (Steinberg, 2007).

Ciddi maddi problemler ailenin duygu durumunu etkilemektedir (Conger ve ark., 1993). Ailede bulunan ekonomik yetersizlik ilk ve orta ergenlik döneminde olan gençleri duygusal stres,

psikolojik iyilik hali ve kontrol odağı alanlarında olumsuz olarak etkilemektedir (Conger ve ark., 1999; Ge ve ark., 1996; Mistry ve ark., 2002). Erkeklerle kızlar karşılaştırıldığında ise düşük sosyoekonomik düzeydeki kızlar erkeklere göre daha çok stres ve depresyon yaşamaktadırlar (Davies ve Windle, 1997).

Şekil 1: Kavramsal Model (Conger ve ark., 1993).



Bazı araştırmacılar adet öncesi gerginlik sendromu ile sosyoekonomik düzey arasında bir ilişki bulunmadığını belirtirken (Silva ve ark., 2006; Wong ve Khoo, 2010; Wong, 2011) bazıları adet öncesi gerginlik sendromu ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Garg, Sharma ve Sahay, 2001).

Tortumluoğlu ve arkadaşlarının (2004) Erzurum'da yaptığı öğrencilerin ailelerinin ayda eline geçen para 50 TL ile 1000 TL arasında değişmektedir. Bir ayda eve giren ortalama para ise 261.86'dır. Bu öğrencilerin %14.6'sı adet görmeden önce bu konuyla ilgili bilgi adlığını

belirtirken, %85.4'ü bu konuyla ilgili hiçbir bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Bu oranın yüksek çıkmasının nedeni kırsal alanda yaşayan insanların adet görme konusunu gizli, ayıp ve kimseyle paylaşılmaması gereken bir konu olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır. Adet görmeyle alakalı bilgi alan öğrencilerin %40.1'i bu bilgiyi anne ve ablalarından, %22.6'sı akraba ve arkadaşlarından, %37.3'ü kitle iletişim araçlarından aldıklarını belirtmektedirler. İlk kez adet gören öğrencilerin %44.5'i bu durumu annesiyle, %20.5'i ablasıyla, %17.5'i arkadaşlarıyla ve %17.5'i ise akrabalarıyla paylaştıklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin %65.7'si utanmış, %34.3'ü annelerinin kızma ihtimaline karşı korkularından paylaşmamışlardır. Öğrencilerin %5.1'i ilk kez 11 yaşında, %19.7'si 12 yaşında, %48.9'u 13 yaşında ve %26.3'ü 14 yaşında adet görmüşlerdir. Bu öğrencilerin %24.8'i adet görmeyi normal karşılamış, %24.1'i korkup ağlamış, %24.1'i şaşırmış, %16.1'i üzülmüş, %10.9'u utanarak ağlamıştır. Adet görmeyi normal karşılayan öğrenci oranı %24.8 iken, adet görmeyi olumsuz duygu ve düşüncelerle karşılayan öğrenci oranı %75.2'dir. Buna ek olarak, araştırma sonuçları babaların eğitim seviyesinin de kız çocuğunun adet görmeyi olumlu ya da olumsuz karşılamasında etkili olduğunu göstermektedir. İlkokul mezunu babanın kızıyla karşılaştırıldığında ortaokul mezunu babanın kızı adet görmeyi daha normal karşılamaktadır. Bu araştırmaya bakarak söylenebilir ki, kırsal kesimdeki kız çocukları adet görme ile ilgili önceden yeteri kadar bilgi alamamakta, adet görme ile ilgili deneyimleriyle yalnız baş etmekte, korku, endişe, üzüntü ve ağlama gibi duygular hissetmektedir (Garg ve ark., 2001; Yörükoğlu, 2008). Ek olarak, adet görmeyi tabu haline getirmiş bir toplum adet öncesi gerginlik sendromuna daha açık bir hale gelmektedir (Garg ve ark., 2001).

Pınar ve arkadaşlarının (2011) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada anne-baba eğitim düzeyi ve ekonomik gelir arttıkça adet öncesi gerginlik sendromunun azaldığı ortaya çıkmıştır. Annesinde ve kardeşinde adet öncesi gerginlik sendromu bulunan kadınların bu sendromu yaşama sıklığı da aynı şekilde artmaktadır.

Taghizadeh ve arkadaşlarının (2008) Tahran'da yaptığı çalışmaya göre orta düzeyde sosyoekonomik düzeydeki kadınların %62.22'si orta, %8.89'u hafif ve %28.89'u şiddetli adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaktadırlar. Woods ve arkadaşlarının (1982) yaptığı çalışmada gelir seviyesi düşük olan kadınların adet döneminde kilo artışı, kramplar, sinir, baş ağrısı, huzursuzluk, duyu değişimleri gibi semptomları daha az yaşadıkları bulunmuştur.

Deuster ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları çalışmanın amacı, ırkın ve sosyoekonomik düzeyin adet öncesi gerginlik sendromunu ne düzeyde etkilediğini bulmaktır. Sonuçlar sosyoekonomik düzey açısından incelendiğinde, yılda \$ 20 000'dan düşük gelire sahip bireylerin adet öncesi gerginlik sendromu yüksek iken, yılda \$ 20 000'dan yüksek gelire sahip bireylerin adet öncesi gerginlik sendromu daha düşüktür. Bunun yanı sıra, iş sahibi olan kadınların iş sahibi olmayan kadınlara kıyasla adet öncesi gerginlik sendromlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kinyanda ve arkadaşlarının (2011) Afrika'da yaptığı çalışma her iki cinsiyetin ve sosyodemografik faktörlerin (eğitim, iş, dağılmış aile ve düşük sosyoekonomik düzey) adet öncesi gerginlik sendromu sıklığını arttırdığını göstermektedir.

Zegeye ve arkadaşları (2009) adet öncesi gerginlik sendromunu Etiyopya'nın kırsal ve kentsel bölgelerinde çalışmışlardır. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların çok daha fazla ağrı çektiğini, adet döngülerinin düzensiz olduğunu ve kanama miktarlarının fazla olduğunu bulmuşlardır. Ağrı çeken kadınların %48'i bu dönemde okula gitmemektedir. Katılımcıların %74'ünde adet öncesi gerginlik sendromu bulunmaktadır. Ray ve arkadaşlarının (2010) Hindistan'da yaptığı çalışma da kentsel bölgede yaşayan kadınların kırsal bölgede yaşayan kadınlara oranla daha fazla adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıklarını göstermektedir. Araştırmacılar, annelerin ve babaların eğitim düzeyinin belirleyici bir faktör olduğunu ancak sosyoekonomik değişkenlerin adet öncesi gerginlik sendromunu çok iyi açıklamadığını belirtmektedirler.

1.3.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Stres İle Olan İlişkisi

Birçok araştırmacı adet öncesi gerginlik sendromu ile stres arasında anlamlı bir ilişkili bulunduğunu göstermektedir (Deuster ve ark., 1999). Brattesani ve Silverstone'a (1978) göre adet görme sosyal ve kültürel durumlardan etkilenmekte; sosyal rollerinde geleneksel tutumu benimseyen kadınlar adet döneminde daha stresli olmaktadır. Gollenberg ve arkadaşlarının (2010) çalışmaları algılanan yüksek dereceli stresin kadınların adet öncesi gerginlik semptomlarını en ağır şekilde yaşamalarına yol açtığını ortaya koymaktadır.

Kadınlar adet öncesi dönemde yetersizlik, duygusal anlamda hassaslaşma ve stres yaşamaktadırlar. Kadınların bu dönemde yaşadığı olumsuzluklar beyinlerinde o şekilde yer etmekte ve adet dönemiyle ilgili olumsuz düşünce şemaları oluşturmaktadır, adet dönemiyle ilgili çok az mutlu anı hatırlayan kadın da stres yaşamaktadır (Bains ve Slade, 1988; Sabin ve Slade, 1999). Barclay ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışmada otobiyografik hafızanın adet öncesi gerginlik sendromundaki etkisi incelenmiş ve PMS yaşayan katılımcıların hafızalarında daha çok olumsuz ruh halinin yer ettiği ortaya çıkmıştır. Ancak bazı sosyokültürel yapılar kadını strese sokmaktayken bazıları ise kadını korumaktadır (Sabo, 1997).

Birçok kadının adet öncesi gerginlik sendromu stresini tanımlaması ev veya iş yaşamlarında yaşadıkları dışsal strestir (Ussher ve ark., 2007). Adet görmeye ilgili problem bildiren kadınlar ev dışında daha çok zaman geçiren kadınlardır (Strine ve ark., 2005). McMaster ve arkadaşlarının (1997) Afrika'da yaptığı çalışmada çalışan kadının çalışmayan kadına oranla daha fazla adet öncesi gerginlik sendromu yaşadığını bulmuşlardır. Leung ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2009) yaşanan stresin kadını işten soğutmakta, uyum içerisinde çalışmasına engel olmakta ve zayıf organizasyonel bir yapı oluşmasına sebep olduğunu göstermektedir. Araştırmacıların yaptığı görüşmede bir kadın "adet öncesi dönemde yaşadığım güçlüklerle normalde olduğu gibi baş edemiyorum" demektedir. Ek olarak bir çok kadın bu dönemde

kendilerini “patlamaya hazır bomba” ve “cinnet geçirerek sağa sola hücum eden kimse” olarak tanımlamaktadır (Ussher ve ark., 2007).

Adet öncesi gerginlik sendromunda ve dinin de etkisi olduğu düşünölmektedir. Lustyk ve arkadaşları (2006) Kafkas dinine (Müslöman ve Hıristiyan) mensup kişilerle (%93), Hıristiyanlarla (%65), Presbiteryan kilisesine mensup kişilerle (%17), Protestanlarla (%7), Luteranlarla (%4) ve Roman Katolikleriyle (%5) dinin adet öncesi gerginlik sendromuna olan etkisini araştırmışlardır. Çalışmanın sonuçlarına göre dini inancı çok fazla olan bir kişinin adet öncesi gerginlik sendromu çok şiddetli olmakta ve buna bağlı olarak yaşadığı streste en yüksek düzeyde olmaktadır.

Ersoy ve arkadaşlarının (2004) Manisa’da özel ve devlet lisesinde okuyan kız öğrencilerle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %21.3’ü düşük, %46.6’sı orta ve %32.1’i yüksek sosyoekonomik statüye sahiptirler. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki kızların adet görme süresi diğer iki gruba oranla daha uzun çıkmıştır. Adet görmeden önce bütün öğrenciler arkadaşlardan, kardeşlerden, dergilerden, televizyonlardan ve annelerinden bilgi almışlardır. Bilgiyi en çok annelerinden alan grup yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan gruptur. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki kızların korku, üzüntü ve kafa karışıklığı gibi tepkileri orta ve düşük sosyoekonomik düzeye göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Lustyk ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmadaki 114 kadından 44 kadının yüksek dereceli sendromlu grup, 38 kadının ise düşük dereceli sendromlu grup olduğunu belirlemiştir ve yüksek dereceli sendromlu grubun stres düzeyi yüksek, yaşam kalitesi düşük çıkmıştır. Stres seviyesi yüksek olan kadın etkili başa çıkma stratejilerini oluşturamamaktadır (Dağ, 1991).

Beck, Gevirtz, Mortola’nın (1990) yaptıkları çalışma, yaşanan fiziksel semptomların stresten daha önemli ve etkili olduğunu belirtmektedir. Araştırmacılar adet döneminde stresin etkisinin %20 olduğunu söylerken fiziksel semptomların 5–8 kat daha fazla olduğunu

belirtmektedirler. Benzer şekilde ülkemizde Müderris ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada da adet öncesi gerginlik sendromunun kadının günlük yaşamını etkilemediği bulunmuştur. Ancak, bu tür çalışmaların sayısı çok azdır. Diğer yandan Hovardaoğlu'nun (1997) araştırma bulgularında stresin fiziksel rahatsızlıklarla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Hovardaoğlu'nun (1997) aktardığına göre, fiziksel belirtilerin daha fazla ortaya çıkmasının nedeni kişinin stres yaratan olayla ilgili başa çıkma mekanizmasının ve olay üzerindeki kontrolünün yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır. Bu da uzun süreli stresin ve kontrol algısındaki bozulmaların fiziksel rahatsızlıkları arttırdığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar kadınların adet öncesi dönemde hafif ya da orta düzeyde stres yaşadıklarını göstermektedir (Siegel, 2003; Ussher, 2003a; Arslan ve Dökmeci, 1999). Deuster ve arkadaşlarının (1999) araştırma bulgularına göre de adet öncesi gerginlik sendromu kronik stres, insanların baş etme mekanizmaları, depresyon, kaygı ve diğer duygu durumlarıyla ilişkilidir ve bu alanda bir çok çalışma bulunmaktadır.

Marvan ve arkadaşları (1998) Meksika'da yaptıkları çalışmada kırsal ve kentsel hayatta yaşayan kadınları karşılaştırmışlardır ve şehir hayatı sürdüren kadınların PMS puanları daha yüksek çıkmıştır. Şehir hayatındaki kadınlar profesyonel iş hayatı içerisindeyken kırsal kesimde yaşayan kadınların profesyonel iş hayatı içinde olmamaları ve eğitim seviyelerinin düşük olması onların PMS puanlarını azaltmaktadır. Fiziksel semptomlara bakıldığında katılımcıların %30'u hafif, %41'i orta, %14'ü ağır, %1'i çok ağır semptomlar yaşamakta; %13'ü ise hiçbir semptomu yaşamamaktadır. Bu oranlar kırsal ve kentsel yaşam kadınlarında benzer şekildedir. Aynı benzerlik psikolojik semptomlarda da bulunmaktadır: katılımcıların %35'i hafif, %40'ı orta, %9'u ağır, %2'si çok ağır semptomlar yaşamakta; %14'ü ise hiçbir semptomu yaşamamaktadır. Semptomları çok ağır derecede yaşayan kadınlar kentte yaşayan kadınlardır. Profesyonel iş yaşamı göz ardı edildiğinde kırsal ve kentsel yaşam sürdüren kadınların oranlarında istatistiksel olarak anlamlılık ortadan kalkacaktır.

Sonuç olarak, araştırma sonuçları göstermektedir ki eğitim düzeyi yüksek olan kadınların PMS puanları da yüksektir. Yüksek eğitim düzeyi ve iş yaşamı stresle ilişkili olduğundan dolayı kadınların adet öncesi gerginlik sendromu puanları artmaktadır. Ek olarak, adet öncesi gerginlik sendromu ve adet görmeyele ilgili az da olsa psiko-eğitim alan kadınların depresyon, stres ve PMS düzeyleri düşüktür (Ussher ve Perz, 2006).

1.3.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Vücut Algısı İle Olan İlişkisi

Geçmişten bu yana kadınlar hep erkeklerin egemenlikleri altında yaşamışlar ve onlardan bağımsız hareket edememişlerdir. Toplumda oluşturulan kurallar çerçevesinde kadın bedenine sürekli farklı bir anlam yüklenmiştir. Bu da insanlarda farklı anlamalara ve algılara neden olmaktadır. Dinlerden yola çıkıldığında Yahudi ve Hristiyan dinleri kadını günahkar ve kötülüğün vücut bulduğu bir yapı olarak görmekte ve bu yüzden de kadın bedeninden uzak durulması gerektiği düşünülerek cinsel perhiz yapılması önerilmektedir. Sonradan gelen İslam dini ise cinsel perhize son vererek cinselliğe bir nebze de olsa kapı aralamıştır (Savran, 2010). Arkasından gelen dönemde Batı'da cadı avlarından sonra kadın bedeni üzerindeki ayrıcalıklı erkek egemen otorite konumuna yerleşen tıp bilimi ile birlikte ise, bu beden artık “çeşitli sıvılarıyla, adet kanıyla, plentasiyla, pisliğin, mikrobun yuvasıdır” anlayışı hakim olmuştur (Koçtürk, 1985; akt. Savran, 2010). Hemen arkasından Freud kadınların erkeklerin penisini kışkırtıcı ileri sürerek ve kadının bu kıskançlığın yönünü değiştirmek için çocuk sahibi olmak istediğini belirtmektedir. Toplumsal kanunların geçmişten günümüze kadın bedenine dair koydukları kurallar bir gelişme göstermekte ve bugün çok yönlü bir kadın bedeni imajı oluşmaktadır. Günümüz kadınlarının bedenleri “kışkırtıcıdır, hem namus simgesidir; hem kutsal anneliğin taşıyıcısıdır, hem pornografi nesnesidir; ince ama dolgun göğüslü ve kalçalı olmak zorundadır.” Kadın dışarıda hanımefendi, yatakta geyşa olmak zorundadır. Kadın sevişmeden

hem haz almak hem de hamile kalmak zorundadır. Toplum hem adet kanının kirli olduğunu söylemekte hem de anneliğin kutsallığından bahsetmektedir. Aynı toplum kadınların hem cinsel arzularını bastırmasını beklemekte hem de medyada kadın bedenini cinsel obje olarak kullanmaktadır. Kadına bu açıdan bakıldığında ise adet süreci, hamilelik, menopoz ve adet öncesi gerginlik sendromu kadında bir rahatsızlık olarak yer etmektedir (Savran, 2010).

Vücut algısı kavramı araştırmacılar için ciddi bir çalışma ve tartışma alanıdır (Usmiani ve Daniluk, 1997; Figert, 102). Çalışmaların altında yatan gizil etken ergen kızların bedenlerindeki değişimlerinden kaynaklanan yarattığı memnuniyetsizliktir (Clifford, 1971). Beden iki cinsi birbirinden ayıran en temel şeydir (Fredrickson ve Roberts, 1997). Kadınların büyük bir çoğunluğu bedenlerini beğenmemektedir ve bu da kadınların bedenlerine yabancılaşmasına neden olmaktadır (Hutchinson, 1983). Vücut algısı objektif bir olay değildir. Kişinin bedenini kendisinin nasıl değerlendirdiği ve gerçekten bedeninin nasıl olduğu beden algısını anlamak için çok önemlidir (Blyth ve ark., 1985). Beden algısı biyolojik bir olay değil, sosyal ve kültürel bir olaydır (Fredrickson ve Roberts, 1997).

Bütün kültürlerde kadını ve erkeği ayırt eden kurallar toplumun çok temel yapılarıdır. Çocuklarını sosyalleştirmek isteyen ebeveynler cinsiyet rollerini kadınsılık ve erkeksilik üzerine kurmaktadır. Çocuklar kendi başına hareket etme gücü, üreme organları ve işlevselliği, iş bölümü ve kişisel özellikleri gibi birçok şeyi öğrenmektedirler. Bu yolla çocuk cinsiyetin ne demek olduğunu beynine kodlamakta ve beyinde bir *cinsiyet şeması* oluşturmaktadır. Çocuk toplumun cinsiyet şemasını öğrendiği zaman cinsiyetiyle ve dolayısıyla kendisiyle bir bağ kurmaktadır (Örneğin kadınlar güçsüzdür, erkekler ise güçlüdür). Kurduğu bağı bir birey olarak kendi yeterliliğini değerlendirmeye başlayarak ve kendi şeması çerçevesinde (Örneğin tercihleri, tutumları, davranışları ve kişisel özellikleri) değerlendirmektedir (Bem, 1981). Çocuklar olumlu

beden algısını anne ve babalarından sözlü veya sözsüz mesajlar yoluyla öğrenmektedirler (Hutchinson, 1983).

Çocukluğunda gözünün güzel, saçının çirkin olduğu vurgulanan bir çocuk bu bilgiyi hayatı boyunca unutmamaktadır. Çocuk, ergenlik dönemine geldiğinde ise öğrendiği bu güzel-çirkin kavramları ona duygusal durumlar yaratmakta ve bedenine karşı aşırı duyarlı bir hale getirmektedir (Köknel, 2010). Olumsuz beden algısının oluşma zamanı her yaşta olabilmektedir ancak en çok ergenlik döneminde oluşmaktadır (Hutchinson, 1983). Genç kızlar ideal güzellik kriterlerini kültürel standartlara göre belirlemektedirler. Bunu yaparken de hep gözle görülen gelişmelere odaklanırlar (örneğin memelerin büyümesi gibi) (Hutchinson, 1983; Tsekeris ve Alexias, 2012). Feminist araştırmacılar kadınların bedenlerine aşırı önem verdiklerini ve kendilerini “kadın bedendir” olarak tanımladıklarını belirtmektedirler (Greenspan, 1983; akt. Bergner ve ark., 2008). Bütün insanların bir bedeni bulunmaktadır ve bütün insanlar bir “beden”dir. Birey, yani sosyal aktör bedenini sosyal davranışlara ve düşüncelere göre kullanmakta ve idare etmektedir (Tsekeris ve Alexias, 2012); bu da yetişkinlerin çocuklarına öğrettikleri cinsiyet tabanlı yetişkin rolleriyle sosyalizasyon kazandırma çabasıdır (Bem, 1981).

Genç kızda toplumsal cinsiyet rolünün oluşması ile birlikte oluşan fiziksel değişimler toplumun yapısı ve beklentilerine uygun olarak gelişmekte ve genç kız uygun davranışlarını ve fiziksel görüntüsünü buna göre oluşturmaktadır (Bem, 1981). Usmiani ve Daniluk’un (1997) yaptığı araştırma göstermektedir ki adet gören, kendisini kadınsı olarak algılayan ve toplumsal cinsiyet rolüne uygun davranan genç kızların beden algıları olumsuzdur. Must ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada yetişkin kadınlardan ergenlik dönemlerini hatırlamalarını istemiştir. Bütün kadınların beden kitle indeksini %50’nin üstünde bir oranla daha kilolu hatırladıklarını bulmuşlardır.

Ergenlik dönemine erken girmiş olan genç kızların beden algıları daha olumsuzdur (Blyth ve ark., 1985). Olumlu beden algısına sahip olan genç kızların kendilik değerleri de yüksektir ancak buna bağlı olarak kaygı ve güvensizlik hisleri daha düşüktür (Secord ve Jourard, 1953; Usmiani ve Daniluk, 1997). Bu nedenle, kız çocuğunun kadınlığa geçiş yaptığı bu dönemde anneler kızları için nasıl davranmaları gerektiği konusunda, bu dönemde neler hissedebilecekleri konusunda ve bedenlerinin nasıl gelişeceği konusunda bir bilgi kaynağı ve yol gösterici olmalıdırlar (Usmiani ve Daniluk, 1997) çünkü bu dönemde kadınlar sosyal değerleri içselleştirmektedirler (Bergner ve ark., 2008). Genç kız adet görmeye başlamış olsa da olmasa da, adet görme ya da genital organlarla ilgili yapılmış olumsuz konuşmalar kızların bedenlerine olumsuz bakmasına ve bedenlerinden utanmalarına neden olmaktadır (Schooler, 2005). Schooler ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada adet görmeye ilişkin rahat tutum sergileyen kadınların vücutlarını daha doğru değerlendirdiği ve vücutlarıyla mutlu olduklarını bulmuşlardır. Kadının bedeninden utanmasının nedeni ise bedenini nesnelleştirmesinden, başkaları tarafından değerlendirmeye alınmasından ve tüketmesinden kaynaklanmaktadır (Fredrickson ve Roberts, 1997; Roberts, 2004). Kadının kendi bedenini beğenmemesi bireysel bir problem gibi görünse bile aslında sosyo-politik bir problemdir (Bergner ve ark., 2008).

Kadınlar ergenlik dönemi süresince vücutlarında başlayan değişime karşı çok hassastırlar ve benliklerini inşa ederken öncelikle önem verdikleri nokta fiziksel olarak nasıl göründüklerini belirleyen bedenleri olmaktadır (Oktan ve Şahin, 2010). Fiziksel değişikliğe ve fiziksel çekiciliğe en çok önem veren yaş grubu 16-22 yaş arasındaki orta ergenlik dönemindeki kadınlardır (Feingold ve Mazella, 1998). Bu dönemde kadınlar kendi vücutlarında başlayan değişime ayak uydurabilmeli ve kabul edebilmelidir (Oktan ve Şahin, 2010). Kadınlar adet görmeye başladıktan sonra vücut algılarının değiştiğini, kendilerini daha yaşlı, daha olgun ve daha kadınsı algıladıklarını belirtmektedirler (Chrisler ve Zittel, 1998).

Erkekler kadınlara oranla bedenlerini daha çok beğenmektedirler (Feingold ve Mazella, 1998; Clifford, 1971; Mendelson ve White, 1985; Clifford, 1971) ancak aslında kadınların bedenlerinden hoşlanmamaları ya da bedenlerini reddetmeleri erkeklere göre daha zordur çünkü kadınlar bedenleriyle çok daha fazla ilgilenmektedirler. Kadınların bedenlerini olumsuz olarak algılanmaları kültürün, medyanın, ailenin ve arkadaşların olumsuz değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır (Berg, Block Coutts, 1994; Oktan ve Şahin, 2010). Bu da benlik saygısının azalmasına sebep olmaktadır (Oktan ve Şahin, 2010). Diğer yandan, beden algısıyla IQ düzeyi karşılaştırıldığı zaman kadınlarda bir değişim olmazken, IQ düzeyi yüksek olan erkeklerin bedenlerinden memnun olmadıkları görülmektedir (Clifford, 1971).

Bergner ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma kadınlar arasında olumsuz beden algısının çok yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınlar nasıl göründüklerini kontrol etmeleri gerektiğine inanmaktadırlar. Kontrol edemedikleri zaman da bunun suçluluğunu yaşamakta, depresif düşüncelere sahip olmakta ve kendilerini kadınsı bulmamaktadırlar.

Adet görmeye başlama bir kadının yaşamında gelişimsel bir krizdir ve bu da kadının beden algısıyla ilgili düşüncelerini su yüzüne çıkarmaktadır. Eğer kadın bedeniyle ve beden algısıyla ilgili düşüncelerine bir çözüm bulamazsa bu onu anoreksia nervosa veya bulimia gibi yeme bozukluklarına kadar götürebilmektedir (Brumberg, 1982; Fairburn ve Cooper, 1982). Ek olarak, kadının adet öncesinde yaşadığı belirtilerin şiddeti yüksek olduğunda ve kadın bu sorunlarla baş edebilecek bir mekanizma yaratamadığında kendilik değerinde azalma ve beden algısında bir değişim ortaya çıkmaktadır (Çetin, Akdeniz ve Tamar, 2005). Adet öncesi dönemde yaşanan olumsuzluklar kadında “bu ben değilim” algısını oluşturmakta ve onu kendisinden uzaklaştırmaktadır (Ussher, 2003b). İstenmeyen olumsuz duygular istenmeyen fiziksel semptomlara sebep olmakta ve bu ikisi de beden algısıyla ilgili olumsuz düşüncelere sebep olmaktadır (Bains ve Slade, 1988).

Bazı kadınlar adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıkları için kendilerini cezalandırmak adına kendilerini patolojik vaka olarak görmekte ve kişisel tanımlama yaparken de kendilerine “öfkeli kaltak, deli melodi, aklını yitirmiş, tehlikeli” etiketini yapıştırmaktadırlar. Bu etiketin kaldırılmasında çevrenin özellikle de eşlerin empati kurarak kadına yardım etmesi gerekmektedir. Kadınlar eşlerinden adet öncesi dönemde duygularının değiştiğini fark etmelerini, kadının yaptıklarını kişisel algılamamalarını, öfkeyle tepki vermemelerini ve kadınları desteklemelerini istediklerini belirtmişlerdir. Eğer eşler bu durumu fark etmiyorlarsa kadınlar stres ve geri çekilme yaşamaktadırlar sonra kendilerini patolojik vaka olarak ilan etmektedirler ve ardından da bedenlerini suçlamaktadırlar (Mooney-Somers ve ark., 2008; Ussher ve ark., 2007) çünkü bu dönemde kadınlar ailesel ve algılanan günlük yaşam streslerine çok daha fazla tepki vermektedirler (Ussher, 2002; Ussher, 2003a).

McPherson ve Korfine'in (2004) yaptıkları çalışmada adet öncesi gerginlik sendromuna olumlu bakan kadınların bedenlerinden daha çok hoşlandıklarını, bedenlerinin belli organlarına daha olumlu baktıklarını, kendilerini fiziksel olarak daha zinde hissettiklerini ve kendilerini rahatsızlıklardan daha kolay koruyabildiklerini bulmuşlardır.

Özetle, genç kızlar nerede büyümüş olursa olsunlar boy, kilo ve fiziksel görünümüne çok fazla önem vermektedirler (Clifford, 1971) ve bedenlerine karşı daha eleştirel yaklaşmaktadırlar (Jourard ve Secord, 1955). Toplumun kadınlar için koymuş olduğu güzellik kriterleri, dış görünüşleri, nasıl elbiseler giymesi gerektiği ve nasıl süslenmeleri gerektiği gibi baskılar kadının kendisini daha az beğenmesine neden olmaktadır (Jourard ve Secord, 1955) çünkü kadınlar sürekli ortalama ideal güzel kadın figürüne ulaşmaya çalışmaktadırlar (Clifford, 1971).

1.3.5. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Kontrol Odağı İle Olan İlişkisi

Kontrol odağı birçok araştırmacının yıllardır çalıştığı bir konudur. İnsanlık tarihinin var oluşundan bu yana insanlar hep olayların nedenleriyle ilgilenmişlerdir ancak bunu hikâye ve efsanelerle açıklamışlardır. Sonradan sosyal alanda çalışanlar da nedensellik ile ilgilenmişler ve bu nedenselliği şansa, kadere ve Tanrı'ya inanmakla ya da yabancılaşma (bağlanma problemi olan, sıra dışı, kuralsız, uzaklaştırılmış, takıntılı) terimleriyle açıklamaya başlamışlardır (Rotter, 1989; Seeman, 1959).

Batıl inanç ve doğa üstü güçlere inanma erkeklerdence kadınlarda daha fazladır (Dağ, 1999) ve medya da bunları destekler nitelikte yayınlar yapmaktadır (Sparks ve ark., 1997). Bu yüzden de adet dönemi ile kontrol odağı (“kontrolü kaybetme”, “kontrolü kaybetmekten korkma”, “kontrolden çıkma”) arasındaki ilişki araştırmacıların sıklıkla çalıştığı konulardan biridir (Chrisler, 2008; Rotter, 1989; Lane ve Francis, 2003).

Ruh sağlığı çalışanları ruhun ve bedenin tutarlı olması gerektiğini savunmaktadırlar. Bunun temeli bireyin biricik, mantıklı ve dengeli olmasına dayanmaktadır. Adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınlarda bu problem teşkil etmektedir. Adet öncesi dönemde kendi davranışlarını kontrol edemeyen bazı kadınlar yalnız olmadıklarını düşünüp rahatlayarak kendilerini kontrol altında tuttuklarını düşünmektedirler (Ussher, 2008).

Sosyal bir varlık olan insan evrensel ve toplumsal açıdan iletişime ve etkileşime girdiği insanlardan etkilenmekte bu yolla da davranışları ile kişiliğini oluşturmaktadır (Buluş, 2000). Kontrol Odağı kavramı Rotter ve arkadaşları tarafından 1960 yılında ortaya atılmıştır ve kontrol odağı toplumun ve kültürün öğrenme geleneğiyle ilişkilendirilmiştir (Tabak ve Akköse, 2006). Sosyal Öğrenme Kuramı'na göre çocuklar yaptıkları bazı davranışları sonucunda ya cezalandırılmakta ya da ödüllendirilmektedirler ve bunlar çok kişiye özgü uyaranlardır çünkü kişi dışarıdan aldığı uyarıcıların hepsini aynı algılamamakta ve aynı tepkiyi göstermemektedir. Bu

kuram; kişinin aldığı pekiştiricilerin kendi davranışlarının sonucunda değil de dışarıdan gelen herhangi bir dış güce mi bağlıdır yoksa kendi davranışlarının bir sonucu mudur sorusunu incelemektedir. Rotter, bu algı farklılıklarını iç kontrol dış kontrol olarak isimlendirmekte ve buna “denetim odağı” demektedir (Buluş, 2000). Bir grup insan olayların sonuçlarının iyi ya da kötü sonuçlarının sorumlusunun kendisi olduğunu düşünürken (iç kontrol), başka bir grup insan ise kontrolün başka bir güç tarafından yönetildiğini düşünmektedir (Chrisler ve ark., 2006; Şahin, Basım, Çetin, 2009). Dış kontrol odağı kişinin kendisi dışındaki güçlerle yani bilinç ötesi inançlarla (örneğin büyü veya altıncı his), şans, kurgu ve kaderle ilişkilidir (Chrisler ve ark., 2006; Dağ, 1991; Seeman, 1959). Dış kontrol odaklı kişiler “güçsüz” ve “yabancılaşmış” kişilerdir (Seeman, 1959).

Kontrol odağı, bir davranışın istenilen sonuçlara ulaşip ulaşmayacağı konusunda, bireylerin beklenti içinde olması ve bu beklentilerin, bireylerin yaptıklarının önemli bir göstergesi olması anlamına gelmektedir (Rossier ve ark. 2005). Bu beklenti kişinin algısı ile alakalı olmayıp, kişisel yeterlilik, mücadele etme becerisi ve üstün gelebilme gibi bilişsel beklentisiyle ilişkilidir (Wallston ve ark., 1987; Wallston, 1992). Diğer bir deyişle, kontrol odağı bireylerin yaşadıkları olayların sonuçlarını neye bağladığıyla ilişkili bir kavramdır (Şahin, Basım ve Çetin, 2009). “Kontrol” ve “Sorumluluk” kavramları birbirinden ayırt edilmesi gereken iki kavramdır çünkü sorumluluk *ne yapılması gerektiği* konusunda bilgi verirken kontrol kişinin *ne yapabildiği* konusunda bilgi vermektedir (Wallston ve ark., 1987).

İnsanlar kişiliklerini oluştururken davranışlarına bir neden sonuç ilişkisi yüklemektedirler. Bunu yaparken de bazı insanlar yapabilecekleri şeyler üzerinde kontrollerinin olduğunu düşünmektedirler ve kendini etkin hissetme bireyin nasıl hissettiğini, düşündüğünü, kendisini nasıl motive ettiğini ve nasıl davrandığını etkilemektedir. İnsanlar çevrelerini kontrol edebilecekleri gücü olduğu yatmaktadır ve kontrol etmenin iki yolu vardır. Bunlardan birincisi

kişinin kendi kaynaklarını harcayarak, kendisi için çaba göstererek ve yaratıcı düşünerek olaylar üzerinde kontrol sağlaması; ikincisi ise çevresini yeniden düzenlemesidir ancak bunu kendini yeterli hisseden kişiler yapabilmektedir (Bandura, 1993). Kişinin öz kontrol geliştirmesi kişilik, sosyal ve klinik psikoloji alanlarında çok büyük bir yer tutmaktadır. Öz düzenleme, bütün arzuları, insanları kızdırmayı ve bencil istekleri durdurmayı gerektirmektedir (Baumeister, 1994).

Dağ'ın (2002) yaptığı araştırma sonuçları iç kontrol odağının daha az psikolojik rahatsızlıkla, bireysel iyilik haliyle ve stresle başa çıkmada daha başarılı olmayla ilişkili olduğunu göstermektedir. Dış kontrol odaklı bireylerin öğrenilmiş güçlülük (öz-kontrol) ve psikopatolojik rahatsızlıkları fazladır (Dağ, 1992). Buna paralel olarak, iç kontrolden dış kontrole inanan bireylerin daha çok depresif semptom gösterdikleri bulunmuştur (Hovardaoğlu, 1990). Kişi başka insanların kendisinden daha güçlü olduğunu düşünürse ve onların kontrolleri altında olduğuna inanırsa öfkesini fiziksel, sözel veya dolaylı olarak belli edememekte ve bu da depresyonun şiddetini arttırmaktadır (Lester, 1989; Smith ve Thomas, 1996). Lester ve arkadaşlarının (1991) yaptığı çalışma da benzer sonuçları vermiştir. Dış kontrollü olan Türk, Amerikan ve Filipin'li öğrencilerin depresyon puanları yüksek bulunmuştur ve buna paralel olarak da intihar eğilimleri fazladır. Ek olarak, dış kontrol odağına sahip olan insanlar daha kaygılı, daha stresli ve problem çözme becerileri gelişmemiş kişilerdir (Arslan ve ark., 2009; Bandura, 1993; Wallston ve Wallston, 1978) ve bu kişiler çevrelerinin tehlikelerle dolu olduğunu düşünmekte, olası tehlikeler için aşırı endişe duymakta, tehlikeleri gözünde büyütmede ve çok nadiren yaşanabilecek olumsuzluklar için aşırı endişe duyabilmektedirler (Bandura, 1993). Yaşanan yüksek stres seviyesi de problemle baş etme mekanizmalarını azaltmaktadır (Twenge ve ark., 2004). Elde edilen sonuçlar iç kontrole sahip olan bireylerin daha olumlu bir kişilik özelliğine sahip olduğunu ve bunda kültürün çok belirleyici olduğunu göstermektedir (Buluş, 2000). İç kontrol psikolojik

rahatsızlıkların (depresyon, anksiyete ve olumsuz yaşam olayları) engellenmesinde bir “tampon” görevi görmektedir (Lane ve Francis, 2003).

Bazı araştırmacılar yaptıkları çalışmada kontrol odağı ile adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna varmışlardır (Martin, 1999; Smith ve Thomas, 1996) ve bunu kendini sabotaj tekniği ile açıklamışlardır (Mello-Goldner ve Jackson, 1999). Kendini sabotaj, “Kişinin başarısızlık beklentisi karşısında kendi performanslarını sabote ederek beklenen başarısızlık için geçerli bahaneler üretmesidir. Burada amaç, başarısızlığı kendi yetersizliğine değil, dış koşullara bağlayarak öz-imağını korumaktır” (Budak, 2005). Mello-Goldner ve Jackson’ın yaptığı çalışmada (1999) adet öncesi gerginlik sendromu ölçek puanları yüksek olan katılımcıların kendini sabotaj ölçek puanları da yüksektir. Puanları yüksek olan katılımcılar aynı zamanda şu davranışlarda bulunmaktadırlar: Okula geç kalmak, ders çalışmaya, sınıf içi aktivitelere odaklanamamak, profesöre adet öncesi gerginlik sendromu yüzünden ders çalışamadığı bahanesini ne sürmek gibi. Araştırmacılar bütün bu davranışların nedeninin kendini sabotajdan kaynaklandığını düşünmektedirler ve bu katılımcıların özsaygılarının düşük olduğunu belirtmektedirler.

Bir grup araştırma sonuçları adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Chrisler ve Levy, 1990; Lane ve Francis, 2003; Rodin, 1992). Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalar kadınların erkeklere oranla hayatlarını kontrol etmede güçlük yaşadıklarını dış kontrollü olduklarını göstermektedir (Abouserie, 1994; Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001; Shapiro ve ark., 1996). Bunda popüler kültürün etkisi büyüktür. Popüler kültürü, sürekli kadınların erkeklere göre daha duygusal olduklarını vurgulamakta ve bunun sebebini ise kadınların bedenlerinin fizyolojik ve biyokimyasal değişimlere maruz kalmasına bağlamaktadırlar (Chrisler, 2008). Ek olarak, sosyal çevrenin olumsuz yaklaşımı da dış kontrolü arttırmaktadır (Twenge ve ark., 2004).

Kontrolün kaybedilmesi literatürde sıklıkla adet öncesi gerginlik sendromunun bir semptomu olarak bahsedilmektedir ve kadınların ‘mantıksız’ davranma ve ‘kontrolden çıkma’ durumları ile adet görme arasındaki ilişkiler çalışmaya başlanmıştır (Chrisler ve Levy, 1990; Rodin, 1992). Bu dönemde adet öncesi gerginlik sendromu ile kadınların bilişsel kapasiteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden de kadınların ne çevresel uyarılarına, ne kendi davranışlarını kontrol edebilmede başarılı olduklarına inanılmaktadır (Lane ve Francis, 2003).

Adet görmeye başlayan kadınlar kendilerini içten içe özel hissetmekte ama bedenlerini ve hormonlarını suçlamakta, kendilerini çaresiz hissetmekte ve bedenlerinin ‘kontrolden çıktığını’ ve kadınsılık toplumsal cinsiyet rollerini ihlal ettiklerini düşünmektedirler (Chrisler ve Zittel, 1998; Chrisler ve ark., 2006; Cosgrove ve Riddle, 2003; Ussher ve ark., 2007). Kadınlar en çok duygularını (öfke gibi), arzularını (aşırı yeme ve cinsel istek gibi) ve dürtülerini (kabul edilemez şeyler düşünme ve birilerini dövme gibi) kontrol edememekten korkmaktadırlar (Cosgrove ve Riddle, 2003; Lee 2002; Swann ve Ussher, 1995). Hafif ve orta dereceli adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınlar şiddetli yaşayan kadınlara oranla kendilerini daha iyi kontrol ettiklerine inanmaktadırlar (Chrisler ve ark., 2006). “Peki kadınlar kendilerini kontrol edememekten neden bu kadar korkmaktadır?” Bu sorunun yanıtı henüz tam olarak bulunamamıştır ancak bu kadınlar gerçekten neler hissettiklerini, neler yapmak istediklerini kendilerine aşılana aşırı disiplinden dolayı ve dışlanma korkusundan dolayı çevrelerine gösterememektedirler. Bu gibi durumları “Yalnızca kötü kızlar böyle yapar!” diye değerlendirmek yerine bunu herkesin yapabileceğini düşünmek gerekmektedir. Çünkü herkes bazen çok çikolata yiyerek, bütün gün tembellik yaparak ya da sinirlenerek beklenen standardı bozabilmektedir (Chrisler, 2008).

Literatür bulguları ve kadınlarla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular göstermektedir ki adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınlar bunun kendilerinin bir parçası olduğunu kabul etmemekte dışarıdan gelen devasa bir gücün kendilerini her ayın birkaç günü rehin aldığını belirtmektedirler. Kadınlar, hissettikleri 'kötü' duygular kültürel olarak kabul edilmediği için toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak, adet öncesi gerginlik sendromunu kendilerine ait görmeyi reddetmekte ve bu şekilde kadınsılık kimliklerini korumaya çalışmaktadırlar (Cosgrove ve Riddle, 2003; Swann ve Ussher, 1995). Böylece adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınlar iyimser düşünmeye çalışmakta (birilerinin ya da bir şeylerin kendilerine şans getireceği inancı, yaşanan güçlüklerin bir gün mutlaka en iyi şekilde sonuçlanacağı inancı) iç kontrollerini çalıştırmak yerine dışarıdan kontrol edilmeyi beklemektedirler. İyimserlik düşünceleri yüksek olan kadınlar en azından hafif derecede adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaktadırlar (Chrisler ve ark., 2006).

Literatür bulguları adet öncesi gerginlik sendromunun en çok 14-22 yaşları arasında görüldüğü sonucuna vardığı için (Antai ve ark., 2004; Deuster ve ark., 1999; Ez-Elarab, 2010; Mishell, 2005; Taşçı, 2006) bu çalışma üniversite ve lise öğrencileri ile yürütülmüştür. Lise öğrencilerinin daha çok adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaları beklenmektedir. Kadınları 200'ü aşkın adet öncesi gerginlik sendromu semptomu betimlemişlerdir (Halbreich, 2004) bu nedenle bu çalışmada da yaşanan rahatsızlıkların birden fazla semptom halinde olması beklenmektedir.

Aynı çevranın paylaşımı ve genler adet öncesi gerginlik sendromunu arttırmaktadır (Jahanfar ve ark., 2011). Katılımcılardan anne ve baba sağlık durumları, annenin gördüğü kadın hastalıkları tedavisi, annenin kadın hastalıkları öyküsünün varlığı ve baba tarafında bulunan kadın hastalıkları öyküsü ile ilgili bilginin alınmasının nedeni bireylerin aile içi iletişimden etkilenmelerinden dolayıdır (Ellis ve Garber, 2000).

Çalışmalar adet periyotları düzensiz olan kadınların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıklarının yüksek olduğunu bulmuştur (Cosgrove ve Riddle, 2003). Benzer sonuç bu çalışmadan da beklenmektedir.

Bazı ülkelerde adet görme hakkında konuşmak yasak ve ayıp kabul edilmektedir (Beausang, 2000; Chrisler ve Zittel, 1998; Hoerster ve ark., 2003). Türkiye’de de adet görme konusu hakkında konuşmanın yasak ve ayıp kabul edildiği düşünülerek katılımcılara adet gördükleri zaman her hangi bir kutlama yapılmayacağı düşünülmektedir.

Araştırmacılar adet döngüsü ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmektedir (Ayatollahi ve ark., 2002; Bakr ve Ez-Elarab, 2010; Barnard ve ark., 2003; Yonkers ve ark., 2003) bu nedenler bu çalışmada da benzer bir ilişki beklenmektedir. Adet öncesi gerginlik sendromu ile ilgili problem bildiren kadınlar ev dışında daha çok zaman geçiren kadınlardır (Strine ve ark., 2005). Lise ve üniversite öğrencileri zamanlarının çoğunu okulda geçirdikleri için yaşadıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada adesi gerginlik sendromunun stresle anlamlı bir ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Literatür bulgularında adet öncesi gerginlik sendromu ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır (Deuster ve ark., 1999; Genç, Eğri, 1997; Güneş ve ark., 1997). Bu çalışmada sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınların daha az adet öncesi gerginlik sendromu yaşamaları beklenmektedir.

Adet öncesi gerginlik sendromuna olumlu bakan kadınların bedenlerinden daha çok hoşlandıkları bulunmuştur (McPherson ve Korfine, 2004). Fiziksel çekiciliğe en çok önem verilen dönemin orta ergenlik dönemindeki kadınlar olmasından dolayı (Feingold ve Mazella, 1998) bu çalışmada adet öncesi gerginlik sendromu olan kadınların olumsuz beden algısına sahip olduğu düşünülmektedir.

Bir grup araştırma sonucu adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Chrisler ve Levy, 1990; Lane ve Francis, 2003; Rodin, 1992). Bu çalışmada adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

1.4.Amaçlar

Bu araştırmada aşağıda verilen soruların cevaplanması amaçlanmaktadır:

1. Adet öncesi gerginlik sendromunu yaşama düzeyi, adet düzeni, eğitim düzeyi, annenin sağlık probleminin varlığı, babanın sağlık probleminin varlığı, annenin kadın hastalıkları öyküsü olup olmaması, baba tarafında her hangi bir kadın hastalıkları öyküsü olup olmaması, annenin kadın hastalıkları tedavisi görüp görmemesi, sosyoekonomik düzey bakımından farklılaşmakta mıdır?
2. Adet öncesi gerginlik sendromunun psikolojik özellikler ve ruh sağlığının farklı boyutları arasındaki ilişkiler:
 - a) Adet öncesi gerginlik sendromu ile stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
 - b) Adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
 - c) Adet öncesi gerginlik sendromu ile vücut algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
 - d) Adet öncesi gerginlik sendromu ile sosyoekonomik düzey algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmakta mıdır?
3. Adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi, katılımcının büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, annesinin sağlık durumu, adet düzeni, adet döneminde yaşanan duyguları, ruh sağlığı (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite), vücut algısı, kontrol odağı ve yaşadığı stres tarafından yordanmakta mıdır?

BÖLÜM 2

YÖNTEM

Genç kadınlarda adet öncesi gerginlik sendromu ile ilgili değişkenleri saptamak amacıyla yapılan araştırmanın katılımcıları veri toplama araçları ve süreci ile ilgili bilgiler bu bölümde verilmektedir.

2.1. Katılımcılar

Çalışmaya toplam 412 kadın katılmıştır. Katılımcılardan 207 kadın özel ve devlet lisesinde okuyan, 205'i ise özel ve devlet üniversitesinde okuyan öğrencilerdir. Araştırma, adet öncesi gerginlik sendromunun daha yüksek oranda gözleendiği bilinen (Mishell, 2005; Taşçı, 2006; Antai ve ark., 2004; Deuster ve ark., 1999; Cleckner-Smith ve ark., 1998; Tenkir ve ark., 2004) 14-30 yaş arasındaki genç kadınlarla yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 18,24'tür (s= 2.50). Katılımcıların çoğunun doğum yeri, büyüdüğü yer ve son 5 yıldır yaşadığı yerler metropol dışında kalan şehirlerdir ve çoğu çekirdek ailelerden gelmektedir. Katılımcılar 6-7 kişilik ailelerden gelmektedirler. İlgili bilgiler Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

	N	%
DOĞUM YERİ	412	100.0
Metropol	123	29.9
Metropol dışında kalan yerler	289	70.1
BÜYÜDÜĞÜ YER	412	100.0
Metropol	106	25.7
Metropol dışında kalan yerler	306	74.3
SON 5 YILDIR YAŞADIĞI YER	412	100.0
Metropol	52	12.6
Metropol dışında kalan yerler	360	87.4
EĞİTİM DÜZEYİ	412	100.0
Lise	207	50.2
Üniversite	205	49.8
AİLEDEKİ BİREY SAYISI	409	99.3
8 kişi ve daha fazla	70	17.0
4-5 kişi	44	10.7
6-7 kişi	288	69.9
3 kişi ve daha az	7	1.7
AİLE TİPİ	409	99.3
Geniş aile	27	6.6
Çekirdek aile	370	89.8
Babası olmayan aile	12	2.9

Katılımcıların anne ve babaları hakkında verdikleri bilgiler Tablo 2’de ve Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 2. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri

	N	%		N	%	Ortalama	SS
			KADIN HASTALIKLARI				
EĞİTİM	412	100.0	TEDAVİSİ	405	98.3		
Hiç eğitim yok	9	2.2	Var	140	34.0		
İlkokul	105	25.5	Yok	198	48.1		
Ortaokul	42	10.2	Bilmiyorum	67	16.3		
Lise	127	30.8	YAPILAN DÜŞÜK SAYISI	412	94.2	.41	.74
Yüksekokul	25	6.1	0	273	66.3		
Üniversite	91	22.1	1	82	19.9		
Lisansüstü	7	1.7	2	25	6.1		
DOĞUM YERİ	412	100.0	3	5	1.2		
Metropol	240	58.3	4	3	.7		
Metropol dışında kalan yerler	172	41.7	YAPILAN DOĞUM SAYISI	412	94.2	2,66	1,96
BÜYÜDÜĞÜ YER	412	100.0	1	30	7.3		
Metropol	200	48.5	2	188	45.6		
Metropol dışında kalan yerler	212	51.5	3	102	24.8		
CİDDİ BİR SAĞLIK							
PROBLEMİNİN	385	93.4	4	41	10.0		
VARLIĞI							
Yok	275	66.7	5	12	2.9		
Var	110	26.7	6	10	2.4		
AİLEDE KADIN							
HASTALIKLARI	408	99.0	7	3	.7		
ÖYKÜSÜ							
Yok	247	60.0	8	1	.2		
Var	47	11.4	9	1	.2		
Bilmiyorum	67	16.3					

Katılımcıların annelerinin eğitim düzeylerinin dağılımına bakıldığında en çok lise mezuniyetinin gözlendiği onu da üniversite-yüksek okul ve ilkokul mezunlarının izlediği görülmektedir. Annelerin yarısından fazlası metropolde doğmuş ancak metropol dışı şehirlerde büyümüşlerdir. Annelerin çoğunluğunun ciddi bir sağlık problemi ve kadın hastalıkları öyküsü bulunmamaktadır ve kadın hastalıkları tedavisi görmemişlerdir. Düşük yapma oranlarına bakıldığında ise çoğunluk ya düşük yapmamıştır ya da bir tane düşük yapmışlardır. Ek olarak, anneler çoğunlukla 2-3 doğum yapmışlardır.

Tablo 3. Babaların Sosyodemografik Özellikleri

	%	N		%	N
EĞİTİM	99.3	409	BÜYÜDÜĞÜ YER	100.0	412
Hiç eğitim yok	.2	1	Metropol	46.1	190
İlkokul	16.0	66	Metropol dışında kalan yerler	53.9	222
Ortaokul	11.4	47	CİDDİ BİR SAĞLIK PROBLEMİNİN VARLIĞI	98.5	406
Lise	30.1	124	Yok	76.9	317
Yüksekokul	6.3	26	Var	21.6	89
Üniversite	30.6	126	AİLEDE KADIN HASTALIKLARI ÖYKÜSÜ	98.3	405
Lisansüstü	4.6	19	Yok	60.7	250
DOĞUM YERİ	100.0	412	Var	7.5	31
Metropol	59.0	243			
Metropol dışında kalan yerler	41.0	169			

Katılımcıların babalarının eğitim düzeylerinin dağılımına bakıldığında en çok lise mezuniyetinin gözlendiği onu da üniversite-yüksek okul ve ilkököl mezunlarının izlediği görülmektedir. Babaların yarısından fazlası metropolde doğmuş ancak metropol dışı şehirlerde büyümüşlerdir. Babaların çoğunluğunun ciddi bir sağlık problemi ve ailelerinde kadın hastalıkları öyküsü bulunmamaktadır

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Katılımcı Bilgi Formu ve Sosyoekonomik Düzey Ölçeği

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda katılımcıların yaşı, öğrenim düzeyi, anne ve babası hakkında bilgi, doğum yerleri, büyüdükleri yerler ve katılımcının son beş yılını nerede geçirdiği, kaç yaşında adet görmeye başladığı ve hisleri, yaşadığı rahatsızlıklar, ilk adet ile ilgili bilgiyi kimden edindiği, adet dönemindeki sosyal yaşamıyla ilgili bilgiler alınmıştır. Sosyoekonomik düzeyi ile ilgili sorular da burada yer almaktadır. Sosyoekonomik düzeyi ölçmek amacıyla katılımcının ailesindeki birey sayısı, aile tipi (geniş veya çekirdek aile), oturulan evin kime ait olduğu, evlerindeki oda sayısı ve sahip olunan eşyalar/mülkler gibi sorular sorulmuştur.

2.2.2. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ):

Adet öncesi gerginlik sendromunu ölçmek için Gençdoğan'ın (2006) geliştirdiği Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanılmıştır. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik bir ölçek olup beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) Likert tipi bir ölçektir. İşaretleme yönünde belirtildiği gibi “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumu

dikkate alınarak yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında “Hiç” yanıtı 1 puan, “Çok az” yanıtı 2 puan, “Bazen” yanıtı 3 puan, “Sık sık” yanıtı 4 puan ve “Sürekli” yanıtı 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam 9 alt boyutundan (1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku Değişimleri ve 9. Şişkinlik) alt ölçek toplam puanları ve tüm maddelerden elde edilen puanların sonucunda “PMSÖ Toplam Puanı” ortaya çıkmaktadır. Ölçekten en düşük 44 puan, en yüksek 220 puan alınabilmektedir. Puanın artması adet öncesi gerginlik sendromunun belirtilerinin fazla olduğu anlamına gelmektedir.

PMSÖ’nün güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan test-tekrar test güvenilirliği katsayısı $r=0.71$ bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için hesaplanan cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçek maddelerinin birbirleriyle olan iç tutarlılığını değerlendirmek için madde toplam puan korelasyon değeri hesaplanmıştır ve bu değer 0.35 ile 0.78 arasında değişmektedir ve bütün korelasyon değerleri anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

PMSÖ’nün yapı geçerliliğini ölçmek için faktör analizi yapılmıştır. Yapılan varimax dönüştürmesinde ortaya çıkan sonuç: 1.0000’in üzerinde olan özdeğerler ve bütün maddelerin faktör yükleri 0.30’un üstünde olan özdeğerler ortaya 9 faktörlü bir yapı çıkarmıştır ve toplam varyansın %70.51’ini açıklamaktadır. Bu yapı ise DSM-III ve DSM-IV tanı kriterleri el kitabı ile örtüşmektedir (Gençdoğan, 2006).

Dokuz faktörlü yapıda açıklanan varyanslar şu şekildedir: 1. faktör varyansın %11.87’sini, 2. faktör varyansın % 22.12’sini, 3. faktör varyansın %31.59’unu, 4. faktör varyansın %40.52’sini, 5. faktör varyansın %48.34’ünü, 6. faktör varyansın %54.46’sını, 7. faktör

varyansın %60.12'sini, 8. faktör varyansın % 65.68'ini, 9. faktör varyansın %70.51'ini açıklamaktadır. Bu varyanslar ise DSM-III ve DSM-IV tanı kriterleri el kitabı ile örtüşmektedir.

1. faktör depresif duygulanım ile ilgilidir. 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. maddeler bu faktöre dahildir. “Can sıkıntısı, üzüntülü hissetme, ağlama, anhedoni ve karamsarlık” gibi duygular depresif duygulanım ile ilgilidir.

2. faktör anksiyete ile ilgilidir. 8., 9., 10., 11., 13., 15. ve 16. maddeler bu faktöre dahildir. “Endişe ve korkular” gibi kaygıyı gösteren maddeler ile ilgilidir.

3. faktör yorgunluk ile ilgilidir. 12., 14., 17., 18., 25. ve 37. maddeler bu faktöre dahildir. “Yorgunluk, çabuk yorulma, uyku isteği” ile ilgili maddeler bu faktörü kapsamaktadır.

4. faktör sinirlilik ile ilgilidir. 19., 20., 21., 22. ve 23. maddeler bu faktöre dahildir. “Çabuk sinirlenme, öfkeyi kontrol edememe” gibi maddeler bu faktöre dahildir.

5. faktör depresif düşünceler ile ilgilidir. 24., 26., 27., 28., 29., 30. ve 44. maddeler bu faktöre dahildir. “Değersizlik düşünceleri, dikkat dağınıklığı, dalıp gitme” gibi depresif düşünceler ile ilgilidir.

6. faktör ağrı ile ilgilidir. 31., 32., 33. maddeler bu faktöre dahildir. “çeşitli bedensel ağrılar” bu faktör ile değerlendirilmektedir.

7. faktör iştah değişimleri ile ilgilidir. 34., 35. ve 36. maddeler bu faktöre dahildir. Bu faktör bireyin özellikle “unlu ve tatlı yiyeceklere olan istek ve iştaktaki değişimleri” kapsamaktadır.

8. faktör uyku değişimleri ile ilgilidir. 38., 39. ve 40. maddeler bu faktöre dahildir. “Uykuda bölünmeler, yorgun uyanma ve uykuya dalma güçlüğü” bu faktör ile değerlendirilmektedir.

9. faktör şişkinlik ile ilgilidir. 41., 42. ve 43. maddeler bu faktöre dahildir. “Göğüslerde şişme ve hassasiyet” ile ilgili maddeleri kapsamaktadır.

Faktör analizi sonrasında ortaya çıkan 9 boyutun güvenilirliğini ölçülmüştür (Gençdoğan, 2006). PMSÖ'nün toplam puan ile alt boyutlarından çıkan toplam puanın korelasyon değeri istatistikler olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Alt boyutların Cronbach Alfa katsayıları 0.75 ile 0.91 arasındadır. Bu da alt boyutların da kendi içinde tutarlı olduğunu göstermektedir.

Bulgular, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Gençdoğan, 2006).

2.2.3. Stres Belirtileri Envanteri (SBE):

Stresi ölçmek için DasGupta'nın (1992) geliştirdiği, Hovardaoğlu'nun (1997) Türkçe'ye uyarladığı Stres Belirtileri Envanteri kullanılmıştır. Ölçek 38 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi olan ölçek maddelerinin puanlanması 1 (Hiç), 2 (Ara sıra), 3 (Sık sık), 4 (Sürekli) arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen en düşük puan 38, en yüksek puan ise 152'dir. Belirtilerin arttığının anlaşılması puanın artış göstermesiyle doğru orantılıdır.

Stres halinde ortaya çıkan belirtiler üç ana gruptan oluşmaktadır (Hovardaoğlu, 1997).

1. faktör bilişsel-duyuşsal özelliklerle ilgilidir. Bu faktörün özdeğeri 9.53 iken, açıkladığı varyans %25.1'dir.
2. faktör fizyolojik özelliklerle ilgilidir. Bu faktörün özdeğeri 2.77 iken, açıkladığı varyans %7.3'tür.

3. faktör ağırlık-yakınma özellikleri ile ilgilidir. Bu faktörün özdeğeri 1.94 iken, açıkladığı varyans %5.1'dir.

Çıkan sonuçlarda durumsal kaygıyı “depresyon/Kendini kötü hissetme, sıkıntı verici düşünceler, sinirlilik veya korku” gibi belirtilerin yordadığı görülmektedir. Ortaya çıkmış olan bu üç anlamlı faktör toplam varyansın %44'ünü açıklamaktadır (Hovardaoğlu, 1997).

Değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin 0.36 ile 0.65 arasında değiştiği bulunmuştur ve bu değerler ise korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu durumda da DasGupta'nın geliştirdiği ölçek 3 ana boyutta toplanmış bulunmaktadır (Hovardaoğlu, 1997).

2.2.4. Vücut Algısı Envanteri (VAE):

Vücut Algısı Ölçeği (Body - Cathexis Scale – BCS) 1953 yılında Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiştir ve Hovardaoğlu (1986) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek çevirisi için alınan uzman kanısından sonra ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır ve bu değer 0.91 olarak bulunmuştur. İç tutarlılığın yüksek olduğu bu ölçekte ($p < .01$) toplam 40 madde bulunmaktadır. “Her maddede bir organ (kol, bacak, yüz gibi) veya bir işlev (cinsel faaliyet, idrar-dışkı düzeni gibi) bulunmaktadır” (Hovardaoğlu, 1990).

Ölçek 5'li Likert tipi bir envanterdir. Derecelendirme ise “Hiç beğenmiyorum, Beğenmiyorum, Kararsızım, Beğeniyorum, Çok beğeniyorum” arasında değişmektedir. Puanlama 1 ile 5 arasında yapılmaktadır. Ölçekten en düşük alınabilecek puan 40 iken en yüksek

alınabilecek puan 200'dür. Yüksek puan alınması, değerlendirmenin olumlu olduğu anlamına gelmektedir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan ölçeğin iki yarım güvenirliği .75'tir. Madde test korelasyonları $r=.45$ ile $r= .89$ arasında değişmektedir (Hovardaoglu, 1992; akt. Kundakcı, 2005).

2.2.5. Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ):

Dağ (1991), Rotter'ın geliştirdiği İç-Dış Kontrol Ölçeği'ni (RİDKOÖ) Türkçe'ye uyarlamıştır. RİDKOÖ 2'li Likert tipi ölçek olduğu için katılımcıların bir kısmı kendilerine uygun cevaplar bulamamışlar ve bu konuda çalışan araştırmacılar da çalışmalarında sıkıntılar yaşamışlardır. Bu yüzden Dağ (2002) tarafından İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği üzerinde yeniden çalışılmıştır.

Bu çalışmanın (Dağ, 2002) birinci örneklem grubu 272 kişiden oluşan Hacettepe Üniversitesi Psikoloji, Felsefe, Fizik Mühendisliği ve Kimya Mühendisliği öğrencileridir. Çalışmadaki ölçek 80 maddeden oluşmaktadır. Yirmi üç tanesi iç kontrol maddesinden yirmi üç tanesi de dış kontrol maddesinden oluşan ölçekte toplamda 46 madde vardır.

Ölçek 5 boyuttan oluşmaktadır (Dağ, 2002).

1. faktör "Kişisel kontrol" ile ilgilidir.
2. faktör şansa inanma ve dış kontrol inancı ile ilgilidir.
3. faktör "kişilerarası ilişkilerde kontrol inancı, başarı durumlarında kontrol inancı ve sağlıkla ilgili kontrol inancı"ni gösteren dış kontrol inancını yansıtmaya ilgilidir.

4. faktör “Çabalamanın anlamsızlığı” ve “kadercilik” kavramını yansıtan maddeler ile ilgilidir.
5. faktör “adil olmayan dünya inancı (ya da siyasal kontrol) ve güçlü diğerleri inancı” ile ilgili olan maddeleri yansıtmaktadır.

Bir tarafta iç kontrol odağı inancı (“Kişisel kontrol”) bulunurken diğer tarafta 4 farklı alanda dış kontrol odağını gösteren faktörler (“Şansa inanma, çabalamanın anlamsızlığı, kadercilik, adil olmayan dünya inancı”).bulunmaktadır

Ölçek 5’li likert tipi bir envanterdir. Derecelendirme Hiç uygun değil (1), Pek uygun değil (2), Uygun (3), Oldukça uygun (4), Tamamen uygun (5) arasında değişmektedir.

Araştırmanın ikinci aşaması Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nden 111 öğrenciyle gerçekleştirilmiştir (Dağ, 2002). İlk uygulamadan 1 ay sonra 111 katılımcının 90 tanesine Kontrol Odağı Ölçeği bir kez daha uygulanmıştır. Bu uygulamalardan sonra Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .92 bulunmuştur. Madde toplam korelasyonlarının ortalaması .45’tir. en düşük korelasyon katsayısı .20 (ölçeğin 12. Maddesi) iken en yüksek korelasyon katsayısı .70 (ölçeğin 30. Maddesi) çıkmıştır. Ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .88’dir. Alt ölçeklerin test tekrar test katsayıları ise sırayla .83, .81, .61, .89 ve .74 olarak bulunmuştur (Dağ, 2002).

Her bir faktörün boyutunun bir alt ölçek olduğu düşünülerek puanlanmış ve bu faktörlerin toplam puanla olan korelasyonlarına bakılmıştır. 1. faktörün korelasyon katsayısı .53 - .74; 2. faktörün korelasyon katsayısı .37 - .72; 3. faktörün korelasyon katsayısı .31 - .62; 4. faktörün korelasyon katsayısı .75 - .87; 5. faktörün korelasyon katsayısı .37 - .80 olarak bulunmuştur (Dağ, 2002).

Ölçekte 15, 16, 17, 18, 19, 21, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 43, 44, 45 ve 47. maddeler ters kodlanmaktadır.

2.2.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE):

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), 1992 yılında ilk kez Derogatis tarafından geliştirilmiştir. KSE'yi Şahin, Batıgün ve Uğurtaş (2002) Türkçe'ye uyarlamıştır. Ölçek bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir ve 53 maddeden oluşmaktadır. Kısa Semptom Envanteri, 90 sorudan oluşan SCL-90 ölçeğinin kısaltmış bir formudur. Dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Sıralamada, 0= Hiç yok, 1= Biraz var, 2= orta derecede var, 3= epey var, 4= çok fazla var anlamına gelmektedir. Ölçeğinde aslında yer alan alt ölçekler, “somatizasyon”, “obsesif-kompulsif bozukluk”, “kişiler arası duyarlılık”, “depresyon”, “anksiyete”, “hostilite”, “fobik anksiyete”, “paranoid düşünceler” ve “psikotizizm”dir. Ana ölçekler ise “rahatsızlık ciddiyeti indeksi”, “belirti toplamı” ve “semptom rahatsızlık indeksi”dir.

Şahin, Batıgün ve Uğurtaş (2002) ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması için Ankara'da Çankaya, Yenimahalle ve Mamak ilçelerinden farklı sosyoekonomik düzeye sahip 6 okuldan (ilköğretim ikinci kademe öğrencisi ve lise öğrencisi) 287 kız ve 272 erkek öğrenciyle çalışmışlardır. Araştırmacılar, Kısa Semptom Envanteri'nin geçerliğini ölçmek için kriter olarak “Sosyal Karşılaştırma Ölçeği (SKÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin sürekli kaygı formu ve Yaşam Memnuniyeti Ölçeği'ni (YMÖ)” kullanmışlardır. Korelasyon katsayılarına bakıldığında ise KSE'nin SKÖ ile olan korelasyon katsayısı $r=-.21$ (somatizasyon) ve $r=-.40$ (olumsuz benlik); BDE ile olan korelasyon katsayısı $r=.41$ (somatizasyon) ve $r=.63$ (depresyon), SKE ile olan korelasyon katsayısı $r=.40$ (somatizasyon) ve

$r=.70$ (depresyon) ve YMÖ ile olan korelasyon katsayısı $r=-.24$ (somatizasyon) ve $r=-.43$ (depresyon)'tür (Şahin ve ark., 2002).

Yapılan varyans analizi sonucunda ölçek maddeleri 5 faktörde toplanmıştır. Bu faktör ise toplam varyansın %32'sini oluşturmaktadır (Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2002).

1. faktör “depresyon” ile ilgilidir. Toplamda 14 maddeden oluşmaktadır.
2. faktör “anksiyete” ile ilgilidir. Toplamda 17 maddeden oluşmaktadır.
3. faktör “olumsuz benlik” ile ilgilidir. Toplamda 9 maddeden oluşmaktadır.
4. faktör “somatizasyon” ile ilgilidir. Toplamda 7 maddeden oluşmaktadır.
5. faktör “hostilite” ile ilgilidir. Toplamda 4 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39. maddeleri depresyon ile ilgili; 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49. maddeler anksiyete ile ilgili; 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52, 53. maddeler olumsuz benlik ile ilgili; 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33. maddeler somatizasyon ile ilgili; 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41. maddeler hostilite ile ilgilidir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .94 iken, alt ölçeklerden elde edilen iç tutarlılık katsayıları somatizasyon için .70 iken (en düşük katsayı) depresyon için .88'dir (en yüksek katsayı). Derogatis (1992) ise alt ölçeklerin en düşük katsayısını .71 en yüksek katsayısını ise .85 bulmuştur (Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2002). Şahin ve arkadaşlarının (2002) bulguları Derogatis'in (1992) bulguları ile tutarlıdır.

Araştırmacılar, ergenlere hayatlarından memnun olup olmadıklarını sorarak ölçeğin geçerliğini test etmişlerdir. Bunun için ise ortalamanın bir standart sapma üstünü ve altını baz alarak grubu ikiye ayırmışlardır. Kısa Semptom Envanteri'nin bütün alt ölçeklerinden yüksek

puanlar alan ergenlerin hayat memnuniyetlerinin düşük olduğu bulunmuştur. Ek olarak, düşük sosyoekonomik düzeye sahip ergenlerin ise depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, Kısa Semptom Envanteri geçerli ve güvenilir olan bir ölçektir. Yukarıda bahsedilen ölçeklerden daha kısa oluşu ise büyük bir avantajdır ve başka ölçeklerle uygulandığı vakit kullanım kolaylığı sağlamaktadır.

2.3. İşlem

Uygulama araştırmacı tarafından sınıf ortamında ve okul kantinlerinde yapılmıştır. Ölçeklerin uygulanması için yetkili kişilerden izinler alınmıştır. Her katılımcıya bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir (Ek-1). Katılımcı bu formu okuyup imza attıktan sonra ölçeği uygulamaya başlamıştır. Uygulama ortalama 20-25 dakika sürmektedir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi, araştırmacı tarafından bilgisayar ortamında yapılmıştır. Veriler SPSS 15.00 paket programında değerlendirilmiştir.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Adet öncesi gerginlik sendromunun ilişkili olduğu değişkenlerin bir bölümünü incelemek amacıyla, lise ve üniversitede okuyan toplam 412 kadın katılımcıya Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikler Ölçeği, Vücut Algısı Envanteri, Kontrol Odağı Ölçeği, Stres Belirtileri Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri uygulanmıştır. Veriler üzerinde t testi, regresyon, korelasyon ve varyans analizleri yapılmıştır. Bu bölümde analiz sonuçları verilmiştir.

3.1. Adet Döngüsünün Karakteristiği

Katılımcıların adet döngüsünün karakteristiği ile ilgili yüzde, frekans, aritmetik ortalama ve standart sapma puanları Tablo 4’te görülmektedir.

Tablo 4. Adet Döngüsünün Karakteristiği

KARAKTERİSTİK	%	N	KARAKTERİSTİK	%	N	KARAKTERİSTİK	%	N
YAŞANAN RAHATSIZLIĞIN ZAMANI			YAKIN ÇEVRE İLE YAŞANAN GERGINLIK			İLK ADET KANAMASINDAKİ DUYGU		
Öncesinde	26.5	109	Öğretmen	2.7	11	Memnuniyet	95.1	392
İlk bir-iki gün	65.8	271	Aile	48.1	198	Gurur	96.8	399
Ortasında	4.6	19	Akrabalar	2.7	11	Rahatlama	96.1	396
Biterken	3.2	13	Arkadaşlar	24.0	99	Heyecan/Telaş	33.0	136
Sonrasında	.5	2	Sevgili	22.1	91	İğrenme	16.3	67
Adet Dönemi Boyunca	11.4	47	Hepsi	8.0	33	Belirsizlik	22.1	91
Hiç Rahatsızlık Olmuyor	2.9	12	Hiçbiri	25.2	104	Utanma	19.9	82
ADET GÜN SAYISI X=5.78 ; SS=1.34			Tanıdık Tanımadık Herkesle	6.6	27	Korku	18.9	78
3	2.7	11	İLK ADET GÖRME YAŞI X=13.15 ; SS=1.19			ÇEVRENİN SIKINTILARINI ÇÖZME		
4	12.1	50	9	.5	2	Sıkıntılarını Paylaşırım	23.8	98
5	31.8	131	10	.5	2	Dinlemek İstemem	10.4	43
6	21.8	90	11	5.6	23	Her Zamanki Gibi Davranırım	64.6	266
7	21.8	90	12	20.1	83	ÇEVREYLE SIKINTI PAYLAŞMA		
8	5.8	24	13	34.5	142	Paylaşmak İstemem	15.3	63
9	1.0	4	14	23.3	96	Dertleşmeye İhtiyaç Duyarım	22.8	94
10	1.5	6	15	9.7	40	Her Zamanki Davranırım	59.5	245
ADET DÜZENİ			16	1.5	6	ADET HAKKINDA ANNEYLE KONUŞMA		
Düzenli	35.7	147	17	.5	2	Hiç	2.9	12
Arada Sırada Aksar	54.4	224	PERFORMANS			Biraz	10.2	42
Her Zaman Aksar	10.2	42	Azalırlar	34.2	141	Orta	17.2	71
ADET DÖNEMİNE VERİLEN İSİM			Artar	1.7	7	Çok	69.2	285
Aybaşı	18.2	75	Değişiklik Olmaz	61.4	253	KUTLAMA		
Kanama	9.2	38	ÇEVRE			Evet	5.8	24
Kirlenme	4.4	18	Daha Çok Görüşmek İsterim	4.6	19	Hayır	94.2	388
Hastalanma	74.5	307	Yalnız Kalmayı Tercih Ederim	32.0	132	ADET HAKKINDA ALINAN BİLGİNİN KAYNAĞI		
DIŞ GÖRÜNÜŞ			Değişiklik Olmaz	55.8	230	Eğitim Almadım	5.3	22
Her Zamankinden Daha Az	18.9	78	SOSYAL DAVRANIŞLAR			Annemden	69.4	286
Her Zamankinden Çok	15.0	62	Artar	5.6	23	Aile Büyüklerinden	4.6	19
Her Zamanki Kadar	63.8	263	Azalırlar	25.7	106	Kardeşlerden	7.3	30
YAŞANAN RAHATSIZLIK			Değişiklik Olmaz	67.0	276	Arkadaşlardan	11.7	48
Rahatsızlık Yaşamıyorum	7.3	30				Okuldan	23.3	96
Karın-Bel-Sırt Ağrısı	79.6	328				Kitaplardan	4.6	19
Ağlama İsteği/Hüzün	29.6	122				Doktordan	5.1	21
Gerginlik	59.7	246						
Karın-göğüs Ağrısı	37.6	155						
Sindirim Sistemi	24.00	99						
Terleme	14.3	59						
Çok yeme	33.5	138						
Başağrısı	16.5	68						
Kramplar	30.3	125						
Tuvalete çok çıkma	27.9	115						
Uyku Düzeninin Bozulması	15.00	62						

Katılımcıların çoğu adet dönemlerinin ilk bir-iki gününde rahatsızlık yaşamaktadır, adetlerinin yaklaşık 5 gün sürdüğünü ve adetlerinin arada sırada aksadığını belirtmektedirler.

Katılımcıların çoğu, adet dönemine aybaşı, kanama, kirlenme ve hastalanma gibi isimler vermektedir. Bunun yanı sıra “anavatan kan ağlıyor, fısfis, doğurganlığın sebebi, gazi olmak, halam geldi, hazel, mens, şınası-regl, vişneli kadın, vişneli kız, vişne renkli ve yağmur” verilen isimler arasında yer almaktadır. Katılımcıların %94.2’sine adet oldukları için kutlama yapılmamıştır.

3.2. Bazı Değişkenlere Göre Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Puanlarının Karşılaştırması

“Adet döngüsünün düzeni, eğitim düzeyi, anne-babanın sağlığı, annelerin kadın hastalıkları öyküsünün olup olmaması, baba tarafında kadın hastalıkları olup olmaması, annelerin kadın hastalıkları tedavisi görüp görmemesi, sosyoekonomik düzey değişkenlerine bağlı olarak adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi anlamlı farklılık göstermekte midir?” araştırma sorusuna yanıt aramak amacıyla katılımcıların kendileri ve de ana-babaları ile ilgili verdikleri bilgilere göre toplam puan ortalamaları arasındaki farklara bakılmıştır. Bu amaçla yapılan *t* Testi sonuçları bu bölümde ayrı tablolar halinde gösterilmiştir.

3.2.1. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek puanlarının katılımcıların adet kanamalarının düzenli olup olmamasına, lise ya da üniversite öğrencileri olmalarına, annelerin ve babaların sağlık probleminin olup olmamasına, annenin kadın hastalıkları öyküsünün olup olmamasına, baba tarafında her hangi bir kadın hastalıklarının olup olmamasına, annenin kadın hastalıkları tedavisi görüp görmemesine ve sosyoekonomik düzeye göre karşılaştırmaları yapılmıştır. Bu amaçla yapılan *t* testlerinde sonuçları ve ilgili ortalamalar aşağıda verilmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Adet Düzenine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Adet Kanaması		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Hayır	265	13,39	9,84	2,35	.02
	Evet	147	11	10,02		
KSE_Depresyon	Hayır	265	16,45	10,55	1,89	-
	Evet	147	14,4	10,48		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	265	11,85	9,9	2,56	.02
	Evet	147	9,29	9,38		
KSE_Somatizasyon	Hayır	265	8,55	6,32	2,73	.006
	Evet	147	6,78	6,23		
KSE_Hostilite	Hayır	265	9,59	6,3	1,95	.05
	Evet	147	8,28	6,83		
KSE_Toplam	Hayır	265	28,64	13,07	3,8	.00
	Evet	147	23,54	13,02		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	265	1,12	.720	2,55	.01
	Evet	147	.93	.733		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	265	112,49	35,71	2,04	.04
	Evet	147	104,76	38,67		
Stres	Hayır	265	65,74	16,12	2,49	.01
	Evet	147	61,7	15,23		
Vücut Algısı	Hayır	265	95,5	22,78	2,38	.02
	Evet	147	90,1	21,66		
Kontrol Odağı	Hayır	265	127,88	17,92	1,85	-
	Evet	147	124,37	18,62		
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	265	4,83	1,44	1,59	-
	Evet	147	4,6	1,4		

Adet kanaması düzensiz olan kadınların adet kanaması düzenli olan kadınlara oranla anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, ruh sağlığı, rahatsızlık ciddiyeti, adet

öncesi gerginlik sendromu, stres ve vücut algısı toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Eğitim		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Üniversite	205	9,64	8,08	6,12	.00
	Lise	207	15,4	10,81		
KSE_Depresyon	Üniversite	205	13,27	9,47	4,81	.00
	Lise	207	18,15	11,04		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Üniversite	205	8,5	7,71	5,17	.00
	Lise	207	13,33	10,97		
KSE_Somatizasyon	Üniversite	205	6,32	5,21	5,26	.00
	Lise	207	9,5	6,95		
KSE_Hostilite	Üniversite	205	6,96	5,57	7,77	.00
	Lise	207	11,26	6,7		
KSE_Toplam	Üniversite	205	23,76	12,37	4,78	.00
	Lise	207	29,86	13,46		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Üniversite	205	.84	.60	6,3	.00
	Lise	207	1,28	.78		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Üniversite	205	105,4	36,25	2,38	.01
	Lise	207	114,02	37,2		
Stres	Üniversite	205	60,22	12,82	5,35	.00
	Lise	207	68,34	17,58		
Vücut Algısı	Üniversite	205	94,61	21,69	.93	-
	Lise	207	92,55	23,3		
Kontrol Odağı	Üniversite	205	125	19,15	1,8	-
	Lise	207	128,23	17,15		
Adet Dönemi Duyguları	Üniversite	205	4,68	1,26	0,98	-
	Lise	207	4,82	1,57		

Üniversite öğrencilerinden lise öğrencilerinin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı, rahatsızlık ciddiyeti, adet öncesi gerginlik sendromu ve stres toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Annelerin Sağlık Probleminin Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Anne_Sağlık Problemi		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Hayır	275	11,72	9,6	1,05	-
	Evet	110	12,86	9,48		
KSE_Depresyon	Hayır	275	15,24	10,81	.52	-
	Evet	110	15,85	9,64		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	275	10,27	9,59	.61	-
	Evet	110	10,9	8,51		
KSE_Somatizasyon	Hayır	275	7,28	6,27	1,83	-
	Evet	110	8,56	6,28		
KSE_Hostilite	Hayır	275	8,76	6,55	.79	-
	Evet	110	9,33	6,1		
KSE_Toplam	Hayır	275	25,57	13,36	1,76	-
	Evet	110	28,15	12,15		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	275	1	.73	1	-
	Evet	110	1,08	.66		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	275	104,96	37,41	3,19	.002
	Evet	110	117,92	32,37		
Stres	Hayır	275	62,5	15,48	2,46	.01
	Evet	110	66,8	15,43		
Vücut Algısı	Hayır	275	92,03	22,97	1,9	.05
	Evet	110	96,79	19,95		
Kontrol Odağı	Hayır	275	125,65	18,07	.91	-
	Evet	110	127,52	18,74		
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	275	4,73	1,44	.28	-
	Evet	110	4,77	1,35		

Annenin her hangi bir sağlık probleminin varliğı ile katılımcının adet öncesi gerginlik sendromu, stres ve vücut algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 8. Babaların Sağlık Probleminin Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Baba_Sağlık Problemi		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Hayır	317	12,7	10,39	.46	-
	Evet	89	12,21	8,38		
KSE_Depresyon	Hayır	317	15,63	10,62	.53	-
	Evet	89	16,3	10,57		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	317	10,92	10,02	.03	-
	Evet	89	10,97	8,84		
KSE_Somatizasyon	Hayır	317	7,7	6,38	1,11	-
	Evet	89	8,55	6,3		
KSE_Hostilite	Hayır	317	9,14	6,64	.10	-
	Evet	89	9,22	6,18		
KSE_Toplam	Hayır	317	26,73	13,6	.39	-
	Evet	89	27,35	11,95		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	317	1,05	.75	.25	-
	Evet	89	1,08	.67		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	317	109,55	37,04	.19	-
	Evet	89	110,41	37,81		
Stres	Hayır	317	63,38	15,76	2,09	.03
	Evet	89	67,37	16,46		
Vücut Algısı	Hayır	317	92,48	22,4	1,69	-
	Evet	89	97,03	22,8		
Kontrol Odağı	Hayır	317	126,92	18,42	.43	-
	Evet	89	125,96	17,94		
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	317	4,8	1,44	1,18	-
	Evet	89	4,6	1,42		

Babanın her hangi bir sağlık probleminin varliğı ile kadınların yaşadığı stres arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 9. Annelerin Kadın Hastalıkları Öyküsü Olup Olmamasına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Anne_Kadın Hastalıkları Öyküsü		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Hayır	247	12,19	10,05	.08	-
	Evet	47	12,31	9,25		
KSE_Depresyon	Hayır	247	15,58	10,83	.31	-
	Evet	47	16,11	11,2		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	247	11	9,86	.43	-
	Evet	47	10,32	9,17		
KSE_Somatizasyon	Hayır	247	7,71	6,44	.70	-
	Evet	47	8,45	7,03		
KSE_Hostilite	Hayır	247	9,2	6,69	.30	-
	Evet	47	8,88	6,78		
KSE_Toplam	Hayır	247	26,44	13,46	.36	-
	Evet	47	25,66	13,82		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	247	1,05	.74	.06	-
	Evet	47	1,06	.72		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	247	107,31	36,95	.67	-
	Evet	47	111,27	39,59		
Stres	Hayır	247	64,16	15,82	.85	-
	Evet	47	66,31	16,59		
Vücut Algısı	Hayır	247	92,48	21,58	.88	-
	Evet	47	95,51	22,32		
Kontrol Odağı	Hayır	247	126,53	18,35	1,01	-
	Evet	47	122,92	23,06		
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	247	4,64	1,43	.39	-
	Evet	47	4,55	1,52		

Annelerin kadın hastalıkları öyküsünün varlığı ile diğer değişkenler arasında hiçbir anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 10. Babaların Tarafında Kadın Hastalıklarının Öyküsünün Varlığına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Baba_Kadın Hastalıkları Öyküsü		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Hayır	250	12,94	10,44	.05	-
	Evet	31	12,82	9,27		
KSE_Depresyon	Hayır	250	16,17	11,23	.78	-
	Evet	31	17,84	10,85		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	250	11,16	10,1	.05	-
	Evet	31	11,06	8,42		
KSE_Somatizasyon	Hayır	250	8,08	6,8	.12	-
	Evet	31	7,92	5,47		
KSE_Hostilite	Hayır	250	9,33	6,82	.23	-
	Evet	31	9,03	6,8		
KSE_Toplam	Hayır	250	26,9	14,07	.15	-
	Evet	31	27,29	12,09		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	250	1,09	.77	.13	-
	Evet	31	1,1	.67		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	250	109,57	39,13	1,23	-
	Evet	31	118,6	35,01		
Stres	Hayır	250	64,61	16,5	.72	-
	Evet	31	66,84	13,52		
Vücut Algısı	Hayır	250	92,42	22,69	1,3	-
	Evet	31	98,02	23,13		
Kontrol Odağı	Hayır	250	126,25	19,78	.40	-
	Evet	31	127,74	15,83		
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	250	4,71	1,45	.00	-
	Evet	31	4,71	1,62		

Babaların tarafında kadın hastalıkları öyküsünün varlığı ile diğer değişkenler arasında hiçbir anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Tablo11. Annelerin Kadın Hastalıkları Nedeniyle Tedavi Olmalarına Göre Alınan Ölçek**Puanlarının Karşılaştırılması**

Anne_Kadın Hastalıkları Tedavisi		N	X	SS	T	p
KSE_Anksiyete	Hayır	332	12,69	9,82		
	Evet	19	7,63	7,5	2,21	.02
KSE_Depresyon	Hayır	332	15,9	10,46		
	Evet	19	11,25	8,58	1,9	.05
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Hayır	332	10,89	9,5		
	Evet	19	6,95	6,45	2,5	.02
KSE_Somatizasyon	Hayır	332	8,1	6,3		
	Evet	19	5,19	5,2	1,98	.04
KSE_Hostilite	Hayır	332	9,4	6,48		
	Evet	19	4,42	4,44	4,62	.00
KSE_Toplam	Hayır	332	27,23	13,33		
	Evet	19	20,47	12,27	2,16	.03
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Hayır	332	1,08	.71		
	Evet	19	.67	.55	2,43	.01
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Hayır	332	108,56	35,1		
	Evet	19	115,18	39,17	.78	-
Stres	Hayır	332	64,56	15,57		
	Evet	19	57,69	12,79	1,89	.06
Vücut Algısı	Hayır	332	92,66	22,87		
	Evet	19	94,16	20,43	.28	-
Kontrol Odağı	Hayır	332	126,11	18,65		
	Evet	19	124,17	13,59	.44	-
Adet Dönemi Duyguları	Hayır	332	4,74	1,38	1,15	-
	Evet	19	4,37	1,01		

Annelerin kadın hastalıkları nedeniyle gördükleri tedavi ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı ve rahatsızlık ciddiyeti toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3.3.2. Sosyoekonomik Düzeyi Düşük ve Yüksek Olan Katılımcıların Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Katılımcılar sosyoekonomik düzeylerine göre de karşılaştırılmışlardır. Sosyoekonomik düzey belirlenirken katılımcılar, ilgili ölçek puanlarının meydanına göre düşük sosyoekonomik düzey ve yüksek sosyoekonomik düzey olarak ikiye ayrılmıştır. Hesaplanan medyan 42'dir ($x=41.45$, $ss=6,61$). 42'den küçük olan katılımcılar sosyoekonomik düzeyi düşük olarak belirlenirken, 42'nin üstünde kalan katılımcılar sosyoekonomik düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir. Karşılaştırmalarla ilgili sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Sosyoekonomik Düzeye Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Sosyoekonomik Düzey		N	X	SS	t	p
KSE_Anksiyete	Düşük	172	14,09	10,59	2,81	.00
	Yüksek	164	11,07	9,03		
KSE_Depresyon	Düşük	172	16,75	10,28	1,8	-
	Yüksek	164	14,67	10,84		
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	Düşük	172	12,67	10,71	3,04	.00
	Yüksek	164	9,43	8,77		
KSE_Somatizasyon	Düşük	172	8,86	6,85	3,13	.00
	Yüksek	164	5,72	5,72		
KSE_Hostilite	Düşük	172	6,67	6,67	3,17	.00
	Yüksek	164	6,45	6,45		
KSE_Toplam	Düşük	172	13,04	13,03	2,7	.00
	Yüksek	164	13,03	13,03		
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	Düşük	172	.76	.76	3,04	.00
	Yüksek	164	.69	.69		
Adet Öncesi Gerginlik Sendromu	Düşük	172	37,61	37,61	2,13	.03
	Yüksek	164	36,96	36,95		
Stres	Düşük	172	66,86	17,11	2,62	.00
	Yüksek	164	62,23	15,07		
Vücut Algısı	Düşük	172	91,55	23,75	1,45	-
	Yüksek	164	95,12	21,08		
Kontrol Odağı	Düşük	172	128,28	17,17	1,37	-
	Yüksek	164	125,6	18,54		
Adet Dönemi Duyguları	Düşük	172	4,83	1,48	1,9	.05
	Yüksek	164	4,54	1,36		

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların olumsuz benlik algısı, somatizasyonu, hostilitesi, ruh sağlığı, adet öncesi gerginlik sendromunu, stresi, ve adet döneminde yaşanan duyguları sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcılara oranla daha yüksek bulunmuştur.

3.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun İlişkili Olduğu Korelasyonlar

“Katılımcıların yaşı, doğum yeri, büyüdüğü yer, son 5 yıldır yaşadığı yer, eğitim düzeyi, ailedeki birey sayısı, aile tipi ve adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?”, “Katılımcıların ruh sağlığı, stres, vücut algısı, kontrol odağı ve adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?”, “Katılımcıların anne ve babasının eğitim düzeyi, doğum yeri, büyüdüğü yer, sağlık durumları ve adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?”, “Katılımcıların annelerin yaptığı düşük sayısı, doğum sayısı, kadın hastalıkları tedavisi görmeleri ile adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?” araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla tüm katılımcıların bu değişkenleri arasındaki korelasyonlara bakılmıştır.

Katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu (PMS Toplam), ilk adet döneminde yaşadıkları duygular (His Toplam), ruh sağlığı (belirtilerin varlığı, rahatsızlık ciddiyeti, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite), vücut algısı, kontrol odağı ve stres toplam puanları, katılımcıların demografik bilgileri, anne-babalarının sosyodemografik bilgileri arasındaki korelasyonlar tablolarda gösterilmiştir. Tablo 13’te katılımcıların ölçek toplam puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma tablosu, Tablo 14’te ise katılımcıların korelasyonları verilmiştir.

Tablo 13. Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Tablosu

	Ortalama	Standart Sapma
PMS Toplam	108,67	36,48
Büyüdüğü Yer	0,26	0,44
Eğitim	0,51	0,5
Anne Sağlık	1,29	0,45
Adet Düzeni	0,36	0,48
His_Toplam	4,74	1,41
KSE_Belirti Toplam	26,31	13,06
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	1,028	0,71
KSE_Anksiyete	12,05	9,57
KSE_Depresyon	15,41	10,48
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	10,45	9,28
Somatizasyon	7,65	6,29
Hostilite	8,92	6,42
Vücut Algısı	93,39	22,23
Kontrol Odağı	126,18	18,26
Stres	63,73	15,57

Tablo 14. Adet Öncesi Gerginlik Sendromu İle Diğer Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	r		r
Yaş	-.02	Vücut Algısı	.17**
Doğum Yeri	-.08	Kontrol Odağı	.19**
Büyüdüğü Yer	-.12*	Adet Dönemi Duyguları	.24**
Son 5 Yıldır Yaşadığı Yer	.00	Anne Eğitim Düzeyi	.06
Eğitim	-.12*	Anne Doğum Yeri	-.02
Ailedeki Birey Sayısı	-.09	Anne Büyüdüğü Yer	.00
Aile Tipi	.05	Anne Doğum Sayısı	-.02
KSE_Belirti	.59**	Anne Düşük Sayısı	-.00
KSE_Rahatsızlık Ciddiyeti	.64**	Anne Kadın Hastalıkları Tedavisi	-.00
KSE_Anksiyete	.61**	Anne Tedavi	.05
KSE_Depresyon	.58**	Anne Sağlık	.16**
KSE_Olumsuz Benlik Algısı	.56**	Baba Doğum Yeri	.00
Somatizasyon	.53**	Baba Büyüdüğü Yer	-.02
Hostilite	.55**	Baba Eğitim Düzeyi	.01
Stres	.64**	Baba Sağlık	.01

*p<.05

**p<.001

Tablo 14’te de görüldüğü gibi adet öncesi gerginlik sendromu ile katılımcının büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, ruh sağlığı (rahatsızlık belirtileri, adet döneminde yaşanan rahatsızlıkların ciddiyeti, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı) vücut algısı, kontrol odağı, adet döneminde yaşanan olumsuz duygular, somatizasyon, hostilite, stres ve annenin sağlık durumu değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

3.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunu Yordayan Değişkenler

Adet öncesi gerginlik sendromu puanlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla enter yöntemi ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Yordayıcı olarak katkılarına bakmak üzere analize alınan değişkenler şunlardır: Katılımcının büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, anne sağlık durumu, adet düzeni, adet dönemi duyguları, ruh sağlığı (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı), somatizasyon, hostilite, vücut algısı, kontrol odağı ve stres. Analize dahil edilecek bu yordayıcı değişkenleri belirlenmesi için Tablo 14’te verilen korelasyonlardan yararlanılmıştır, anlamlı bulunan değişkenler alınmıştır.

Tablo 15. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Regresyon Analizi Sonuçları

I.BLOK		R ²	Uyarlanmış R ²	R ² Değişim	F değişim	F	Beta	t
	Büyüdüğü Yer	.09	.08	.09	7.60	7,60**	.08	1.85
	Eğitim						.12	2.81**
	Anne Sağlığı						.08	2.10*
	Adet Düzeni						.00	.18
	Adet Dönemi Duyguları						.11	2.77**
II.BLOK	KSE_Belirti	.48	.46	.39	31.30	24,78**	.12	1.50
	KSE_Anksiyete						.12	1.37
	KSE_Depresyon						.13	1.68
	KSE_Olumsuz Benlik Algısı						.07	.93
	KSE_Somatizasyon						.00	.11
	KSE_Hostilite						.06	.91
	Vücut Algısı						.08	2.03*
	Kontrol Odağı						.03	.65
	Stres						.38	6.13**

*p<.01

**p<.001

Tablo 15’te de görüldüğü gibi katılımcının büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, anne sağlığı, adet düzeni ve adet dönemi duyguları denklemin birinci bloğunu oluşturmakta ve ruh sağlığı (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı), somatizasyon, hostilete, vücut algısı, kontrol odağı ve stres ise denklemin ikinci bloğunu oluşturmaktadır. Analiz sonuçları 14 değişkenin toplam varyansın %48’ini açıkladığını göstermektedir. Adet öncesi gerginlik sendromu yordanan değişken olarak ele alındığında, beş belirgin değişken ortaya çıkmıştır. Bunlar; katılımcının eğitim düzeyi, anne sağlığı, adet dönemi duyguları, vücut algısı ve strestir.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu çalışma üniversite ve lisede okuyan kadın öğrencilerin adet öncesi gerginlik sendromu ile stres, kontrol odağı, sosyoekonomik düzey, ruh sağlığı, beden algısı arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla 207'si lisede okuyan, 205'i üniversitede okuyan toplam 412 kişilik örneklem grubuna Kişisel Bilgi Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği, Stres Belirtileri Envanteri, Vücut Algısı Envanteri, Kontrol Odağı Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri uygulanmış, elde edilen veriler analiz edilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel amacına ulaşma doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmaktadır.

4.1. Katılımcıların Adet Döngüsünün Karakteristiğine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %54'ünün adet periyotları arada sırada aksamaktadır. Çalışmalar adet periyotları düzensiz olan kadınların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıklarının yüksek olduğunu bulmuştur (Cosgrove ve Riddle, 2003). Çalışma sonuçları da katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıklarını göstermektedir.

Katılımcıların %74'ü adet döngüsüne hastalanma adını vermekte, %4.4'ü de kirlenme adını vermektedir. Bunun sebebi ise toplumsal ve dini geleneklerin kadınlara vurguladığı kirlilik ve kaçınma duygusudur bu da kadının adet dönemini 'hasta' olarak adlandırmasına sebep olmaktadır (Tang ve ark., 2003; Yücel ve Polat, 2003). Bunun dışında verilen ilginç isimler arasında anavatan kan ağlıyor, fisfis, doğurganlığın sebebi, gazi olmak, halam geldi, mens, şinasi-regl, vişneli kadın, vişneli kız, vişne renkli ve yağmur yer almaktadır.

Yapılan diğerk bazı araştırmaların (Beausang, 2000; Chrisler ve Zittel, 1998; Hoerster ve ark., 2003) aksine, adet görmeye başladıkları zaman bu çalışmaya katılanların hemen tamamı (%94.2) için herhangi bir kutlama yapılmamıştır. Bu durum kùltürün adet görme hakkında konuşmayı yasak ve ayıp kabul etmesinden kaynaklanmaktadır (Beausang, 2000; Chrisler ve Zittel, 1998; Hoerster ve ark., 2003). Bazı ùlkelerde (Hoerster ve ark., 2003; Lustyk ve ark., 2006; Tang ve ark., 2003) olduğu gibi Türkiye’de de dini ve kùltürel etkilerden söz edilebilir.

Adet görmeye başlamadan önce katılımcıların çoğu anneleriyle bu konu hakkında konuşmuşlardır ve adet ile ilgili alınan ilk bilginin kaynağı anne ve okuldur. Araştırma sonucu Erbil ve arkadaşlarının (2010) bulgularıyla benzerdir. Genç kızlar adet görme ile ilgili ilk bilgiyi annelerinden almayı tercih etmektedirler (Kalman, 2003). Bu konuda daha önce bilgi edinmiş ve kendisini adet görmeye hazır hissedenden ve bu konuda daha önce bilgi edinmiş bir kadın hazırlıksız yakalanan bir kadına göre adet görmeye ilişkin çok daha olumlu bir tutum geliştirmektedir (Golub ve Catalano, 1983; Koff ve Rierdan, 1995; Özdemir ve ark., 2011). Adet görmenin kendisi kaygıya sebep olan bir durumdur ancak anneden alınan bilgi genç kızlarda kaygı açasından tampon görevi görmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların ilk adet kanamasındaki hisleri çoğunlukla olumludur (%95.1’i memnuniyet, %96.8’i gurur, %96.1’i rahatlama, %33.0’ı heyecan/telaş hissetmiştir). Yapılan çalışmalar (örneğin, Güneş ve arkadaşları, 1997; Lu, 2001), kadınların önemli bir bölümünün adet görmeyi doğal karşıladığını göstermektedir. Ayrıca bu araştırmada olduğu gibi iğrenme, belirsizlik, utanma ve korku duyguları yaşandığı da belirtilmektedir (Güneş ve arkadaşları, 1997) ancak bunlar görece daha az ifade edilmiştir.

Araştırma sonuçlarında katılımcıların adet periyotlarının çoğunlukla 5 gün sürdüğu bulunmuştur. Çıkan sonuç literatürü destekler niteliktedir (Kamacı ve ark., 1997; McPherson ve Korfine, 2004; Taşçı 2006).

Katılımcıların çoğunluğunun adet görme yaşı 12-13-14 arasında değişmektedir. Adet görme yaş ortalaması 13.15'tir. Bektaş'ın (2007) Ankara'da yaptığı çalışmada kızların adet görme yaş ortalaması 12.42 olarak bulunmuştur. Araştırma bulguları ile paralel olarak, Taşçı (2006), Erbil ve ark. (2010), Öztürk ve ark. (2011), Belmaker (1982), Delara ve ark. (2012), Morabia ve ark. (1998), Mascie-Taylor & Boldsen (1986), Chowdhury ve ark. (1999), Huen ve ark. (1997), Helm ve Grolund (1998), De La Pente ve ark. (1997), Crognier ve Tavers Da Rocha (1979), Morabia ve ark. (1996), Atallah ve ark. (1983), Furu (1976), Nakamura ve ark. (1986), Romans ve ark. (2003) da adet görme yaşının 12-13-14 arasında değiştiğini bulmuşlardır.

Adet öncesi dönemde görülen belirtiler arasında öfke, kaygı, gerginlik, kolayca ağlamak, duygu değişiklikleri, depresyon, ani öfkelenme, kafa karışıklığı, sosyal olarak geri çekilme, unutkanlık, aşırı uyuma-uykusuzluk, yorgunluk, konsantre olmada güçlük, karın ağrısı, göğüs şişkinliği, eklemelerde ödem, kas ağrısı, sivilce, yemek tüketiminde artış, umutsuzluk, kabızlık, aşırı susama, mide bulantısı, kaygı, kitlenmişlik hissi, sınırdan olma hissi ve baş ağrısı yer almaktadır. Bu belirtiler literatürde belirtilenlerle benzerdir (Bhatia ve Bhatia, 1999; Braverman, 2007; Gehlert ve ark. 2009; Mass ve ark., 2008; Moline ve ark., 2004; Siegel, 2003; Türkçapar ve Türkçapar, 2011; Woods ve ark., 1982; Wong, 2011;). Diğer çalışmalarda da olduğu gibi (Cockey, 1999; Freeman ve Sondheimer, 2003; Wong, 2011;) bu çalışmada da katılımcıların semptomları adet öncesi dönemde görülmekte ve sonraki birkaç gün içinde kaybolmaktadır.

Adet döneminde duygu değişimleri çok hızlı olmaktadır. Kadınlar çevresiyle sürtüşme ve çekişme yaşamaktadırlar (Freeman ve Sondheimer, 2003). Wallenstein ve arkadaşlarının (2008) ve Kitamura ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmalarda adet öncesi gerginlik sendromu yaşayan kadınların iş yerindeki ilişkilerde, evde ve sosyal yaşamlarında sıkıntı yaşadığı ortaya konmuştur. Bu çalışmada da katılımcılar bu dönemde Bu dönemde en çok aileleriyle, arkadaşlarıyla ve sevgilileriyle sıkıntı yaşamaktadır. Öztürk, Tanrıverdi, Erci'nin (2011)

Erzurum'un bir ilçesinde yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşadıkları sıkıntıların oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi olarak, bu çalışmanın Ankara'nın merkezinde yürütüldüğünden söz edilebilir, geleneksel yaşamın etkisinin bu büyük şehirde azalması ya da daha az hissedilmesi mümkündür.

Adet öncesi dönemde görülen semptomlar arasında karın, bel, sırt ağrısı (%79.6), ağlama isteği/hüzün (%29.6), gerginlik (%59.7), göğüs ağrısı (37.6), sindirim sistemi bozuklukları (%24.00), terleme (%14.3), çok yeme (%33.5), baş ağrısı (%16.5), kramplar (%30.3), çok fazla tuvalete çıkma (%27.9) ve uyku düzeninin bozulması (%15.00) bulunmaktadır. Literatürle tutarlı olarak bu çalışma da kadınların %95'inin adet öncesi gerginlik sendromunu birden fazla semptom halinde yaşamakta olduğunu göstermektedir ve çalışmalarda bir çok kadının buna benzer yakınmalardan şikayetçi olduğu bulunmuştur (Erbil ve ark., 2010; Jahromi ve ark., 2011; Steiner ve ark., 2003; Tanrıverdi, Selçuk ve Okanlı, 2010; Tekada ve ark., 2006;).

Adet öncesi dönemde katılımcıların çoğunluğunun dış görünüşüne her zamanki kadar özen gösterdiği, performanslarında, çevredeki kişilerle görüşme isteğinde bir değişiklik olmadığı, sosyal davranışlarında, çevrelerinin sıkıntılarını çözme isteklerinde bir değişiklik olmadığı, çevreyle sıkıntılarını paylaşmada her zamanki gibi davrandıkları ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, katılımcı kadınların önemli bir bölümü (yaklaşık % 60'ı) adet dönemlerinde yaşamlarını diğer zamanlardaki gibi geçirmektedirler. Ancak yine de katılımcıların yaklaşık % 40'ının bu dönemde bazı farklılıklar yaşadıkları görülmektedir.

Treloar ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada bu araştırma sonuçlarına benzer şekilde kadınların %64'ünün adet görmeden dolayı aktivitelerinde bir kısıtlama görülmediği, %56'sının ise yaşadıkları semptomların günlük yaşamlarını olumsuz etkilemediği ortaya çıkmıştır. Literatür bulguları çoğunlukla bu araştırma sonuçlarının tersi yönündedir (Clekner-Smith ve ark.,1998; Freeman ve Sondheimer, 2003). Yang ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları

çalışmada adet öncesi gerginlik sendromu olan kadınların performanslarının azaldığını ve zihin sağlığında bozulmalar meydana geldiği ortaya konmuştur. Nisar ve arkadaşları da (2008) benzer şekilde adet öncesi gerginlik sendromunun kadınların yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmektedirler. Bu araştırmada ise çoğunluk değilse de azımsanamayacak sayıda bir grup kadın adet döneminde bazı sıkıntılar yaşadıklarını dile getirmişlerdir.

4.2. Adet Kanamasıyla İlgili Değişkenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Katılımcıların ölçek (adet öncesi gerginlik sendromu) toplam puanları, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı toplam puanı, rahatsızlık ciddiyeti, stres, vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları) toplam puanları, adet dönemi ile ilgili bazı değişkenler bakımından karşılaştırılmıştır. Bulgular'da görüldüğü gibi, *t* testi sonuçlarına göre; adetin düzenli olup olmamasına bağlı olarak adet öncesi gerginlik sendromundaki farklılaşmalar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Adetleri düzenli olmayan kadınların yaşadığı anksiyete, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı, rahatsızlık ciddiyeti, stres ve olumsuz vücut algısı düzeyleri daha yüksektir.

Uzmanlar düzenli adet görmeye çok önem vermektedir (Cosgrove ve Riddle, 2003; Zeedyk ve Raitt, 1999). Zegeye ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışma da adet kanaması düzensiz olan kadınların premenstrual sendrom yaşama sıklıklarının daha fazla olduğunu göstermiştir.

Kadınlar uzun yaşamalarına rağmen çok da sağlıklı bir hayat sürmemektedirler. Adet öncesi gerginlik sendromu (PMS), adet öncesi rahatsızlık sendromu (PMDB) ve doğum sonrası depresyonun yanı sıra anksiyete depresyon, somatizasyon, yeme bozuklukları ve intihara da eğilimlidirler (Bailey ve Cohen, 1999; Douki ve ark., 2007). Bhatia ve Bhatia'ya göre (1999) olumsuz ruh sağlığı ve anksiyete semptomları adet döneminden önce çok yüksek derecede

yaşanmaktadır. Adet öncesi gerginlik sendromu ile depresyon ve anksiyete semptomları ve hayat kalitesinin bozulması birbirleri ile ilişkilidir (Freeman ve Sondheimer, 2003).

Lise öğrencileriyle üniversite öğrencileri karşılaştırıldığında, lise öğrencilerinin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, ruh sağlığı, adet öncesi gerginlik sendromu, stres toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Lise öğrencilerinin adet öncesi gerginlik sendromunu daha fazla yaşamalarının sebebi bu sendromun ergenlikte ortaya çıkmış olması ve yaklaşık 14 yaşlarında daha fazla görülüyor olmasındandır (Bakr ve Ez-Elarab, 2010; Clekner-Smith ve ark., 1998; Mishell, 2005).

Adet öncesi gerginlik sendromunun ağrılara sebep olmasının nedeni bazı biyokimyasal maddelerin üretilmiş olmasına ve psikososyal faktörlerin varlığına bağlanmıştır. Bir insanın gelişiminde ergenliğin yeri tektir ve çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde hem fizyolojik hem de psikolojik olarak ciddi değişiklikler yaşanmaktadır. Bu yüzden de lise öğrencileri günlük hayatlarını zaten stresli bir şekilde geçirmektedirler. Buna bir de üreme organları ve sağlıkla ilgili yetersiz bilgi verilmiş olması eklenince adet görmeye başlama ile birlikte yaşadıkları stres daha da artmaktadır. Ek olarak adet dönemi ağrılarının da eklenmesi adet öncesi gerginlik sendromunu arttırmaktadır (Kitamura ve ark., 2012).

Lise öğrencilerinin adet öncesi yakınmaları daha fazla yaşamasından dolayı ilköğretim öğrencilerine ergenlik dönemi ve adet görme konusuyla ilgili bilgilerin ders kitaplarında anlatılması ve ailelerin eğitilmesi gerekmektedir (Turan ve Ceylan, 2007).

Katılımcıların annelerinin sağlık probleminin olması da adet öncesi gerginlik sendromu, stres ve olumsuz vücut algısı puanlarını artırmaktadır.

Duygusal stres yaşayan bireyler fiziksel stres semptomlarını yaşamaları gerekmeksizin aile içi iletişimden etkilenmektedir (Ellis ve Garber, 2000). Fiziksel bir rahatsızlık adet öncesi

gerginlik sendromunu arttırmaktadır (Yang ve ark., 2008). Ek olarak, aynı çevrenin paylaşımı ve genler de adet öncesi gerginlik sendromunu arttırmaktadır (Jahanfar ve ark., 2011).

Katılımcıların babalarının sağlık problemi yaşamalarının varlığına ilişkin toplam puanları, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı toplam puanı, rahatsızlık ciddiyeti, adet öncesi gerginlik sendromu, vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları bakımından bir farklılık yaratmadığı; ancak stres düzeyini arttırdığı bulunmuştur.

Anne-kız ilişkisi ne kadar önemliyse baba-kız ilişkisi de aynı derecede önemlidir (Mallors ve ark., 2010). Babanın varlığı ergenlik dönemindeki bir kız için çok büyük bir önem taşımaktadır (Campbell ve Udry, 1995). Hastalık ailedeki ilginin azalmasına sebep olmaktadır. Ailedeki bir rahatsızlık bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığını etkileyen bir faktördür. Annenin ve babanın sağlığı çocuğun sağlığını önemli bir düzeyde etkilemektedir (Russek ve Schwartz, 1997). Aile dinamikleri ve ailede oluşan tutarsızlık ve olumsuzluk çocuğu yüksek derecede strese itmektir (Belsky ve ark., 2010; Byrd-Craven ve ark., 2012). Baba-kız ilişkisi de genç kızı için duygusal düzenleme yapan bir mekanizmadır (Byrd-Craven ve ark., 2012). Araştırma sonucu da literatürle tutarlı bir şekilde babanın sağlık probleminin varlığının strese sebep olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların annelerinin kadın hastalıkları öyküsü varlığının ve babalarının ailesinde bulunan kadın hastalıklarının öyküsünün, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı toplam puanı, rahatsızlık ciddiyeti, adet öncesi gerginlik sendromu, stres, vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları üzerindeki etkisine bakılmıştır ancak böyle bir etki saptanmamıştır.

Rizk ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma da ailede bulunan adet öncesi gerginlik sendromu veya annenin her hangi bir kadın hastalığı öyküsü geçirmiş olmasıyla adet öncesi gerginlik sendromu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını göstermektedir.

Literatürde yapılmış bazı çalışmalar ailesinde adet öncesi gerginlik sendromuna sahip olan kadınlarında aynı şekilde bu sendromu yaşadığını göstermektedir (Balaha ve ark., 2010; Rasheed ve ark., 2003; Vichnin ve ark., 2006). Charu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışma, ailede ciddi karın sancısı öyküsünün bulunması durumunda kişide 1.41 kat daha fazla gözlemlendiğini ortaya çıkarmıştır.

Anneleri kadın hastalıkları nedeniyle tedavi gören katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, ruh sağlığı, rahatsızlık ciddiyeti ve stres toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Diğer yandan annenin gördüğü kadın hastalıkları tedavisi ile adet öncesi gerginlik sendromu, vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde bu bulguyu destekleyen sonuçlar bulunmaktadır.

Bu sonuçlara göre özellikle annelerin adet kanamasını rahatsızlık verici bulmaları kızlarında benzer şekilde adet kanamasını rahatsızlık verici bir olayın gelişi olarak beklemelerine neden olmaktadır (Steinberg, 2007). Kalıtsal olarak annelerin adet sancısına, yorgunluğa ve çabuk sinirlenmeye karşı olan tutumu kızlarının tutumunu da etkilemektedir. Her hangi bir şekilde adet öncesi semptomu yaşamayan annelerin kızlarının %70'i de semptom yaşamamaktadır. Bu da adet öncesi gerginlik sendromu ve adet sancısında bilincinde olmadan yapılan taklidin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Kantero ve Widholm, 1971).

Northrup'a göre (2006) anne-kız ilişkisi bütün kadınların sağlıklarını önemli düzeyde etkilemektedir. Düşüncelerimiz ve bedenlerimiz annelerimizin duygu, düşünce ve davranışlarına göre düzenlenmektedir. Anneler kızlarını doğumdan önce bile etkileme gücüne sahiptirler ve kızları için en güçlü kadın rol modelidirler. Kadın olmayı ve bedenimize bakmayı annelerimizden öğrenmekteyiz. "Bütün kızlar annelerini içinde barındırmaktadırlar." (Northrup, 2006). Eğer kızın annesiyle olan ilişkisi destekleyici, sağlıklı ise ve eğer anne kızının bedenine ilişkin olumlu konuşmalar yapıyorsa zaten kızının bedeni, zihni ve ruhu ortalama bir sağlık düzeyinde

bulunmaktadır. Ek olarak, kültür kadınları etkilemede çok büyük bir öneme sahiptir ve eğer anne de kültüre uyan bir kadınsa kızı üzerindeki etki gücü ikiye katlanmaktadır. “Bütün kadınlar kız evladıdır.” Annenin onayını almak, sohbet etmek ve annenin gülümsemesi kızının kendisini doğru bir yolda olduğunu hissetmesine sebep olmaktadır (Northrup, 2006).

Katılımcıların sosyoekonomik düzeylerine göre, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, ruh sağlığı toplam puanı, rahatsızlık ciddiyeti, adet öncesi gerginlik sendromu, stres, vücut algısı, kontrol odağı ve adet dönemi duyguları bakımından karşılaştırıldığında; sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların anksiyete, olumsuz beden algısı, somatizasyon, hostilete, ruh sağlığı, rahatsızlık ciddiyeti, adet öncesi gerginlik sendromu, stres ve adet dönemi duyguları toplam puanları sosyoekonomik düzeyi yüksek olan katılımcıların toplam puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonuçları Garg, Sharma ve Sahay (2001); Ray ve arkadaşlarının (2010); Tortumluoğlu ve arkadaşlarının (2004), Pınar ve arkadaşlarının (2011); Khanna ve arkadaşlarının (2005); Deuster ve arkadaşlarının (1999) araştırma sonuçları ile benzerdir.

Sosyal sınıf farkı hep var olan bir durumdur ve kendine has bir kültür oluşturur. Bu nedenle de sosyoekonomik düzey araştırmalarda kesinlikle göz ardı edilmemelidir (Kağıtçıbaşı, 2010). Ailenin toplum içindeki sosyal, ekonomik ve kültürel pozisyonu geleneklerin bir göstergesi olduğu için çocukların yetişme, gelişme ve yaşama eğilimleri de değişmektedir (Conger ve Donnellan, 2007; Koivusilta ve ark.,2006). Sosyoekonomik düzey farkının psikolojik sonuçları günlük iş yaşamında ve hayatın genel akışında yaşanmaktadır (Whitbeck ve ark., 1997). Son yıllarda ergenlerin ailesinin maddi gelirinden etkilenmesi konusu yoğun bir çalışma alanı olmuştur (Steinberg, 2007).

Yaşanan ekonomik stres aile içindeki yakınlaşma ve destekleyiciliği azalttığı için ergenlerin kendilik değerlerini düşmektedir (Whitbeck ve ark., 1991). Kişisel imaj ve kendilik

değeri çocukluk ve orta çocukluk döneminde oluşmaktadır. Kendilik değeri yüksek olan bireyler kendilerini değerlendirirken daha olumlu yaklaşmakta, başka insanları kendilerinden üstün görmemektedirler (Doswell ve ark., 1998). Bu anlamda da kendilik değeri ile vücut algısı arasında bir ilişki olduğu düşünülebilmektedir.

Kızlar ergenlik döneminde daha fazladaha fazla ekonomik koşullardan etkilenmektedirler; aileler mali anlamda kızlarınının modayı takip etmesine, istediği CD'leri almasına, kozmetik ürünler satın almasına, elbiseler, müzik çalar ve video oynatıcıları almasına destek olmak durumunda kalmaktadırlar. Aile, yine ergen çocuğun üniversite eğitimi için para biriktirmeye çalışmaktadırlar (Steinberg, 2007).

Ciddi maddi problemler ailenin duygu durumunu etkilemektedir (Conger ve ark., 1993). Ailede bulunan ekonomik yetersizlik ilk ve orta ergenlik döneminde olan gençleri duygusal stres, psikolojik iyilik hali ve kontrol odağı alanlarında olumsuz olarak etkilemektedir (Conger ve ark., 1999; Ge ve ark., 1996; Mistry ve ark., 2002). Erkeklerle kızlar karşılaştırıldığında ise düşük sosyoekonomik düzeydeki kızlar erkeklere göre daha çok stres ve depresyon yaşamaktadırlar (Davies ve Windle, 1997). Gelirin yetersiz olması adet öncesi gerginlik sendromu puanlarını arttırmaktadır (Erbil ve ark., 2011; Kinyanda ve ark., 2011).

4.3. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Bazı Değişenlerle Korelasyonlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların “adet öncesi gerginlik sendromu ile rahatsızlık belirtileri, rahatsızlık ciddiyeti, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, stres, vücut algısı, kontrol odağı, adet dönemi duyguları ve anne sağlık durumu arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?” araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla tüm katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu korelasyonlarına bakılmıştır.

Katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu ile büyüdüğü yer ve eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve ters yönde ilişki bulunmuştur. Yine tüm katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu ile rahatsızlık belirtileri, rahatsızlık ciddiyeti, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, stres, vücut algısı, kontrol odağı, adet dönemi duyguları ve anne sağlığı arasında olumlu yönde ilişkiler bulunmuştur.

Çalışma sonucunda stresin adet öncesi gerginlik sendromu ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar da benzer şekilde yaşanan stresin adet öncesi gerginlik sendromunu arttırdığını ortaya koymuşlardır (Deuster ve ark., 1999; Gollenberg ve ark., 2010; Lustyk ve ark., 2004).

Ergenlik döneminde kişiler kendilerini bedenleri olarak tanımlamaktadırlar. Bu dönemde değişen beden hem çevreye hem de bireye birçok güçlü mesaj yaymaktadır. Yeni algılar, düşünceler ve duygular oluşmaya başlamaktadır. Beden, kişinin yansıması olarak kabul edilmektedir ve sıklıkla horlanmakta, değersiz görülmekte ve kötülenmektedir. Beden algısı çatışmaların, utancın, yetersizliğin, gurur ve memnuniyetin kaynağıdır. Birçok ergen kız için bedenin başkaları tarafından algılanma şekli acı da olsa kendisi hakkında bir farkındalığa sebep olmaktadır. Beden kişiyi diğer insanlardan ayıran en önemli şeydir (Sugar, 1993).

Bu çalışmanın sonucunda adet öncesi gerginlik sendromunun depresyon ve anksiyeteyi arttırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde Tanrıverdi, Selçuk ve Okanlı (2010) yaptıkları çalışmada adet öncesi gerginlik sendromunun depresif düşünceleri ve anksiyeteyi arttırdığını bulmuşlardır.

Çalışma sonuçları adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde yapılan diğer araştırma sonuçları da adet öncesi gerginlik sendromu ile kontrol odağı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Chrisler ve Levy, 1990; Rodin, 1992; Lane ve Francis, 2003).

Çalışma sonucunda adet öncesi gerginlik sendromu ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Adet öncesi gerginlik sendromu psikosomatik bir sendromdur (Angst ve ark., 2011). Golstein-Ferber ve Granot (2006) ergenlerle yaptıkları çalışmada adet döneminde ağrı düzeyinin artmasıyla somatizasyon şiddetinin de arttığını bulmuşlardır. Ek olarak, Müslümanların Hristiyan ve Dürzilere göre daha fazla somatizasyon yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Çalışmadan çıkan sonuçta, kadınların adet öncesi gerginlik sendromundan hem fiziksel hem de ruhsal olarak etkilendikleri görülmüştür. Araştırma sonuçları literatür bulguları ile benzerdir. Firoozi ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada adet öncesi dönemde bütün kadınların psikolojik ve somatik semptomları yaşadıklarını ortaya koymuşlardır. Babacan Gümüş ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışma sonucunda somatizasyonun depresif düşünceler, depresif duygulanım ve anksiyete ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır. Bunun sonucunda da kadınların yaşadığı ruhsal sıkıntılarını somatizasyon yoluyla ifade ettikleri yorumuna varmışlardır. Uyku düzeninin değişmesi, sinirlilik hali, şişkinlik ve iştahdaki değişiklikler somatizasyonla açıklanmakta ve bu yüzden de somatizasyonun ruhsal sorunlarla ilişkili olduğunu söylemektedirler.

4.4. Adet Öncesi Gerginlik Sendromunun Yordayıcılarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların “adet öncesi gerginlik sendromu ile rahatsızlık belirtileri, rahatsızlık ciddiyeti, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, stres, vücut algısı, kontrol odağı, adet dönemi duyguları ve anne sağlık durumunu ne kadar yordamaktadır?” araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla enter yöntemi kullanılarak çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Katılımcının büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, anne sağlığı, adet düzeni, adet dönemi duyguları, belirtileri, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilete, vücut

algısı, kontrol odağı, stres toplam puanları adet öncesi gerginlik sendromunu yordayan değişkenler olarak ortaya çıkmıştır. Ondört değişken toplam varyansın %48'ini açıklamaktadır. Varyansa en fazla katkı sağlayan değişkenler eğitim düzeyi, anne sağlığı, adet dönemi duyguları, vücut algısı ve strestir.

Eğitim düzeyi ile adet öncesi gerginlik sendromunun ilişkisinin çok anlaşılır olduğu düşünülmektedir çünkü literatür bulguları yaşı ergenliğe daha yakın olan kadınların daha fazla adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıklarını göstermektedir (Bakhshani ve ark., 2009; Silver, 2006; Taşçı, 2006; Wittchen ve ark., 2002). Yine ergenliğin etkisiyle kadınlar bedenleriyle daha fazla ilgilenmektedir (Bergner ve ark., 2008; Feingold ve Mazella, 1998; Hutchinson, 1983; Tsekeris ve Alexias, 2012). McPherson ve Korfine'in (2004) yaptıkları çalışma adet öncesi gerginlik sendromu ile vücut algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Literatür bulgularıyla benzer şekilde stresin adet öncesi gerginlik sendromunu yordadığı bulunmuştur (Arslan ve Dökmeci, 1999; Deuster ve ark., 1999; Lustyk ve ark., 2004; Siegel, 2003; Ussher ve ark., 2007). Adet öncesi gerginlik sendromu ile anne sağlığı arasındaki ilişki, kalıtsal olarak annelerin adet sancısına, yorgunluğa ve çabuk sinirlenmeye karşı olan tutumunun kızlarının tutumunu da etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Her hangi bir şekilde adet öncesi semptomu yaşamayan annelerin kızlarının %70'i de semptom yaşamamaktadır. Bu da adet öncesi gerginlik sendromu ve adet sancısında bilincinde olmadan yapılan taklidin önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Kantero ve Widholm, 1971). Stresin yüksek olmasının sebebinin katılımcıların vakitlerini genellikle ev dışında ve okul ortamında geçirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Strine ve ark., 2005; Ussher ve ark., 2007). DSM-IV-TR tanı kriterleri kitabına uygun olarak bu çalışmada da adet döneminde duyguların değiştiği bulunmuştur (depresif duygular, umutsuzluk, anksiyete, ağlamaklı olma, öfke).

Çalışma sonuçları adet döneminde duyguların değiştiğini göstermektedir. Benzer bulguları pek çok araştırmacı ortaya koymuştur (Chandraratne ve Gunawardena, 2011; Erbil ve ark., 2010; Mazza, 2011; Slade, 1989;). En yaygın psikolojik ve davranışsal semptomların arasında huzursuzluk, öfke (hostilite), stres, işe olan ilginin kaybedilmesi, çabuk yorulma, dikkat toplamada güçlük, kaygı, depresyon ve duyarlılığın artmasıdır (Ahangar ve ark., 2011; Derman ve ark., 2004). Robinson ve Swindle'in (2000) yaptığı çalışma sonucunda huzursuzluk/öfke, ruh hali değişimleri, stres, açlık hissi ve karında şişkinlik puanları yüksek çıkmıştır. Benzer bulgular DSM-IV-TR tanı kriterlerinde de bulunmaktadır ve bu araştırma sonuçları ile paraleldir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel olarak araştırmadan elde edilen bulgular beklendik yöndedir ve literatürle tutarlılık gösterdiği düşünölmektedir. Ortaya çıkan farklılıklar araştırmalardaki yöntem farklılıklarından, kültürel farklılardan, araştırmanın yürütöldüğü öлке ve şehirlerden ve katılımcı sayısından, katılımcıların yaşından kaynaklanabilir.

Çalışma sonucunda kız öğrencilerin genel olarak adet öncesi gerginlik sendromu yaşadıkları bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda en yaygın yakınmalar anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı, somatizasyon, hostilite, vöcüt algısı, kontrol odağı, stres, karın/bel/sırt ağrısı, ağlama isteği/hüzün, gerginlik, göğüs ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, çok fazla tuvalete çıkma ve uyku düzeninin bozulmasıdır. Geleneklere, kurallara ve dine bağlı olan bir toplumda yaşayan katılımcılarla adet öncesi gerginlik sendromunu çalışmış olmanın önemli olduğu düşünölmektedir; ancak, yapılacak daha kapsamlı araştırmalar kadınlarda var olan diğer adet öncesi semptomları daha net bir şekilde ortaya koyacaktır.

Adet öncesi gerginlik semptomların üniversite öğrencilerindense lise öğrencilerinde daha fazla görünmesinden dolayı okul rehberlik ve psikolojik danışma servisinin çalışma yapması gerektiği düşünölmektedir çünkü yaşanan semptomlar kız öğrencilerin eğitim ve sosyal hayatlarına olumsuz bir etki yaratmakta ve sonra da bir toplum sağlık probleymiş gibi algılanmasına sebep olmaktadır. Bu açıdan da adet öncesi gerginlik sendromunun doğu-batı farkı olmadan birçok ölkede yaşandığı görölmektedir (Rizk ve ark., 2006).

Çalışmada sosyoekonomik düzeyin adet öncesi gerginlik sendromuyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Tutucu aile modeli çocukların sağlığını olumsuz etkilediğinden dolayı, özellikle de sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerde aile desteği az geldiği için erken bir destek programı

sağlanmalıdır çünkü çocuk tarafından toplumdaki kültürün benimsenmesi erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (Kağıtçıbaşı, 2010).

Psikoloji genellikle kural koyucu ve önlem alıcı bir bilimdir yani insanların ne yapmasını ne yapmamasını topluma duyurmaktadır ve insanların bilinçlenmesi gerekmektedir (Kağıtçıbaşı, 2010). Adet öncesi gerginlik sendromundan fiziksel, ruhsal ve davranışsal açıdan hayatlarını olumsuz etkileyen kadınlar açısından bu konu daha fazla çalışılmalıdır (Güneş ve ark., 1997). Çalışmaya daha geniş yaş aralığında bulunan kadınlar dahil edilebilir ve adet öncesi gerginlik sendromunun başka alt tiplerinin olup olmadığı araştırma konusu olabilir (Gençdoğan, 2005). Adet öncesi gerginlik sendromu tanısı almış ve sağlıklı grup örneklem kapsamında olup iki grubun karşılaştırılması yapılabilir.

Yapılan literatür taramasında anne sağlığı, annenin kadın hastalıkları öyküsü ve tedavisi, baba sağlığı ve baba tarafında bulunan kadın hastalıkları öyküsünün adet öncesi gerginlik sendromuyla olan ilişkisini ele alan çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Bu nedenle araştırma sonucunda elde edilen bulguların literatür ışığında yeterince tartışılmamış olması araştırmanın bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın bir diğer önemli sınırlılığı da veri toplamada Kişisel Bilgi Formu ve Sosyoekonomik Düzey Ölçeği, Vücut Algısı Envanteri, Kontrol Odağı Ölçeği, Adet Öncesi Gerginlik Sendromu Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Stres Belirtileri Envanteri'nin beraber kullanılmasıdır. Katılımcıların ölçekleri doldururken sıkıldıkları, zorlandıkları ve birçok katılımcının doldurmaya devam etmek istemediği görülmüştür. Sonuçların değerlendirilmesinde ve ileride konuyla ilgili yapılacak çalışmalarda bu sınırlılıkların göz önünde bulundurulmasında yarar görülmektedir.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı üniversite ve lisede okuyan kadın öğrencilerde adet öncesi gerginlik sendromu ile vücut algısı, stres, kontrol odağı, ruh sağlığı ve sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkileri incelemektir. Bu amaçla 207'si lisede okuyan öğrenci, 205'i üniversitede okuyan öğrenci olmak üzere toplam 417 öğrenciye Kişisel Bilgi Formu ve Sosyoekonomik Düzey Ölçeği, Stres Belirtileri Envanteri, Kontrol Odağı Ölçeği ve Vücut Algısı Envanteri uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir.

Araştırmada katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu ile adet düzeni, eğitim, anne ve babaların sağlık problemi, annelerin kadın hastalıkları öyküsü, baba tarafında bulunan kadın hastalıkları öyküsü, annenin kadın hastalıkları tedavisi görmesi ve sosyoekonomik düzeylerinin *t* Testi analizi, ölçek toplam puanlarıyla ilgili korelasyon ve regresyon analizleri incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmektedir:

1. Katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu ile ruh sağlığı, eğitim düzeyi, büyüdüğü yer, vücut algısı, kontrol odağı, adet döneminde hissedilen olumsuz duygular, anne sağlığı, somatizasyon, hostilite ve stres arasında anlamlı korelasyonlar gözlenmiştir.
2. Katılımcıların babalarının sağlık problemleri, annelerin kadın hastalıkları öyküsü, baba tarafında bulunan kadın hastalıkları öyküsü arasında adet öncesi gerginlik sendromu açısından fark bulunmamaktadır.
3. Adet öncesi gerginlik sendromu üniversite öğrencisinden lise öğrencisinde daha çok görülmektedir.
4. Adet döngüsü düzenli olmayan katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır.

5. Herhangi bir sağlık problemi bulunan annelerin kızlarının adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır.
6. Anneleri kadın hastalıkları tedavisi görmüş olan katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır.
7. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan katılımcıların adet öncesi gerginlik sendromu yaşama sıklıkları daha fazladır.

Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmış, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekte yapılacak araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

The core purpose of this study is to scrutinize the link between premenstrual syndrome and body image, stress, locus of control, mental health and socioeconomic status. For this purpose a Personal Information Form and Socioeconomic Status Inventory, Body Image Inventory, Short Symptom Inventory, Locus of Control Scale, Stress Self-Assessment Checklist were applied on 417 high school and university students of which 207 were high school students; and 205 were university students. The findings were analyzed by means of the SPSS programme.

Within the study of differentiating between the premenstrual syndrome the analysis with the *t* Test of menstrual period, education level, mothers' and fathers' health care, mothers' gynaecological diseases history, gynaecological diseases history of fathers' family, socioeconomic status with the inventory sum points correlation and regression analyses applied on premenstrual syndrome were investigated.

The findings of the study are summed up as follows:

1. Significant correlations between the participants' premenstrual syndrome and psychological well-being, education level, place that grow up, body image, locus of control, feelings in menarche period, mother health, somatization, hostility and stress.
2. There are no differences between fathers' health, mothers' gynaecological diseases history, gynaecological diseases history of fathers' family and premenstrual syndrome.
3. As regards to university students, high school students reveals a more negative approach to premenstrual syndrome.
4. Irregular menarche period leads participants to premenstrual syndrome.

5. Mothers' health problem leads participants to premenstrual syndrome.
6. Mothers' treatment of gynaecological diseases leads participants to premenstrual syndrome.
7. As regards to socioeconomic status reveals a more negative approach to premenstrual syndrome.

The findings are discussed in the light of literature, the limitations of the study and advices for future studies are suggestively stated.

KAYNAKLAR

Abouserie, R. (1994). Sources and levels of stress in relation to locus of control and self-esteem in university students, *Educational Psychology*, 14, 323-330.

Abplanalp, J. M. (1983). Premenstrual syndrome: A selective review, *Women and Health*, 8, 107-123.

Adıgüzel, H., Taşkın, E. O., Danacı, A. E. (2007). Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (2), 1-9.

Ahangar, K. S., Dadkhah, A., Dolatshahei, B., Badeie, M. M. (2011). Efficacy of anger management training on anger severity symptoms of premenstrual syndrome, *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1942-1944.

Akdeniz, F., Gönül, A. S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi, *Klinik Psikiyatri*, 2, 70-74.

Akdeniz, F., Karadağ, F. (2006). Adet döngüsünün duygu durum bozuklukları üzerine etkisi var mıdır?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17 (4), 296-304.

Amerikan Psikiyatri Birliği: *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Angst J, Sellaro R, Stolar M, Merikangas KR, Endicott J. (2001). The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 110-116.

Anson, O. (1999). Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences, *Social Science & Medicine*, 49, 67-80.

Antai, A. B., Udezi, A. W., Ekanem, E. E., Okon, U. J., Umoiyoho, A. U. (2004). Premenstrual syndrome: prevalence in students of the University of Calabar, Nigeria, *African Journal of Biomedical Research*, 7, 45-50.

Arslan, Ö. E., Dökmeci, F. (1999). Premenstrual sendrom ve tedavisinde son görüşler, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52 (4), 237-241.

Arslan, C., Dilmaç, B., Hamarta, E. (2009). Coping with stress and trait anxiety in terms of locus of control: a study with Turkish University Students, *Social Behavior and Personality*, 37 (6), 791-800.

Atallah, N. L., Matta, W. M., El-Mankoushi, M. (1983). Age at menarche of schoolgirls in Khartoum, *Annals of Human Biology*, 10 (2), 185-188.

Ayatollahi, S. M. T., Dowlatabadi, E., Ayatollahi, S. A. R. (2002). Age at menarche in Iran, *Annals of Human Biology*, 29 (4), 335-362.

Babacan Gümüş, A., Bayram, N., Can, N., Kader, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 13, 32-38.

Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Ceverino, A. (2004). Premenstrual symptoms and luteal suicide attempts, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 326-329.

Bailey, J. W., Cohen, L. S. (1999). Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual syndrome, *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 8 (9), 1181-1184.

Bains, G. K., Slade, P. (1988). Attributional patterns, moods, and the menstrual cycle, *Psychosomatic Medicine* 50, 469-476.

Baker, F. C., Driver, H. S. (2007). Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle, *Sleep Medicine*, 8, 613-622.

Baker, F. C., Colrain, I. M. (2010). Daytime sleepiness, psychomotor performance, waking EEG spectra and evoked potentials in women with severe premenstrual syndrome, *Journal of Sleep Research*, 19, 214-227.

- Bakhshani, N. M., Mousavi, N., Khodabandeh, G. (2009). Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students, *Journal of Pakistan Medical Association*, 59 (4), 205-208.
- Bakr, I., Ez-Elarab, H. (2010). Prevalence of premenstrual syndrome and the effect of its severity on the quality of life among medical students, *The Egyptian Journal of Community Medicine*, 28 (2), 19-30.
- Balaha, M. H., Amr, M. A. E. M., Moghannum, M. S. A., Muhaidab, N. S. (2010). The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study, *Pan African Medical Journal*, 5 (4), 1-14.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning, *Educational Psychologist*, 28 (2), 117-148.
- Barclay, C. R., Petitto, A., Labrum, A. H., Carter-Jessop, L. (1991). Mood-related self-schemata and mood-congruity effects in autobiographical memory: a study of women with premenstrual syndrome, *Applied Cognitive Psychology*, 5, 461-481.
- Barnard, K., Frayne, S. M., Skinner, K. M., Sullivan, L. M. (2003). Health status among women with menstrual symptoms, *Journal of Women's Health*, 12, 911-919.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited source?, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265.

- Beausang, G. G., Razor, A. G. (2000). Young western women's experiences of menarche and menstruation, *Health Care for Women International*, 21, 517-528.
- Beck, L. E., Gevirtz R. & Mortola, J. F. (1990). The predictive role of psychosocial stress on symptom severity in premenstrual syndrome, *Psychosomatic Medicine*, 52, 536-543.
- Bektaş, Y. (2007). Age at menarche in Ankara, Turkey, *Intensive Course in Biological Anthropology*, 1, 149-153.
- Belmaker, E. (1982). Sexual maturation of Jerusalem schoolgirls and its association with socio-economic factors and ethnic group, *Annals of Human Biology*, 9 (4), 321-328.
- Belsky, J., Houts, R. M., Pasco-Fearon, R. M. (2010). Infant attachment security and the timing of puberty: Testing an evolutionary hypothesis, *Psychological Science*, 21 (9), 1195-1201.
- Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing, *Psychological Review*, 88 (4), 354-364.
- Berg, D. H., Coutts, L. B. (1994). The extended curse: being a woman every day, *Health Care of Women International*, 15, 11-22.

- Bhataia, S., Bhataia, S. K. (1999). Depression in women: Diagnostic and treatment considerations, *American Family Physician*, 60 (1), 1-17.
- Bielicki, T., Waliszko, A., Hulanicka, B., Kotlarz, K. (1986). Social-class gradients in menarcheal age in Poland, *Annals of Human Biology*, 13 (1), 1-11.
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., Zakin, D. F. (1985). Satisfaction with body image for early adolescent females: The impact of pubertal timing within different school environments, *Journal of Youth and Adolescence*, 14 (3), 207-223.
- Bond, A. J., Critchlow, D. G., Wingrove, J. (2003). Conflict resolution in women is related to trait aggression and menstrual cycle phase, *Aggressive Behavior*, 29, 228-238.
- Borenstein, J. E., Dean, B. B., Leifke, E. (2007). Differences in symptom scores and health outcomes in premenstrual syndrome, *Journal of Women's Health*, 16 (8), 1139-1144.
- Brattesani, k., Silverthorne, C. P. (1978). Social psychoogical factors of menstrual distress, *Journal of Social Psychology*, 106, 139-140.
- Braun, V., Kitzinger, C. (2001). "Snatch", "hole" or "honey-pot"? semantic categories and the problem on nonspecificity in female genital slang, *The Journal of Sex Research*, 38 (2), 146-158.

- Braun, V., Wilkinson, S. (2001). Socio-cultural representations of the vagina, *Journal of reproductive & Infant Psychology*, 19 (1), 17-32.
- Braverman, P. K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 20 (1), 3-12.
- Brooks-Gunn, J., Ruble, D. N. (1980). The menstrual attitude questionnaire, *Psychosomatic Medicine*, 42 (5), 503-512.
- Brumberg, J. J. (1982). Chlorotic girls, 1870-1920: a historical perspective on female adolescence, *Child development*, 53, 1468-1477.
- Budak, S. (2005). Psikoloji Sözlüğü. (3. Baskı). Ankara, Bilim ve Sanat Yayınları.
- Byrd-Craven, J., Auer, B. J., Granger, G. A., Massey, A. R. (2012). The father–daughter dance: The relationship between father–daughter Relationship quality and daughters’ stress response, *Journal of Family Psychology*, 26 (1), 87-94.
- Cameron, N. (1979). The growth of London schoolchildren 1904-1966: An analysis of secular trend and intra-county variation, *Annals of Human Biology*, 6 (6), 505-525.
- Campbell, B. C., Udry, J. R. (1995). Stres and age at menarche of mothers and daughters, *Journal of Biosocial Science*, 27, 127-134.

Chandra, P. S., Chaturvedi, S. K. (1989). Cultural variations of premenstrual experience, *Journal of Adolescents Health*, 35 (4), 343-349.

Chandraratne, N. K., Gunawardena, N. S. (2011). Premenstrual syndrome: The experience from a sample of Sri Lankan Adolescents, *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24, 304-310.

Charu, S., Amita, R., Sujoy, R., Thomas, G. A. (2012). 'Menstrual characteristics' and 'Prevalence and Effect of Dysmenorrhea' on Quality of Life of medical students, *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4 (4), 276-294.

Chattopadhyay, S. (2004). Aetiology, diagnosis and management of premenstrual changes (PMCS): Current Views, *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3 (1), <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-gynecology-and-obstetrics/volume-3-number-1/aetiology-diagnosis-and-management-of-premenstrual-changes-pmcs-current-views.html>

Choi, D., Lee, D., Lehert, P., Lee, I. S., Kim, S. H., Dennerstein, L. (2010). The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in Korean women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31 (1), 10-15.

Chowdhury, S., Shahabuddin, A. K. M., Seal, A. J., Talukder, K. K., Hassan, Q., Begum, R. A., Rahman, Q., Tomkins, A., Costello, A., Talukder, M. Q. K. (2000). Nutritional status

and age at menarche in a rural area of Bangladesh, *Annals of Human Biology*, 27 (3), 249-256.

Chrisler, J. C., Levy, K. (1990). The media construct a menstrual monster: A content analysis of PMS articles in the popular press, *Women and Health*, 16 (2), 89-104.

Chrisler, J. C., Zittel, C. B. (1998). Menarche stories: reminiscences of collage students from Lithuania, Malaysia, Sudan and The United States, *Health Care for Women International*, 19, 303-312.

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

Chrisler, J. C., Rose J. G., Dutch S. E., Sklarsky, K. G., Grant, M. C. (2006). The PMS illusion: Social Cognition Maintains Social Construction, *Sex Roles*, 54, 371-376.

Chrisler, J. C. (2008). 2007 presidential address: Fear of losing control: Power, perfectionism, and the psychology of women, *Psychology of Women Quarterly*, 32, 1-12.

Cleckner-Smith, C. S., Doughty, A. S., Grossman, J. A. (1998). Premenstrual symptoms. Prevalence and severity in an adolescent sample, *Journal of Adolescent Health*, 22 (5), 403-408.

Clifford, E. (1971). Body satisfaction in adolescence, *Perceptual and Motor Skills*, 33, 119-125.

Cockey, C. D. (1999). Women's Health: The current state, *Awkonn Lifelines*, 3-4, 15-18.

Cohen, L. S., Soares, C. N., Otto, M. W., Sweeney, B. H., Liberman, R. F., Harlow, B. L. (2002). Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women TheHarvard Study of Moods and Cycles, *Journal of Affective Disorders*, 70, 125-132.

Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Frederick, E. J., Lorenz, O., Simons, R. L., Whitbeck, L. B. (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls, *Developmental Psychology*, 29 (2), 206-219.

Conger, R. D., Conger, K. J., Matthews, L. S. (1999). Pathways of economic influence on adolescent adjustment, *American Journal of Community Psychology*, 27 (4), 519-541.

Conger, R. D., Donnellan, M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development, *Annual Review of Psychology*, 58, 175-179.

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

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

Crognier, E., Rocha, M. (1998). Age at menarche in rural France, *Annals of Human Biology*, 6 (2), 167-169.

Çetin, S. K., Akdeniz, F., Tamar, M. (2005). Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 145-153.

Çevirme, A., Çevirme, H., Karaoğlu, L., Uğurlu, N., Korkmaz, Y. (2010). The perception of menarche and menstruation among Turkish married women: Attitudes, experiences, and behaviors, *Social Behavior and Personality*, 38 (3), 381-394.

Dağ, İ. (1991). Rotter'in iç-dış kontrol odağı ölçeği (RİDKOÖ)nün üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği, *Psikoloji Dergisi*, 7 (26), 10-16.

Dağ, İ. (1991). Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeği'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2 (4), 269-274.

Dağ, İ. (1992). Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri, *Psikoloji Dergisi*, 7 (27), 1-9.

Dağ, İ. (1999). The relationships among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish collage sample, *Personality and Individual Differences*, 26, 723-737.

- Dağ, İ. (2002). Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49), 77-90.
- Dalton, K. (1959). Menstruation and acute psychiatric illness, *British Medical Journal*, 1, 148-149.
- Davies, P. T., Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment, *Developmental Psychology*, 33 (4), 657-668.
- Delara, M. Ghofranipour, F., Azadfallah, P., Tavafian, S. S., Kazamnejad, A., Montazeri, A. (2012). Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (1), 1-17.
- De La Puante, M. L., Canela, J., Alvarez, J., Salleras, L., Vicens-Calvet, E. (1997). Cross-sectional growth study of the child and adolescent population of Catalonia (Spain), *Annals of Human Biology*, 24 (5), 435-452.
- Derman, O., Kanbur, N. Ö., Tokur, T., E., Kutluk, T. (2004). Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, (116), 201–206.
- Deuster, P. A., Adera, T., South-Paul, J. (1999). Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *American Medical Association*, 8, 122-128.

- Doruk, A., Erdem, M., Gülsün, M., Uzun, Ö., Perdeci, Z. (2009). Adet öncesi disforik bozuklukta mizaç ve karakter özellikleri, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2 (2), 68-75.
- Doswell, W. M., Millor, G. K., Thompson, H., Braxter, B. (1998). Self-image and self-esteem in African-American preteen girls: Implications for mental health, *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 71-94,
- Douki, S., Zineb, S. B., Nacef, F., Halbreich, U. (2007). Women's mental health in the muslim world: Cultural, religious, and social issues, *Journal of Affective Disorders*, 102, 177-189.
- Ellis, B. J., Garber, J. (2000). Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress, *Child Development*, 71 (2), 485-501.
- Elson, J. (2002). Menarche, menstruation, and gender identity: retrospective accounts from women who have undergone premenopausal hysterectomy, *Sex Roles*, 46, 37-48.
- Endicott, J., Halbreich, U., Schacht, S., Nee, J. (1981). Premenstrual changes and affective disorders, *Psychosomatic Medicine*, 43 (6), 519-529.
- Erbil, N., Karaca, A. & Kırış, T. (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40 (4), 565-573.

- Erbil, N., Bölükbaş, N., Tolan, S., Uysal, F. (2011). Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 427-438.
- Erci, B., Okanlı, A., Kılıç, D. (1999). Premenstruel sendromun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (2), 14-26.
- Ersoy, B., Balkan, C., Günay, T., Onag, A., Egemen, A. (2004). Effects of different socioeconomic conditions on menarche in Turkish female students, *Early Human Development*, 76, 115-125.
- Eryılmaz, G., Özdemir, F., Pasinlioğlu, T. (2010). Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: Its effects on school performance and relationships with family and friends, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(5), 267-272.
- Fairburn, C., Cooper, P. (1982). Self-induced vomiting and bulimia nervosa: an undetected problem, *British Medical Journal*, 284, 1153-1115.
- Feingold, A., Mazella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing, *Psychological Science*, 9 (3), 190-195.

- Ferrero, S., Abbamonte, L. H., Giordano, M., Alessandri, F., Anserini, P., Remorgida, V., Ragni, N. (2006). What is the desired menstrual frequency of women without menstruation-related symptoms?, *Contraception*, 73, 537-541.
- Figert, A. E. (2005). Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact, *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 40 (2), 102-113.
- Firoozi, R., Kafi, M., Salehi, I., Shirmohammadi, M. (2012). The relationship between severity of premenstrual syndrome and psychiatric symptoms, *Iranian Journal of Psychiatry*, 7, 36-40.
- Fisher, M., Trieller, K., Napolitano, B. (1989). Premenstrual symptoms in adolescents, *Journal of Adolescents Health*, 10 (5), 369-375.
- Fredickson, B., Roberts, T. (1997). Objectification theory: Toward understanding woman's lived experiences and mental health risks, *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.
- Freeman, E. W., Sondheimer, S. J. (2003). Premenstrual dysphoric disorder: Recognition and treatment, *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 5, 30-39.
- Furu, M. (1976). Menarcheal age in Stockholm girls, 1967, *Annals of Human Biology*, 3 (6), 587-590.

- Garg, S., Sharma, N., Sahay, R. (2001). Socio-cultural aspects of menstruation in an urban slum in Delhi, India, *Reproductive Health Matters*, 9 (17), 16-25.
- Ge, X., Conger, R. D., Elder, G. H. (1996). Coming of age too early: pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress, *Child Development*, 67, 3386-3400.
- Gehlert, S., Song, I. H., Chang, C. H., Hartlage, S. A. (2009). The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women, *Psychological Medicine*, 39 (1), 129-136.
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual Sendrom için yeni bir ölçek, *Türkiye'de Psikiyatri*, 8 (2), 81-87.
- Gençdoğan, B. (2010). Premenstrüel disforik bozukluk ile cinsiyet rolleri ve anksiyete arasındaki ilişkiler, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (1), 235-247.
- Georgiadis, E., Mantzoros, C. S., Evagelopoulou, C., Spentzos, D. (1997). Adult height and menarcheal age of young women in Greece, *Annals of Human Biology*, 24 (1), 55-59.
- Goldstein-Ferber, S., Granot, M. (2006). The association between somatization and perceived ability: Roles in dysmenorrhea among Israeli Arab adolescents, *Psychosomatic Medicine*, 68, 136-142.

- Gollenberg, A. L., Hediger, M. L., Mumford, S. L., Whitcomb, B. W., Hovey, K. M., Wactawski-Wende, J., Schisterman, E. F. (2010). Perceived stress and severity of premenstrual symptoms: the biocycle study, *Journal of Women's Health, 19* (5), 959-967.
- Golub, S. (1976). The magnitude of premenstrual anxiety and depression, *Psychosomatic Medicine, 38* (1), 4-14.
- Golub, S., Catalano, J. (1983). Recollections of menarche and women's subsequent experiences with menstruation, *Women and Health, 8*, 49-61.
- Gölünük, S., Taşmektepligil, M. Y., İmamoğlu, O. (2010). Fiziksel ve ruhsal baskının menstruasyon düzenine etkisi, *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi, 12* (1), 1-5.
- Gözüm, S., Özer, H., Tuncel, Ş. (1996). Premenstrüel gerilim belirtilerinin sağlıklı genç erişkinlerde görülme derecesi ve bunların anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi, *Düşünen Adam, 9* (4), 40-46.
- Green, R., Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome, *British Medical Journal, 9*, 1007-1014.
- Güneş, G., Pehlivan, E., Genç, M. & Eğri, M. (1997). Malatya'da lise öğrencilerinde premenstrual sendrom sıklığı, *Journal of Turgut Özal Medical Center, 4* (4), 403-406.

- Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. (2003) The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28(3),1-23.
- Halbreich, U. (2004). The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorders-clinical procedures and research perspectives, *Gynecol Endocrinol*, 19, 320-334.
- Halbreich, U. (2006). History and trajectory of PMS: towards a balanced adaptation and a biosocial homeostasis, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 336-346.
- Hellman, L. T. (2010). *Gençlerle İletişim* (1. Baskı). (E. Özbaş, Çev.). İstanbul: Ekinoks Yayıncılık. (orijinal çalışma basım tarihi 2008).
- Helm, P., Gronlund, L. (1998). A halt in the secular trend towards earlier menarche in Denmark, *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*,77, 198-200.
- Hoerster, K. D., Chrisler, J. C., Rose, J. G. (2003). Attitudes toward and experience with menstruation in the US and India, *Women and Health*, 38 (3), 77-95.
- Hourani, L. L., Yuan, H., Bray, R. M. (2004). Psychosocial and Lifestyle Correlates of Premenstrual Symptoms among Military Women, *Journal of Women's Health*, 13 (7), 812-821.

- Hovardaoğlu, S. (1990). Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeyinin kontrol inancı ve kendi vücudunu algılamayla ilişkisi, *Dil Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 34. Cilt, 1 (2), 131-140.
- Hovardaoğlu, S. (1997). Stres belirtileri ile durumsal ve sürekli kaygının yordanması. *Kriz Dergisi*, 5 (2), 127-134.
- Huen, K. F., Leung, S. S. F., Lau, J. T. F., Cheung, A. Y. K., Leung, N. K., Chiu, M. C. (1997). Secular trend in the sexual maturation of southern Chinese girls, *Acta Paediatrica*, 86, 1121-1124.
- Hutchinson, M. G. (1983). Transforming body image: Your body, friend or foe?, *Women and Therapy*, 1, 59-67.
- Hylan TR, Sundell K, Judge R. (1999). The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *Journal of Womens Health & Gender-Based Medicine*, 8 (8), 1043-1052.
- Jahanfar, S., Lye, M., Krishnarajah, I. S. (2011). The heritability of premenstrual syndrome, *Twin Research and Human Genetics*, 14, 433-436.

Jahromi, B. N., Pakmehr, S., Hagh-Shenas, H. (2011). Work stres, premenstrual syndrome and dysphoric disorder: Are there any associations?, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 13 (3), 199-202.

Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). Benlik, Ail eve İnsan Gelişimi: Kültürel Psikoloji (1. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Kalman, M. B. (2003). Taking a different path: menstrual preperation for adolescent girls living apart from their mothers, *Health Care for Women International*, 24, 868-879.

Kamacı, M., Önder, Y., Akman, N. (1997). Adolesanlardaki primer dismonerenin vücut kütle indeksi ile ilişkisi, *Van Tıp Dergisi*, 4 (3), 154-157.

Kantero, R. L., Widholm, O. (1971). Correlations of menstrual traits between adolescent girls and their mothers, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 50 (14), 30-36.

Khanna, A, Goyal, R. S., Bhawsar, R. (2005). Menstrual practices and reproductive problems: A study of adolescent girls in Rajasthan, *Journal of Health Management*, 7 (1), 91-107.

Kinyanda, E., Woodburn, P., Tugumisirize, J., Kagugube, J., Ndyabangi, S., Patel, V. (2011). Poverty, life events and the risk for depression in Uganda, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 35-44.

- Kirkpatrick, M. K., Brewer, J. A., Stocks, B. (1990). Efficacy of self-care measures for perimenstrual syndrome (PMS), *Journal of Advanced Nursing*, 15, 281-285.
- Kissling, E. A. (2002). On the rag on screen: menarche in film and television, *Sex Roles*, 46, 1(2), 5-12.
- Kitamura, M., Tekada, T., Koga, S. (2012). Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in Japanese high school students, *Archives of Women's Mental Health*, 15, 131-133.
- Koci, A., Strickland, O. (2006). Relationship of adolescent physical and sexual abuse to premenstrual symptoms (PMS) in adulthood, *Issues in Mental Health Nursing*, (28), 75–87.
- Koff, E., Rierdan, J. (1995). Early adolescent girls' understanding of menstruation, *Women and Health*, 22, 1-19.
- Koivusilta, L. K., Rimpela, A. H., Kautiainen, S. M. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position?, *BMC Public Health*, 6 (110), 1-13.
- Köknel, Ö. (2010). Ergenlik Dönemi. *Ana-Baba Okulu* (13. Basım) içinde (90-91). İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Kundakcı, A. H. (2005). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları, benlik algısı, vücut algısı ve stres belirtileri açısından karşılaştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi.
- Lane, T., Francis, A. (2003). Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles, *Archives of Women's Mental Health*, 6, 127-138.
- Lee, S. (2002). Health and sickness: The meaning of menstruation and premenstrual syndrome in women's lives, *Sex Roles*, 46, 25-35.
- Lester, D. (1989). Relationship between locus of control and depression mediated by anger toward others, *The Journal of Social Psychology*, 129 (3), 413-414.
- Lester, D., Castromayor, I. J., İçli, T. (1991). Locus of control, depression, and suicidal ideation among American, Philippine, and Turkish students, *The Journal of Social Psychology*, 131 (3), 447-449.
- Leung, M., Chan, Y., Yu, J. (2009). Integrated model for the stressors and stresses of construction Project managers in Hong Kong, *Journal of Construction Engineering and Management*, 135 (2), 126-134.
- Logue, C. M., Moos, R. H. (1986). Perimenstrual Symptoms: Prevalence and risk factors, *Psychosomatic Medicine*, 48 (6), 388-414.

- Lombardi, I., Luisi, S., Quirici B. (2004). Adrenal response to adrenocorticotrophic hormone stimulation in patients with premenstrual syndrome, *Gynecological Endocrinology*, (18), 79–87.
- Lu, Z. J. (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women, *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 621-628.
- Lustyk, M. K., Widman, L., Paschane, A., Ecker, E. (2004). Stres, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology, *Women & Health*, 39 (3), 35-44.
- Lustyk, M. K., Beam, C., Miller, A. C., Olson, K. C. (2006). Relationships among perceived stres, premenstrual symptomatology and spiritual well-being in women, *Journal of Psychology and Theology*, 34 (4), 311-317.
- Mallers, M. H., Charles, S. T., Neupert, S. D., Almeida, D. M. (2010). Perceptions of childhood relationships with mother and father: Daily emotional and stressor experiences in adulthood, *Developmental Psychology*, 46 (6), 1651-1661.
- Martin, C. R. (1999). Phasic influences on psychometric measures during the menstrual cycle: Implications fort he construct integrity of the locus of control dimension, *British Journal of Medical Psychology*, 72, 217-226.

Martin, K. A. (2003). Giving birth like a girl, *Gender & Society*, 17, 54-72.

Marvan, M. L., Diaz-Erosa, M., Montesinos, A. (1998). Premenstrual symptoms in Mexican women with different educational levels, *The Journal of Psychology*, 132 (5), 517-526.

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

Mascie-Taylor, C. G. N., Boldsen, J. L. (1986). Recalled age of menarche in Britain, *Annals of Human Biology*, 13 (3), 253-257.

Masho, S. W., Adera, T., South-Paul, J. (2005). Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gyneocology*, 26 (1), 33-39.

Mass, R., Moll, B., Hölldorfer, M., Wiedemann, K., Richter-Appelt, H., Dahme, B., Wolf, K. (2008). Effects of the premenstrual syndrome on facial expressions of sadness, *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 293-298.

Mazza, D. (2011). Women's health in general practice, 14 Haziran 2012.
http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=ySKrdeR18g4C&oi=fnd&pg=PR1&dq=father+health+adolescent+girl+pmdd&ots=sNfS8Jp9qQ&sig=S4X82y5LePzW27MIj8HPa6tSyHU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

- McMaster, J., Cormie, K., Pitts, M. (1997). Menstrual and premenstrual experiences of women in a developing country, *Health Care for Human International*, 18, 533-541.
- Mello-Goldner, D., Jackson, J. (1999). Premenstrual syndrome (PMS) as a self-handicapping strategy among college women, *Journal of Social Behavior and Personality*, 14 (4), 607-616.
- Mendelson, B. K., White, D. R. (1985). Development of self-body esteem in overweight youngsters, *Developmental Psychology*, 21 (1), 90-96.
- Merskin, D. (1999). Adolescence, advertising, and the ideology of menstruation, *Sex Roles*, 40, 941-957.
- McPherson, M. E., Korfine, L. (2004). Menstruation across time: Menarche, menstrual attitudes, experiences, and behaviors, *Women's Health Issues*, 14, 193-200.
- Mishell, D. R. (2005). Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden, *The American Journal of Managed Care*, 11 (16), 473-479.
- Mistry, R. S., Vandewater, E. A., Huston, A. C., McLoyd, V. C. (2002). Economic well-being and children's social adjustment: The role of family process in an ethnically diverse low-income sample, *Child Development*, 73 (3), 935-951.

- Moline, M. L., Broch, L., Zak, R. (2004). Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause, *Medical Clinics of North America*, 88, 705-736.
- Mooney-Somers, J., Perz, J., Ussher, J. M. (2008). A complex negotiation: women's experiences of naming and not naming premenstrual distress in couple relationships, *Women and Health*, 47 (3), 57-77.
- Morabia, A., Costanza, M. C. (1998). International variability in ages at menarche, first livebirth and menopause, *American Journal of Epidemiology*, 148 (12), 1195–1205.
- Morabia, A., Khatchatrian, N., Bernstein, M., Walker, D. M., Campana, A. (1996). Reproductive characteristics of a population of urban Swiss women, *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 75 (9), 838–842.
- Must, A., Phillips, S. M., Naumova, E. N., Blum, M., Dawson-Hughes, B., Rand, W. M. (2002). Recall of early menstrual history and menarcheal body size: After 30 years, how well do women remember?, *American Journal of Epidemiology*, 155 (7), 672-679.
- Müderris, İ. İ., Gönül, A. S., Sofuoğlu, S., Taşcı, S., Bayatlı, M. (1999). Genç kadınlarda premenstrüel disforik bozukluk prevalansı, *Klinik Psikiyatri*, 2, 197-201.
- Nakamura, I., Shimura, M., Nonaka, K., Miura, T. (1986). Changes of recollected menarcheal age and month among women in Tokyo over a period of 90 years, *Annals of Human Biology*, 13 (6), 547-554.

Nisar, N., Zehra, N., Haider, G., Munir, A. A., Sohoo, N. A. (2008). Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students, *Journal of the Collage of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18 (8), 481-484.

Nolen-Hoeksema, S., Jackson, B. (2001). Mediators of gender differences in rumination, *Psychology of Women Quarterly*, 25, 37-47.

Northrup, C. (2006). Mother-Daughter wisdom: Creating a legacy of Physical and emotional health. 12 Haziran 2012,
http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=pnK4poLdc5IC&oi=fnd&pg=PA3&dq=mother+daughter+pms&ots=pvdDrt1tKE&sig=isxGqZuidrIVYW18ac4t37sKGXs&redir_esc=y#v=onepage&q=mother%20daughter%20pms&f=false

Nur, M. M., Romano, M. E., Siqueira, L. M. (2007). Premenstrual dysphoric disorder in an adolescent female, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20, 201-204.

O'Brien, P. M. S. (1993). Helping women with premenstrual syndrome, *BMJ*, 307, 1471- 1475.

Offman, A., Kleinplatz, P. J. (2004). Does PMDD belong in the DSM? Challenging the medicalization of women's bodies, *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13 (1), 17-27.

- Oktan, V., Şahin, M. (2010). Kız ergenlerde beden imajı ile benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 543-556.
- Olasov, B., Jackson, J. (1987). Effects of expectancies on women's reports of moods during the menstrual cycle, *Psychosomatic Medicine*, 49 (1), 65-78.
- O'Sullivan, L. F., Meyer-Bahlburg, H. G., Watkins, B. X. (2001). Mother-daughter communication about sex among urban African-American and Latino families, *Journal of Adolescent Research*, 16 (3), 269-292.
- Özdemir, F., Nazik, E., Pasinlioğlu, T. (2011). Determination of the motherly reactions to adolescents' experience of menarche-II, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 24, 21-24.
- Öztürk, S., Tanrıverdi, D., Erci, B. (2011). Premenstrual syndrome and management behaviors in Turkey, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28 (3), 54-60.
- Paddisson, P. L., Gise, L. H., Lebovitz, A., Strain, J. J., Cirasole, D. M., Levine, J. P. (1990). Sexual abuse and premenstrual syndrome: comparison between a lower and higher socioeconomic group, *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 31 (3), 265-272.
- Pal, S. A., Dennerstein, L., Lehert, P. (2011). Premenstrual symptoms in Pakistani women and their effect on activities of daily life, *Journal of Pakistan Medical Association*, 61, 763-768.

- Parlee, M. B. (1974). Stereotypic Beliefs about Menstruation: A Methodological Note on the Moos Menstrual Distress Questionnaire and Some New Data, *Psychosomatic Medicine*, 36 (3), 229-240.
- Pearlstein, T., Stone, A. B. (1998). Premenstrual syndrome, *Psychiatric Clinics of North America*, 21 (3), 577-590.
- Perz, J. & Ussher, J. M. (2006). Women's experience of premenstrual syndrome: a case of silencing the self. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 289-303.
- Phillips, A. S., Bedeian, A. G. (1989). PMS and the workplace, *Social Behavior and Personality*, 17 (2), 165-174.
- Pınar, G., Çolak, M., Öksüz, E. (2011). Premenstrual syndrome in Turkish college students and its effects on life quality, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2, 21-27.
- Rasheed, P., Al-Sowielem, L. S. (2003). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome among collage-aged women in Sudi Arabia, *Annals of Saudi Medicine*, 23 (6), 381-387.
- Ray, S., Mishra, S. K., Roy, A. G., Das, B. M. (2010). Menstrual characteristics: A study of the adolescents of rural and urban west Bengal, India, *Annals of Human Biology*, 37 (5), 668-681.

- Rittenhouse, C. A. (1991). The emergence of premenstrual syndrome as a social problem, *Social Problems*, 38 (3), 412-425.
- Rizk, D. E. E., Mosallam, M., Alyan, S., Nagelkerke, N. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates, *Acta Obstetricia et Gynecologica*, 85, 589-598.
- Roberts, T. A., Gettman, J. Y. (2004). Mere exposure: Gender differences in the negative effects of priming a state of self-objectification, *Sex Roles*, 51 (1/2), 17-27.
- Robinson, R. L., Swindle, R. W. (2000). Premenstrual symptom severity: Impact on social functioning and treatment-seeking Behaviors, *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9 (7), 757-768.
- Robinson, G. E. (2002). The problem with premenstrual syndrome, *Canadian Family Physician*, 48, 1753-1755.
- Rodin, M. (1992). The social construction of premenstrual syndrome, *Social Science and Medicine*, 35, 46-49.
- Romans, S. E., Martin, J. M., Gendall, K., Herbison, G. P. (2003). Age of menarche: The role of some psychosocial factors, *Psychological Medicine*, 33, 933-939.

- Rossier J, Dahourou D, McCrae (2005). Structural and mean-level analyses of the five-factor model and locus of control: further evidence from Africa, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, (36), 227-246.
- Rotter, J. B. (1989). Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable, *American Psychologist*, 45 (4), 489-493.
- Russek, L. G., Schwartz, G. E. (1997). Perceptions of parental caring predict health status in midlife: A 35-Year follow-up of the Harvard Mastery of stress study, *Psychosomatic Medicine*, 59, 144-149.
- Sabin, R., Slade, P. (1999). Reconceptualizing pre-menstrual emotional symptoms as phasic differential responsiveness to stressors, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (4), 381-390.
- Sabo, H. (1997). Personality variables, stressors, and sociocultural influences affecting premenstrual syndrome, *Journal of Psychological Inquiry*, 2, 22-25.
- Sadler, C. (12 Ekim 2011). Managing premenstrual syndrome. 26 Ocak 2012, www.pulse-learning.co.uk.
- Savran, G. (2010). Modern tıp ve bilimin kadın bedenini denetleme biçimi, *Türk Tabipleri Birliği II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi*, 23-30.

- Schooler, D., Ward, L. M., Merriwether, A., Caruthers, A. S. (2005). Cycles of shame: Menstrual shame, body shame, and sexual decision-making, *The Journal of Sex Research*, 42 (4), 324-334.
- Seman, M. (1959). On the meaning of alienation, *American Sociological Review*, 24 (6), 783-791.
- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world: Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control, *American Psychologist*, 51, 1213-1230.
- Shye, D., Jaffe, B. (1991). Prevalance and corralates of perimenstrual symptoms: a study of Israeli teenage girls, *Journal of Adolescent Health*, 12 (3), 217-224.
- Siegel, J. (2003). Premenstrual syndrome: psychiatric, physiological, and psychosocial perspectives, *Health and Social Work*, 12 (4), 284-289.
- Sigmon, S. T., Schartel, J. G., Hermann, B. A., Cassel, A. G., Thorpe, G. L. (2009). The relationship between premenstrual distress and anxiety sensitivity: The mediating role of rumination, *Journal of Rational-Emotive Cognitive Behavior Therapy*, 27, 188-200.
- Silva, C. M. L., Gigante, D. P., Carret, M. L. V., Fassa, A. G. (2006). Population study of premenstrual syndrome, *Revista de Saude Publica*, 40 (1), 1-9.

- Simondon, K. B., Simon, I., Simondon, F. (1997). Nutritional status and age at menarche of Senegalese adolescents, *Annals of Human Biology*, 24 (6), 521-532.
- Slade, P. (1989). Psychological therapy for premenstrual emotional symptoms, *Behavioural Psychotherapy*, 17, 135-150.
- Slade, P., Haywood, A., King, H. (2009). A qualitative investigation of women's experiences of the self and others in relation to their menstrual cycle, *British Journal of Health Psychology*, 14, 127-141.
- Snow, L. F., Johnson, S. M. (1977). Modern day menstrual folklore some clinical implications, *JAMA*, 237 (25), 2736-2739.
- Sparks, G. G., Nelson, C. L., Campbell, R. G. (1997). The relationship between exposure to televised messages about paranormal phenomena and paranormal beliefs, *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 41, 345-359.
- Steinberg, L. (2007). *Ergenlik* (F. Çok, H. Ercan, M. Artar, E. Uçar, S. A. Sevim, M. Bağlı, A. Apay, T. Şener, R. Parmaksız, C. Satman, T. Yiğit, E. G. Kapçı, Çev.). Ankara: İmge Kitabevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 1985)
- Steiner, M., Macdougall, M., Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians, *Archives of Women's Mental Health*, 6, 203-209.

Strine, T. W., Chapman, D. P., Ahluwalia, I. B. (2005). Menstrual-related problems and psychological distress among women in the United States, *Journal of Women's Health*, 14, 316-323.

Sugar, M. (1993). Female adolescent development, 12 Haziran 2012.
http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Te9W-CYf7IUC&oi=fnd&pg=PA62&dq=body+image+and+menstruation&ots=doGWRXgURO&sig=7LwQQRDC3oKqZDmhqJsr3_iIK24&redir_esc=y#v=onepage&q=body%20image%20and%20menstruation&f=false

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

Sundic, A., Zidverc-Trajkovic, J., Vujovic, S., Sternic, N. (2010).perimenstrual headache: migraine without aura or premenstrual syndrome symptom?, *Vojnosanitetski Pregled*, 67 (12), 969-976.

Suzana, R. (2000). Lesbian partner violence fact sheet. National Violence Against Women Prevention Research Center, 25 Ocak 2012,
www.musc.edu/vawprevention/lesbianrx/factsheet.shtml.

- Sveinsdottir, H., Lundman, B., Norberg, A. (2002). Whose voice? Whose experiences? Women's qualitative accounts of general and private discussion of premenstrual syndrome, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 414-423.
- Swann, C. J., Ussher, J. M. (1995). A discourse analytic approach to women's experiences of premenstrual syndrome, *Journal of Mental Health*, 4, 359-367.
- Swenson, I., Havens, B. (1987). Menarche and menstruation: a review of the literature, *Journal of Community Health Nursing*, 4 (4), 199-210.
- Şahin, N. H., Durak Batıgün, A. ve Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler için kullanımının geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 125-135.
- Şahin, N. H., Basım, N. H., Çetin, F. (2009). Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarında kendilik algısı ve kontrol odağı, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20 (2), 153-163.
- Tabak, R. S., Akköse, K. (2006). Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (2), 118-130.
- Tabassum, S., Afridi, B., Aman, Z., Tabassum, W., Durrani, R. (2005). Premenstrual syndrome: Frequency and severity in young college girls, *Journal of Pakistan Medical Association*, 55 (12), 546-549.

- Taghizadeh, Z., Shirmohammadi, M., Arbabi, Mohammad, Mehran, A. (2008). The effect of premenstrual syndrome on quality of life in adolescent girls, *Iranian Journal of Psychiatry*, 3 (3), 105-109.
- Tang, So-Kum C., Yeung, Yuen-Lan D., Lee, Marie A. (2003). Psychosocial correlates of emotional responses to menarche among chinese adolescent girls, *Journal of Adolescent Health*, 33, 193-201.
- Tanrıverdi, G., Selçuk, E., Okanlı, A. (2010). Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (1), 52-57.
- Taşcı, K. D. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (6), 434-443.
- Tekada, T., Koga, S., Yaedashi, N. (2010). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students, *Archives of Women's Mental Health*, 13, 535-537.
- Tekada, T., Tasaka, K., Sakata, M., Murata, Y. (2006). Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese women, *Archives of Women's Mental Health*, 9, 209-212.

- Tenkir, A., Fisseha, N., Ayele, B. (2004). Premenstrual syndrom: prevalance and effect on academic and social performances of students in Jimma University, Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health Development*, 17 (3), 181-188.
- Thomas, F., Renaud, F., Benefice, E., Meeüs, T., Guejan, J. F. (2001). International variability of ages at menarche and menopause: patterns and main determinants, *Human Biology*, 73 (2), 271-290.
- Thomas, I., Narayanan, G. (2006). Psycho-social correlates of perimenstrual distress, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32 (1), 71-80.
- Tortumluoğlu, G., Özyazıcıoğlu, N., Tüfekçi, F., Sezgin, S. (2004). Kırsal alanda yaşıyan kız çocuklarının menarş yaşları ve menarşa yönelik emosyonel tepkilerinin saptanması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (2), 76-88.
- Treloar, S. A., Heath, A. C., Martin, N. G. (2002). Genetic and environmental influences on premenstrual symptoms in an Australian twin sample, *Psychological Medicine*, 32, 25-38.
- Trunnell, E. P., Turner, C. W., Keye, W. R. (1988). A comparision of the psychological and hormonal factors in women with and without premenstrual syndrome, *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (4), 429-436.

- Tsekeris, C., Alexias, G. (2012). Science, genetic knowledge and human body, *Problemos*, 81, 67-78.
- Turan, T., Ceylan, S. S. (2007). 11-14 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin menstruasyona yönelik bilgileri ve uygulamaları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6), 41-54.
- Türkçapar, F., Türkçapar, H. M. (2011). Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme, *Klinik Psikiyatri*, 14, 241-253.
- Twenge, J. M., Zhang, L., Im, C. (2004). It's beyond my control: A cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002, *Personality and Social Psychology Review*, 8, 308-319.
- Uskul, A. K. (2004). Women's menarche stories from a multicultural sample, *Social Science and Medicine*, 59, 667-679.
- Usmiani, S., Daniluk, J. (1997). Mothers and their adolescent daughters: Relationship between self-esteem, gender role identity, and body image, *Journal of Youth and Adolescence*, 26 (1), 45-62.
- Ussher, J. M. (2002). Processes of appraisal and coping in the development and maintenance of premenstrual dysphoric disorder, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 309-322.

- Ussher, J. M., Hunter, M., Cariss, M. (2002). A women-centered psychological intervention for premenstrual symptoms, drawing on cognitive-behavioral and narrative therapy, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 319-331.
- Ussher, J. M. (2003a). The ongoing silencing of women in families: an analysis and rethinking of premenstrual syndrome and therapy, *Journal of Family Therapy*, 25, 388-405.
- Ussher, J. M. (2003b). The role of premenstrual dysphoric disorder in the subjectification of women, *Journal of Medical Humanities*, 24 (1/2), 131-146.
- Ussher, J. M., Perz, J. (2006). Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psycho-educational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (4), 347-362.
- Ussher, J. M., Perz, J., Mooney-Somers, J. (2007). The experience and positioning of affect in the context of intersubjectivity: The case of premenstrual syndrome, *International Journal of Critical Psychology*, 21, 144-165.
- Ussher, J. M. (2008). Challenging the Positioning of Premenstrual Change as PMS: The Impact of a Psychological Intervention on Women's Self-Policing, *Qualitative Research in Psychology*, 5, 33-44.

- Vichnin, M., Freeman, E. V., Lin, H., Hillman, J., Bui, S. (2006). Premenstrual syndrome in adolescence (PMS): Severity and Impairment, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 19, 397-402.
- Vigod, S. N., Frey, B. N., Soares, C. N., Steiner, M. (2010). Approach to premenstrual dysphoria for the mental health practitioner, *Psychiatry Clinic North America*, 33, 257-272.
- Wallenstein, G. V., Blaisdell-Gross, B., Gajria, K., Guo, A., Hagan, M., Kornstein, S. G., Yonkers, K. A. (2008). Development and validation of the premenstrual symptoms impact survey (PMSIS): A disease-specific quality of life assessment tool, *Journal of Women's Health*, 17 (3), 439-450.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health, *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 183-199.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., Smith, S., Dobbins, C. J. (1987). Perceived control and health, *Current Psychological Research & Reviews*, 6 (1), 5-25.
- Wallston, C. J., Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature, *Health and Education Monographs*, 6, 107-117.
- Whitbeck, L. B., Simons, R. L., Conger, R. D., Lorenz, F. O. Huck, S., Elder, G. H. (1991). Family economic hardship, parental support, and adolescence self-esteem, *Social Psychology Quarterly*, 54 (4), 353-363.

- Whitbeck, L. B., Simons, R. L., Conger, R. D., Wickrama, K. A. S., Ackley, K. A., Elder, G. H. (1997). The effects of parents' working conditions and family economic hardship on parenting behaviors and children's self-efficacy, *Social Psychology Quarterly*, 60 (4), 291-303.
- Wittchen, H. U., Becker, E., Lieb, R., Krause, P. (2002). Prevalance, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community, *Psychological Medicine*, 32, 119-132.
- Wong, L. P., Khoo, E. M. (2010). Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 108, 139-142.
- Wong, L. P. (2011). Attitudes toward menstruation, menstrual-related symptoms, and premenstrual syndrome among adolescent girls: A rural school-based survey, *Women & Health*, 51, 340-364.
- Woods, N. F., Most, A., Dery, G. K. (1982). Prevalence of perimenstrual symptoms, *American Journal of Public Health*, 72 (11), 1257-1264.
- Yang, M., Wallenstein, G., Hagan, M., Guo, A., Chang, J., Kornstein, S. (2008). Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life, *Journal of Women's Health*, 17 (1), 113-121.

Yaşar, B. (2012). Anneme Soramadığım Sorular (1. Baskı). İstanbul: Zafer Yayınları.

Yavuzer, H. (2005). Gençleri Anlamak (2. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2008). Çocuk Psikolojisi (31. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yavuzer, H. (2009). Ana-Baba ve Çocuk (20. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yonkers, K. A., Pearlstein, T., Rosenheck, R. A. (2003). Premenstrual disorders: Bridging research and clinical reality, *Archives of Women's Mental Health*, 6, 287-292.

Yonkers, K. A., O'Brien P. M. S., Eriksson, E. (2008). Premenstrual Syndrome, *The Lancet*, 371 (5), 1200-1210.

Yörükoğlu, A. (2008). Çocuk Ruh Sağlığı (29. Baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.

Yücel, B., Polat, A. (2003). Attitudes toward menstruation in premenstrual dysphoric disorder: a preliminary report in an urban Turkish population, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24, 231-237.

Zeedyk, M. S., Raitt, F. E. (1999). Biology in the courtroom: PMS in legal defences, *Psychology, Evolution & Gender*, 1 (2), 123-143.

Zegeye, D. T., Megabiaw, B., Mulu, A. (2009). Age at menarche and the menstrual pattern of secondary school adolescents in northwest Ethiopia, *BMC Women's Health*, 9 (29), 1-8.

EK-1

BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışmayı; Yüksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Zehra Dökmen'in danışmanlığında yürütmekteyim. Çalışmanın amacı, kadınlarda görülen adet öncesi gerginlik sendromunu bazı değişkenlerle incelemektir. Çalışmaya katılım, gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece benim tarafımdan değerlendirilecektir. Bireysel hiçbir değerlendirme yapılmayacaktır.

Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Katılım sırasında, sorulardan ya da başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta serbestsiniz. Soruları cevaplamanız yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederim. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için atoprak86@hotmail.com adresi aracılığı ile iletişim kurabilirsiniz.

Ayşegül Toprak Coşkun

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda bırakabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

KABUL EDİYORSANIZ LÜTFEN İMZANIZI ATINIZ VE AŞAĞIDAKİ ALANI İŞARETLEYİNİZ ()

EK-2

1) YAŞ

a) Kaç yaşındasınız? b) Doğum tarihiniz:

2) Size uygun olan cevabın altındaki kutuyu işaretleyiniz ve “neresi olduğunu” belirtiniz.

	(1) Ankara, İstanbul, İzmir (belirtiniz)	(2) Büyük Şehir (belirtiniz)	(3) Küçük şehir (belirtiniz)	(4) İlçe (belirtiniz)	(5) Köy (belirtiniz)	(6) Yurt dışı (belirtiniz)
Nerede doğdunuz?						
Nerede büydünüz?						
Son beş yıldır nerede yaşıyorsunuz?						

3) ÖĞRENİM DURUMU

(1) Lisede okuyorum (2) Üniversite de okuyorum

(3) Başka (.....)

4) AİLENİZDEKİ BİREY SAYISI

(Şu an içinde bulunduğunuz aileyi göz önüne alarak cevaplayınız.)

- 1) 8 kişi ve daha fazla () 2) 4-5 kişi () 3) 6-7 kişi ()
4) 3 kişi ve daha az () 5) Başka (.....)

5) AİLENİZİ NASIL TANIMLARSINIZ?

- 1) Geniş Aile (Büyük anne, büyük baba ve diğer akrabalar birlikte)()
2) Çekirdek Aile (Anne-baba ve çocuk ya da çocuklardan oluşan aile) ()
3) Başka (.....)

6) OTURDUĞUNUZ EV KİME AİT?

- 1) Kira () 2) Lojman ()
3) Aile büyüğüne ya da akrabamıza ait () 4) Kendimize ait()
5) Başka (.....)

7) EVİNİZDEKİ ODA SAYISI (MUTFAK, BANYO HARİÇ)

- 1) Tek oda () 4) Üç oda – salon ()
2) Tek oda – salon () 5) Daha fazla oda ve salon ()
3) İki oda –salon () 6) Başka (.....)

8) AİLENİZİN SAHİP OLDUĞU EŞYALAR VE MÜLKLER

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Aynı eşyadan birden fazlasına sahipseniz, noktalı yerlere kaç tane olduğunu belirtiniz.)

- 1) Buzdolabı () 6) DVD ya da VCD Player() 2)
2) Otomatik Çamaşır Makinesi () 7) Bilgisayar ()
3) Fırın () 8) Ev ()
4) Bulaşık Makinesi () 9)Yazlık Ev ()
5) Plazma TV () 10) Özel Araba ()

9) ANNENİZ HAKKINDA BİLGİ

a) Annenizin eğitim düzeyi

- (1) hiç eğitimi yok (2) ilkokul (3) ortaokul
(4) lise (5) yüksek okul (6) üniversite
(7) lisans üstü (8) başka (.....)

b) Anneniz için uygun olan cevabın altındaki kutuyu işaretleyiniz ve “neresi olduğunu” belirtiniz.

	(1) Ankara, İstanbul, İzmir (belirtiniz)	(2) Büyük Şehir (belirtiniz)	(3) Küçük şehir (belirtiniz)	(4) İlçe (belirtiniz)	(5) Köy (belirtiniz)	(6) Yurt dışı (belirtiniz)
Nerede doğdu?						
Nerede büyüdü?						

c) Anneniz ilk adet kanamasını kaç yaşındayken olmuş?..... () bilmiyorum

d) Anneniz kaç doğum yaptı?

e) Anneniz kaç düşük yaptı / kaç kürtaj oldu? () bilmiyorum

f) Anneniz hiç kadın hastalıkları nedeniyle tedavi oldu mu?

- (1) Evet, oldu (2) Hayır olmadı (3) bilmiyorum

g) Anneniz kaç yaşında menopoza girdi?

- (1) menopoza girmede (2) yaşında girdi (3) bilmiyorum

h) Anneniz menopoza nasıl girdi?

- (1) menopoza girmede (2) doğal olarak (3) ameliyatla (4) başka (.....)

i) Anneniz menopozla ilgili ve/ya da menopoz sonrası hiç tedavi oldu mu?

- (1) Hayır, olmadı (2) evet, oldu (belirtiniz.....) (3) Başka (.....)

j) Anneniz tarafında kadın hastalıkları ile ilgili bir hastalık öyküsü var mı?

- (1) Hayır, yok (2) Evet, var (belirtiniz))

(3) bilmiyorum

k) Annenizin bildiğiniz önemli bir sağlık sorunu var mıdır/var mıydı?

- (1) Hayır yok (2) Evet, var (belirtiniz))

(3) bilmiyorum

10) BABANIZ HAKKINDA BİLGİ

a) Babanız için uygun olan cevabın altındaki kutuyu işaretleyiniz ve “neresi olduğunu” belirtiniz.

	(1) Ankara, İstanbul, İzmir (belirtiniz)	(2) Büyük Şehir (belirtiniz)	(3) Küçük şehir (belirtiniz)	(4) İlçe (belirtiniz)	(5) Köy (belirtiniz)	(6) Yurt dışı (belirtiniz)
Nerede doğdu?						
Nerede büyüdü?						

b) Babanızın eğitim düzeyi

- (1) hiç eğitimi yok (2) ilkokul (3) ortaokul (4) lise
(5) yüksek okul (6) üniversite (7) lisans üstü (8) başka (.....)

c) Babanızın önemli bir sağlık sorunu var mıdır/var mıydı?

- (1) Hayır yok (2) Evet var (belirtiniz.....)

d) Babanız tarafında kadın hastalıkları ile ilgili bir hastalık öyküsü var mı?

- (1) Hayır yok (2) Evet var (belirtiniz)
(3) bilmiyorum

11) ADET KANAMASI

a) Adet kanamalarınız kaç yaşınızda başladı?.....

b) İlk adet kanamanız olduğunda neler hissettiniz?

- (1) hiçbir şey (2) memnuniyet (3) gurur (4) rahatlama (5) heyecan,telaş
(6) iğrenme (7) belirsizlik (8) utanma (9) korku
10) başka (belirtiniz.....)

c) Adet döneminde ne tür rahatsızlık/lar yaşıyorsunuz?

- (1) hiç bir rahatsızlık yaşamıyorum
(2) karın, bel, sırt ağrısı, sancı (3) ağlama isteği, hüzünlenme
(4) gerginlik, sinirlilik, alınganlık vb. (5) karın, göğüs şişkinliği/hassasiyeti
(5) sindirim sistemi rahatsızlığı (gaz, mide ağrısı, bulantı, ishal/kabızlık vb.)
(6) terleme (7) çok yeme / hiç yiyememe
(8) baş ağrısı (9) kramplar, kasılmalar
(10) tuvalete çok çıkma (11) uyku problemleri
(12) başka (belirtiniz.....)

d) Adet dönemindeki sıkıntılarınız özellikle hangi günler olur?

- (1) öncesinde (2) ilk bir/iki gününde (3) ortasında
(4) biterken (5) sonrasında (6) adet dönemi boyunca
(7) hiç rahatsızlık olmuyor (8) başka (.....)

e) Adet kanamalarınız yaklaşık kaç gün sürer?

f) Adet kanamalarınızın düzeni hakkında ne söyleyebilirsiniz?

- (1) her zaman düzenli (2) arada sırada aksar (3) her zaman aksar

g) Adet kanamalarınızla ilgili olarak hiç tedavi olmanız gerekti mi?

- (1) Hayır, gerekmedi (2) Evet, tedavi oldum (3) Başka (.....)

h) Adet kanamaları hakkındaki ilk eğitiminizi (ilk bilgilerinizi) kimden/kimlerden aldınız?

- (1) hiç eğitim almadım (2) annemden (3) aile büyüklerinden
(4) kardeşlerden (5) arkadaşlardan (6) okuldan (öğretmen, ders vb.)
(7) kitaplardan (8) doktordan (9) başka (belirtiniz

i) Adet kanamalarınıza başka ne ad/lar verirsiniz?

- (1) aybaşı (2) kanama (3) kirlenme
(4) hastalanma (5) başka (.....)

j) İlk adet kanamanız olduğunda bunun için bir kutlama yapıldı mı?

- (1) hayır, yapılmadı (2) evet, yapıldı (belirtiniz.....)

k) Adet kanamalarınız hakkında annenizle ne kadar rahat konuşabilirsiniz?

- (1) hiç (2) biraz (3) orta (4) çok

12) ADET ÖNCESİ DÖNEMDE SOSYAL YAŞAM

(Bu bölümdeki soruları **adet kanamasından önceki 7-10 günlük süreyi** düşünerek cevaplandırınız.)

a) Adet öncesi dönemde, okul yaşamınızdaki performansınıza ilişkin ne söylenebilir?

- (1) Azalır (2) Artar (3) Değişiklik olmaz (4) Başka (.....)

b) Adet öncesi dönemde, çevrenizdeki insanlarla ilişkilerinizde aşağıdakilerden hangisinin/hangilerinin size uygun olduğu söylenebilir?

- (1) Çevremdeki insanlarla daha çok görüşmek isterim
(2) Yalnız kalmayı tercih ederim
(3) Bir değişiklik olmaz
(4) Başka (.....)

c) Adet öncesi dönemde, en çok kiminle/kimlerle gerginlik yaşarsınız?

- (1) Öğretmen/öğretim üyesi (2) Aile üyeleri (anne, baba, kardeş)
(3) Akrabalar (4) Arkadaşlar
(5) Sevgili (6) Hepsi
(7) Hiçbiri (8) Tanıdığım tanımadığım herkesle
(8) Başka (.....)

d) Adet öncesi dönemde, sosyal davranışlarınız (arkadaşlarla birlikte olmak, sinemaya/tiyatroya gitmek, dernek vb. organizasyonlara katılmak gibi) hakkında ne söylenebilir?

- (1) Sosyal davranışlarım artar (2) Sosyal davranışlarım azalır
(3) Sosyal davranışlarım değişmez (4) Başka (.....)

e) Adet öncesi dönemde, dış görünüşünüze özen gösterme konusunda ne söylenebilir?

(1) Her zamankinden az özen gösteririm (2) Her zamankinden çok özen gösteririm

(3) Her zamanki kadar özen gösteririm (4) Başka (.....)

f) Adet öncesi dönemde, arkadaşlarınızın sorunlarını paylaşma konusunda nasıl bir tutum sergilersiniz?

(1) Sıkıntılarını paylaşır, çözüm yolları ararım (2) Sıkıntılarını dinlemek istemem

(3) Her zamanki gibi davranırım (4) Başka (.....)

(g) Adet öncesi dönemde, sorunlarınızı başkalarıyla paylaşma konusunda nasıl bir tutum sergilersiniz?

(1) Kimseyle paylaşmak istemem, içime atarım

(2) Birileriyle dertleşmeye çok ihtiyaç duyarım

(3) Her zamanki gibi davranırım

(4) Başka (.....)

EK-3

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

Hiçbir soruyu boş bırakmayınız ..

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

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

EK-4

AÇIKLAMA: Aşağıdaki belirtiler, **geçen hafta** ne kadar sıklıkla sizi etkiledi? Her belirti için size uygun gelen ifadenin bulunduğu seçeneği X ile işaretleyiniz.

Lütfen hiç bir maddeyi boş bırakmayınız.

	HİÇ	ARA SIRA	SIK SIK	SÜREKLİ
1. Şiddetli baş ağrısı				
2. Uyku bozuklukları				
3. Yorgunluk				
4. Aşırı yeme				
5. Kabızlık				
6. Bel ağrıları				
7. Alerjik reaksiyonlar				
8. Sinirlilik / korku				
9. Kabuslar				
10. Yüksek tansiyon				
11. Deride döküntüyle şiddetli kaşıntı				
12. Alkol / ilaç tüketimi				
13. Fazla önemli olmayan enfeksiyonlar				
14. Hazımsızlık				
15. Hızlı soluma				
16. Sıkıntı verici düşünceler				
17. Deride kızarıklıklar				
18. Adet kanamalarında düzensizlik				
19. Bulantı veya kusma				
20. İletişim kurma güçlüğü				
21. Migren ağrısı				
22. Sabahları erken uyanma				
23. İştah kaybı				
24. İshal				
25. Boyun ve sırt ağrıları				
26. Astım krizi				
27. Şiddetli karın ağrısıyla birlikte ishal				
28. Depresyon / kendini kötü hissetme				
29. Eklem ağrıları				
30. Üşüme veya titreme				
31. Önemsiz / zararsız birkaç kaza				
32. Mide ağrısı				
33. El ve ayaklarda üşüme hissi				
34. Kalp çarpıntısı				
35. Cinsel problemler				
36. Kızgınlık duyguları				
37. Dikkati toplamada güçlük				
38. Ağlama				

EK-5

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her belirtiyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra o belirtinin **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan bölmeye işaretleyiniz. Her belirtiyi için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiç bir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz.

Cevaplarınızı aşağıdaki ölçüğe göre işaretleyiniz:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0 Hiç yok 1 Biraz var 2 Orta derecede var 3 Epey var 4 Çok fazla var

1. Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
2. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	0	1	2	3	4
3. Nefes darlığı, nefesiz kalmak	0	1	2	3	4
4. Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
5. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
6. Kafanızın 'bomboş' kalması	0	1	2	3	4
7. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	0	1	2	3	4
8. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
9. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
10. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük çekmek / zorlanmak	0	1	2	3	4
11. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
12. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
13. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
14. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	0	1	2	3	4
15. Bir şeyleri kırma, dökme isteği	0	1	2	3	4
16. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
17. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
18. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
19. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
20. Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
21. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek	0	1	2	3	4
22. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
23. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
24. Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
25. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4

26. Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
27. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4
28. İçinizde sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
29. Baygınlık ve baş dönmesi	0	1	2	3	4
30. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
31. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	0	1	2	3	4
32. Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
33. Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
34. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
35. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
36. Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
37. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2	3	4
38. İştahta bozukluk	0	1	2	3	4
39. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
40. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
41. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
42. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
43. Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
44. Hüzünlü, kederli hissetmek	0	1	2	3	4
45. Hiç bir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
46. Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
47. Kolayca incinebilmek, kırılmak	0	1	2	3	4
48. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
49. Kendinizi diğerlerinden aşağı görmek	0	1	2	3	4
50. Mide bozukluğu, bulantı	0	1	2	3	4
51. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	0	1	2	3	4
52. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
53. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4

EK-6

Bu anket, insanların kendi vücutları hakkında sahip oldukları duyguları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda çeşitli vücut özellikleri bulunmaktadır ve bunların ne kadar beğenildiğinin ifade eden seçenekler sunulmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğinin hakkındaki duygularınızı bu ifade seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyerek belirtmenizdir. Örneğin, bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin altına **X işareti** koyunuz. Bir vücut özelliğimize ilişkin duygunuzu onu genel olarak beğenip beğenmediğinizi düşünerek değerlendiriniz.

Madde no	Vücut özelliği	Çok beğeni yorum	Oldukça beğeni yorum	Kararsızım	Pek beğenmi yorum	Hiç beğenmi yorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumdaki kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar-dışı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					

Madde no	Vücut özelliği	Çok beğeni yorum	Oldukça beğeni yorum	Kararsızım	Pek beğenmi yorum	Hiç beğenmi yorum
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

EK-7

Bu anket, insanların yaşama ilişkin bazı düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Sizden, bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı ifade etmeniz istenmektedir. Bunun için, her maddeyi dikkatle okuyunuz ve o maddede ifade edilen düşüncenin *sizin* düşüncelerinize uygunluk derecesini belirtiniz. Bunun için de, her ifadenin karşısındaki seçeneklerden sizin görüşünüzü yansıtan kutucuğa bir (X) işareti koymanız yeterlidir. “Doğru” ya da “yanlış” cevap diye bir şey söz konusu değildir.

Tüm maddeleri eksiksiz olarak ve i ç t e n l i k l e cevaplayacağınızı umuyor ve araştırmaya yardımcı olduğunuz için çok teşekkür ediyoruz.

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1. İnsanın yaşamındaki mutsuzlukların çoğu, biraz da şanssızlığına bağlıdır.					
2. İnsan ne yaparsa yapsın üşütüp hasta olmanın önüne geçemez.					
3. Bir şeyin olacağı varsa eninde sonunda mutlaka olur.					
4. İnsan ne kadar çabalarsa çabalasın, ne yazıkki değeri genellikle anlaşılmaz.					
5. İnsanlar savaşları önlemek için ne kadar çaba gösterirlerse gösterebilirler, savaşlar daima olacaktır.					
6. Bazı insanlar doğuştan şanslıdır.					
7. İnsan ilerlemek için güç sahibi kişilerin gönlünü hoş tutmak zorundadır.					
8. İnsan ne yaparsa yapsın, hiç bir şey istediği gibi sonuçlanmaz.					
9. Bir çok insan, raslantıların yaşamlarını ne derece etkilediğinin farkında değildir.					
10. Bir insanın halen ciddi bir hastalığa yakalanmamış olması sadece bir şans meselesidir.					
11. Dört yapraklı yonca bulmak insana şans getirir.					
12. İnsanın burcu hangi hastalıklara daha yatkın olacağını belirler.					

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
13. Bir sonucu elde etmede insanın neleri bildiği değil, kimleri tanıdığı önemlidir.					
14. İnsanın bir günü iyi başladıysa iyi; kötü başladıysa da kötü gider.					
15. Başarılı olmak çok çalışmaya bağlıdır; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.					
16. Aslında şans diye bir şey yoktur.					
17. Hastalıklar çoğunlukla insanların dikkatsizliklerinden kaynaklanır.					
18. Talihsizlik olarak nitelenen durumların çoğu, yetenek eksikliğinin, ihmalin, tembelliğin ve benzeri nedenlerin sonucudur.					
19. İnsan, yaşamında olabilecek şeyleri kendi kontrolü altında tutabilir.					
20. Çoğu durumda yazı-tura atarak da isabetli kararlar verilebilir.					
21. İnsanın ne yapacağı konusunda kararlı olması, kadere güvenmesinden daima iyidir.					
22. İnsan fazla bir çaba harcamasa da, karşılaştığı sorunlar kendiliğinden çözülür.					
23. Çok uzun vadeli planlar yapmak her zaman akıllıca olmayabilir, çünkü bir çok şey zaten iyi ya da kötü şansa bağlıdır.					
24. Bir çok hastalık insanı yakalar ve bunu önlemek mümkün değildir.					
25. İnsan ne yaparsa yapsın, olabilecek kötü şeylerin önüne geçemez.					
26. İnsanın istediğini elde etmesinin talihle bir ilgisi yoktur.					
27. İnsan kendisini ilgilendiren bir çok konuda kendi başına doğru kararlar alabilir.					
28. Bir insanın başına gelenler, temelde kendi yaptıklarının sonucudur.					
29. Halk, yeterli çabayı gösterse siyasal yolsuzlukları ortadan kaldırabilir.					
30. Şans ya da talih hayatta önemli bir rol oynamaz.					
31. Sağlıklı olup olmamayı belirleyen esas şey insanların kendi yaptıkları ve alışkanlıklarıdır.					
32. İnsan kendi yaşamına temelde kendisi yön verir.					

	Hiç uygun değil	Pek uygun değil	Uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
33. İnsanların talihsizlikleri yaptıkları hataların sonucudur.					
34. İnsanlarla yakın ilişkiler kurmak, tesadüflere değil, çaba göstermeye bağlıdır.					
35. İnsanın hastalanacağı varsa hastalanır; bunu önlemek mümkün değildir.					
36. İnsan bugün yaptıklarıyla gelecekte olabilecekleri değiştirebilir.					
37. Kazalar, doğrudan doğruya hataların sonucudur.					
38. Bu dünya güç sahibi bir kaç kişi tarafından yönetilmektedir ve sade vatandaşın bu konuda yapabileceği fazla bir şey yoktur.					
39. İnsanın dini inancının olması, hayatta karşılaşacağı bir çok zorluğu daha kolay aşmasına yardım eder.					
40. Bir insan istediği kadar akıllı olsun, bir işe başladığında şansı yaver gitmezse başarılı olamaz.					
41. İnsan kendine iyi baktığı sürece hastalıklardan kaçınabilir.					
42. Kaderin insan yaşamı üzerinde çok büyük bir rolü vardır.					
43. Kararlılık bir insanın istediği sonuçları almasında en önemli etkidir.					
44. İnsanlara doğru şeyi yaptırmak bir yetenek işidir; şansın bunda payı ya hiç yoktur ya da çok azdır.					
45. İnsan kendi kilosunu, yiyeceklerini ayarlayarak kontrolü altında tutabilir.					
46. İnsanın yaşamının alacağı yönü, çevresindeki güç sahibi kişiler belirler.					
47. Büyük ideallere ancak çalışıp çabalayarak ulaşılabilir.					