

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
ADLİ KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**PREMENSTRÜEL SENDROMDA ÖFKE VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLI BOSTANCI

071111112

İstanbul, Eylül 2010

T.C
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
ADLİ KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

**PREMENSTRÜEL SENDROMDA ÖFKE VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ASLI BOSTANCI

071111112

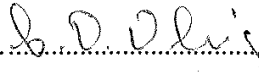
DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. BAYHAN ÜGE

İstanbul, Eylül 2010

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

25.11.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Aslı BOSTANCI'ya ait "Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Adli-Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.



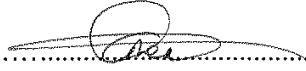
Prof. Dr. Mücella ULUĞ
Jüri Başkanı



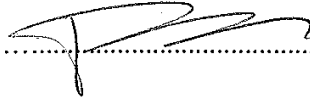
Doç. Dr. İlyas GÖZ
(Üye)



Yrd. Doç. Bayhan ÜGE
(Üye)
(Danışman)



Yrd. Doç. Levent ÖNEN
(Üye)



Yrd. Doç. Figen KARADAYI
(Üye)

ÖZET

Bu çalışmada sınırlı olanaklar ve küçük bir örnek üzerinde de olsa Premenstrüel Sendrom (PMS) ve kontrol gruplarında; foliküler ve luteal fazda PMS' de anksiyete ve öfke ölçümleri arasındaki ilişkinin araştırılmasını amaçlanmıştır.

Kasım 2008 - Şubat 2009 tarihleri arasında İstanbul' da premenstrüel dönemde çeşitli yakınmalarla kadın hastalıkları doğum ve iç hastalıkları uzmanlarına başvuran ve kurulan işbirliği çerçevesinde tarafımıza yönlendirilen, 18-45 yaşlarında, son altı aydır düzenli menstrüel siklusları olan, son altı aylık dönemde başkaca tıbbi bir hastalığı bulunmayan, oral kontraseptif kullanmayan deneklerde çeşitli özellikler araştırıldı.

Çalışmaya premenstrüel sendrom tablosu gösteren 50 ve premenstrüel dönemde hiçbir yakınması olmayan 50 sağlıklı kadın alındı. Olgular, sosyo-demografik özellikler, menstrüasyona ilişkin tutumlar, foliküler ve luteal fazlarda öfke ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

İki gruba uygulanan kişisel bilgi anketi, Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstrüel Assesment Form-PAF), Durumluk-Sürekli Öfke İfadesi Envanteri (State-Trait Anger Expression Inventory –STAXI), durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) ölçeklerinden elde edilen sonuçlar t-testi ile istatistiksel olarak değerlendirildi.

Grupların karşılaştırılmasından; premenstrüel sendromlu deney grubunda luteal fazda öfke ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: premenstrüel sendrom (PMS), öfke, anksiyete

ABSTRACT

This study aims to find the correlation between follicular and luteal phase Premenstrual Syndrome (PMS) anxiety and anger measurement in limited and small PMS and control groups.

Between November 2008 and February 2009, multiple characteristics were looked for in subjects, who consulted obstetricians, gynecologists, and internal medicine specialists for various complaints during premenstrual period and are directed to us in the framework of the cooperation. The subjects are between the ages of 18 and 45, had regular menstrual cycles during the past six months, have not had complaints of other medical problems in the past six months and do not use oral contraceptives.

The study includes 50 healthy women who show Premenstrual Syndrome symptoms and 50 women healthy who do not have any premenstrual complaints. Findings have been compared in categories of socio-demographic properties, attitude towards menstruation and follicular and luteal phase anger and anxiety levels.

Findings of the personal information survey, Premenstrual Assessment Form-PAF, State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI, State-Trait Anxiety Inventory-STAI which is to measure state and trait anxiety levels, have been evaluated statistically via the t-test.

The comparison of the groups shows that Premenstrual syndrome test group has considerably higher levels of anger and anxiety in luteal phase than the control group.

Keywords: premenstrual syndrome (PMS), anger, anxiety

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iiiv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	iiix
1. GİRİŞ	1
1.1. Premenstrüel Sendrom	3
1.1.1. PMS'nin Tanımı	5
1.1.2. PMS'nin Etiyolojisi	6
1.1.2.1. Psiko – Sosyal Faktörler.....	6
1.1.2.2. Tanı ve Değerlendirme.....	7
1.2. Anksiyetenin Tanımı	9
1.2.1. Kuram ve Kuramcılara Göre Anksiyete	10
1.2.2. Anksiyete Düzeyleri	14
1.3. Öfkenin Tanımı.....	15
1.3.1. Öfke İle İlgili Kuramlar	19
1.3.2. Öfkenin Nedenleri	20
1.3.3. Öfkenin İfade Ediliş Biçimleri	22
1.4. Araştırmanın Amacı.....	24
1.5. Araştırmanın Önemi	25
1.6. Hipotez	25

1.7.Araştırma Soruları.....	26
2. YÖNTEM.....	28
2.1. Araştırma Modeli	28
2.2. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	28
2.3. Veri Toplama Araçları.....	29
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	30
2.3.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği	30
2.3.3. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State - Trait Anxiety Inventory - STAI)	31
2.3.4. Durumluluk-Sürekli Öfke Envanteri (State-Trait Anger Expression Inventory –STAXI)	36
2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
2.5. İstatistiksel Analiz	40
3. BULGULAR VE YORUM.....	41
3.1. Örneklem Demografik Dağılımı	41
3.2. Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Sosyo – Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	44
3.3. Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	45
3.4. Durumluk – Sürekli Kaygı ve Durumluk – Sürekli Öfke Ölçeklerinin Foliküler Faz ve Luteal Faz Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	45
3.5. Durumluk – Sürekli Kaygı ve Durumluk – Sürekli Öfke Ölçeklerinin Foliküler Faz ve Luteal Faz Ortalamalarının Karşılaştırılması	49

3.6. Durumluk – Sürekli Kaygı ve Durumluk – Sürekli Öfke	
Ölçümlerin Fazlar Arası Farklar Ortalamalarının	
Gruplara Göre Karşılaştırılması	50
4. TARTIŞMA	53
4.1. Sosyo - Demografik Özelliklerin Tartışılması	54
4.2. Öfke ve Anksiyete Ölçümlerinin Tartışılması	55
4.3. Adet Dönemine İlişkin Tutumların Dağılımının	
Tartışılması	55
4.4. Sonuç	58
4.5. Öneriler	59
5. KAYNAKLAR	60
6. EKLER.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IPAT	: Sürekli Kaygı Ölçeği
LH	: Luteinizan Hormon
LLPDD	: Geç Luteal Faz Disforik Disorders
PAF	: Premenstrüel Değerlendirme Formu (Premenstrüel Assesment Form)
PM	: Premenstrüel Molimia
PMDD	: Premenstrüel Disforik Disorders
PMS	: Premenstrüel Sendrom
PMT	: Premenstrüel Tension
STAI	: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State - Trait Anxiety Inventory)
STAXI	: Durumluk-Sürekli Öfke İfadesi Envanteri (State - Trait Anger Expression Inventory)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1:	Örneklem Grubunun Yaş Dağılımının İncelenmesi.....	41
Tablo 3.2:	Örneklem Grubunun Eğitim Dağılımının İncelenmesi.....	42
Tablo 3.3:	Örneklem Grubunun Medeni Durum Dağılımının İncelenmesi	42
Tablo 3.4:	Adet Dönemine İlişkin Tutumların Dağılımının İncelenmesi	43
Tablo 3.5:	Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Yaş, Eğitim ve Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 3.6:	Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 3.7:	Foliküler ve Luteal Fazlarda Durumluk Kaygı Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.8:	Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Kaygı Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 3.9:	Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 3.10:	Foliküler ve Luteal Fazlarda İç Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 3.11:	Foliküler ve Luteal Fazlarda Dış Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 3.12:	Foliküler ve Luteal Fazlarda Öfke Kontrol Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.13:	Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeklerinin Foliküler ve Luteal Faz Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	49

Tablo 3.14: Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Öfke, İçe Öfke, Dışa Öfke ve Öfke Kontrol Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 3.15: Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeğinin Foliküler Faz ile Luteal Faz Ölçümleri Arasındaki Farka Ait Ortalamaların Gruplara Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 3.16: Durumluk – Sürekli Öfke Ölçeğinin Foliküler Faz ile Luteal Faz Ölçümleri Arasındaki Farka Ait Ortalamaların Gruplara Göre Karşılaştırılması	51

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Menstrüasyon, ergenlik ile başlayıp menopoza kadar süren ve kadın hayatının yaklaşık 40 yılını kapsayan fizyolojik bir olaydır (Kışnişçi, 1996; Taşkın, 2007). Menstrüasyon ve menstrüal dönem her ne kadar fizyolojik bir olay olsa da bu dönemde yaşanan problemler kadın yaşamının önemli bir bölümünü etkiler (Taşcı, 2006). Dismenore (ağrılı adet), amenore (adet görememe) ve premenstrüel (adet öncesi gerginlik) sendrom bu problemlerin en başta gelenleridir (Braverman, 1997; Nesitein, 1990).

Premenstrüel sendrom (PMS) menstrüel döngünün 7-10 gün öncesinde duygusal değişim, sinirlilik, kaygı, depresyon, dikkat toplama güçlüğü göğüslerde gerginlik-hassasiyet, eklem ağrıları, gibi tipik belirtilerle ortaya çıkan, menstrüasyonun başlaması ile son bulan ve bir sonraki döngüye kadar ortaya çıkmayan fiziksel duygusal ve davranışsal belirtilerin toplamıdır (Başaran, 2006; Erci, Okanlı ve Kılıç, 1999; Rizk, Mosallam, Alyan ve Nagelkerke, 2006; Taylor, 1999).

Premenstrüel sendrom kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicisidir. Bu dönemde yaşanan şikayetler adölesanlar da bireyin kendine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve okul başarılarını olumsuz etkiler. Ayrıca adölesan ve erişkin kadınlarda iş yerinde verimliliğin düşmesine, çalışma kapasitesinin azalmasına ve iş kazalarında artmaya neden olur. Sadece bireyi değil ailesi ve toplumu da etkilenecek

olduğundan premenstrüel sendrom yaşayan kadınların yaşam kaliteleri kaçınılmaz biçimde etkilenecektir (Demir, Algül ve Güven, 2006).

Yaşam kalitesi yaşamı tüm yönleri ile birlikte değerlendirmeyi amaçlayan geniş kapsamlı bir kavramdır (Alsaker, Moen, Nortvedt ve Baste, 2006; Arpacı ve Ersoy, 2007). Yaşam kalitesi bireyin hayatta tüm anlamıyla iyi olması ve doyum sağlaması durumudur (Alsaker ve ark., 2006). Fiziksel iyilik haliyle birlikte kendinden memnun olmanın en temel düzeyi olan iyilik halinin bilincinde olmayı ve kendini değerli hissetmeyi içerir (Eser, 2006).

Premenstrüel sendrom bireyin yaşam kalitesini kötü yönde etkileyerek bireyde kapasite kaybına, öfke nöbetlerine ve anksiyeteye neden olarak depresyon ve intihar gibi istenmeyen kötü sonuçlara yol açacaktır (Goldstein, Halbreich, Endicott ve Hill, 1986; Hallman ve Georgiev, 1987).

Başka psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, menstrüasyondan 1 hafta önce başlayıp menstrüasyonun başlaması ile kısa sürede gerileyen ve tekrarlayıcı özelliği olan fiziksel ve pisişik belirtiler topluluğu PMS olarak anılır. Bu pisişik belirtiler içinde ise anksiyete ve öfke ilk sıradadır.

Günlük yaşantımızda karşılaştığımız sorunlarla baş ederken verdiğimiz duygusal ve davranışsal tepkilerin en başta geleni öfkedir. Herhangi bir durum birey için engelleyici olarak algılanıyor ise kızgınlık ve öfke davranışına yol açabilir. Bireylerin sıklıkla yaşadığı öfke duygusu ilk bakışta anlaşıldığı gibi olumsuz değil normal bir evrensel duygudur. Kişiliği koruyucu yönde bir işlevi vardır (Cenkseven, 2003). Ancak kontrolden çıkıp yıkıcı bir hale dönüşebilir (Akgül, 2005; Cenkseven, 2003). Öfke ile baş etmek için bireyin öfkesini tanıması ve sağlıklı bir şekilde ifade edebilmesi gerekir.

Yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten ve dıştan kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı yada tehlike olarak algılanan bir durumda yaşanan duygu durumu anksiyete olarak tanımlanır (Berkovit, 1990; Çelik, 2003; Çoban, Bostancı, Tekin ve Özen, 2006; Özmen, Dündar, Çetinkaya, Taşkın ve Özman, 2008; Tambağ, 2004). Anksiyete somatik bulguların eşlik ettiği ve otonom sinir sisteminin aşırı aktif olduğu bir endişe durumudur. Bireyin algı ve düşüncelerini etkiler, algılanan tehlide karşı uyarıcı ve koruyucudur. Belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabasıdır. Bireyin kendisini endişeli ve gergin hissetmesi durumudur.

Yapılan çalışmalarda kadınların işledikleri suçlarda PMS dönemlerinde belirgin artış olduğu tespit edilmiştir (Vanezis ve Ficpacth, 1991). Yine bu dönemdeki kadınların yol açtığı trafik kazalarında artma ve çocuklarına uyguladıkları şiddette de artış olduğu gözlenmektedir (True, Goodner ve Burns, 1985).

Bu çalışmada sınırlı olanaklar ve küçük bir örnek üzerinde de olsa PMS' de öfke ve anksiyete düzeylerini değerlendirilmektedir. Ve PMS' li kadınlara farkındalık kazandırarak duygu, öfke kontrolü sağlamalarına ve sosyal uyumlarına destek sağlayarak yaşam kalitelerinin korunmasına yardımcı olunmaktadır.

1.1 Premenstrüel Sendrom

Menstrüel siklus (adet döngüsü) adet kanamasının başlangıcından bir sonraki adet kanamasının başladığı ilk güne kadar olan süreyi içerir ve 28 ± 7 gün sürer. 28 günlük bu siklusun ;

- ❖ 1-5 günleri menstruasyon(adet)
- ❖ 5-13 günleri foliküler faz (yumurta olgunlaşma fazı)
- ❖ 14. gün ovulasyon (yumurtlama)
- ❖ 15-18 günleri luteal faz (sarı cisim oluşuma fazı) olarak adlandırılır.

Foliküler faz denmesinin nedeni bu dönemde folüküllerin (yumurta hücreleri) gelişmeye başlamasıdır. Foliküler fazın sonunda kandaki hormon düzeylerindeki değişmeye bağlı olarak folüküllerden biri olgunlaşarak 14. günde çatlar ve ovulasyon gerçekleşir. Ovulasyon sonrasında gebelik gerçekleşmez ise çatlamış olan folükülün hücre yapısında luteinizan hormon (LH) etkisi ile değişiklikler başlar ve corpus luteum(sarı cisim) oluşur bu nedenle bu faz luteal faz adını alır .

Reproduktif çağda periyodik olarak her ay tekrarlayan menstrüasyon ve menstrüel dönem kadın yaşamının önemli bir bölümünü (30-35 Yılıni) etkilemektedir (Taşçı, 2006).

Menstrüel dönem de kadınlar birçok problemle karşılaşabilirler. Bu problemler arasında en sık görülenler; adet ritim bozuklukları, ağrılı adet, adet olamama, anormal kanama ve premenstrüel sendromdur (Braverman, 1997; Nesitein, 1990).

Menstrüel döngünün 7 -10 gün öncesinde duygularda değişim, sinirlilik, kaygı, enerji azalması, depresif duygu durum, değersizlik düşüncesi, dikkat toplama güçlüğü, göğüslerde şişkinlik- hassasiyet, eklem ağrıları gibi tipik belirtilerle ortaya çıkan menstrüasyonun başlaması ile sonlanan ve bir sonraki döngüye kadar ortaya çıkmayan fiziksel, duygusal ve davranışsal semptomların bütünü premenstrüel sendrom (PMS) olarak adlandırılır (Erci ve ark., 1999; Rizk ve ark., 2006; Taylor, 1999).

Premenstrüel sendrom adolesan kızların ve kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicilerinden biridir. İş ve okul verimliliğinin ve çalışma kalitesinin azalmasına, ekonomik kayıplara ve kaza potansiyelinde artmalara neden olur. Sadece bireyi değil, aile bireyleri ve toplumu da etkileyen bu sendrom bireyde kapasite

kaybına, anksiyete, öfke ve depresyona neden olur ve kadınların yaşam kalitelerini kötü etkiler (Goldstein ve ark., 1986; Hallman ve Georgiev, 1987).

1.1.1. PMS'nin Tanımı

Menstrüel siklus ve affektif bozukluklar arasındaki ilişki çok eski yıllardan beri gözlemlenmiştir. Hipokrat tarafından da bildirilmesine karşı (Akdeniz ve Karadağ, 2006; Gökçe, 2006) premenstrüel sendrom kavramı 1931 yılında Frank tarafından ortaya atılmıştır (Erci ve ark., 1999). Başlangıçta tümüyle psikolojik olduğu kabul edilen PMS daha sonra başta fizyolojik olmak üzere diğer yönleri ile de değerlendirilmiştir. 1952 yılında Dalton; PMS terimini kullanan ilk kişi olmuştur (Karadağ, 2001). 1963 yılında Coppen ve Kessel, 1968 yılında Moos premenstrüel döneme ilişkin belirtileri tanımlamış, 1979' da Taylor, 1981' de Reid ve Yen 1983' de Casper ve Pawel PMS' deki belirtilerin sıklık ve özellikleri üzerinde durmuşlardır. 1987 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geç luteal faz disforik bozukluk (LLPDD) ya da premenstrüel disforik bozukluk olarak adlandırılmıştır. Genel tıp literatürüne bakıldığında PMS daha geniş sınırlar içeren bir tanım olarak görülmektedir (Gökçe, 2006).

PMS' den ayrı fakat PMS bulgularını içeren premenstrüel tension (PMT) ve premenstrüel molimia (PM) adları ile ayrıca tanımlanmış iki durum mevcuttur.

PMT; sinirlilik, huzursuzluk, depresyon, anksiyete, v.b. gibi emosyonel durumların ve kişilik değişikliklerinin baskın olduğu ancak semptomların hafif ve günlük hayatı etkilemeyecek düzeyde menstrüasyonun yakın olduğunu gösteren kısa süreli bir durumdur. PMS' den farklı olarak PMT yalnızca emosyonel problemlerin olduğu bir durumdur. PM ise kadınların %80 – 90' ında görülen günlük yaşam aktivitelerini

etkilemeyecek şiddette ortaya çıkan etiyolojisinde PMS' nin aksine psikososyal faktörlerin daha fazla rol oynadığı bir durumdur (Gökçe, 2006).

1.1.2. PMS'nin Etiyolojisi

PMS semptomları genellikle subjektiftir ve çok faktörlüdür. Bu yüzden etiyolojisini tek bir teori ile açıklamak olanaksızdır. PMS etiyolojisini açıklayan teoriler psikolojik, sosyal ve biyolojik esaslara dayanır (Andrzej ve Diana, 2006). Bunlar;

- ❖ Östrogen – Progesteron Dengesizliği
- ❖ Renin – Angiotensin Dengesizliği
- ❖ Prolaktin – Aldosteron Dengesizliği
- ❖ Kalsiyum – Magnezyum Eksikliği
- ❖ Psikolojik Faktörler ve
- ❖ Sosyal Faktörlerdir.

1.1.2.1. Psiko – Sosyal Faktörler

Premenstrüel durum ve davranışlar, kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algısı, yaşam stresörleri gibi birçok psiko – sosyal faktörden etkilenmenin yanı sıra (Gökçe, 2006 ; Marvann ve Escobedo, 1999) etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu ve aile içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyo – kültürel faktörlerin de etkisi altındadır (Gökçe, 2006).

PMS' nin evlilikte doyumsuzluk derecesi ile paralellik göstererek arttığı ve çalışan ancak bunu kendi tercihiyle yapmayan kadınların yakınmalarının daha fazla olduğu, ev kadınlığı kendi tercihi olan ve çocuklu kadınların yakınmalarının daha hafif olduğu gösterilmiştir (York, Freeman, Lower ve Strauss, 1989). Ayrı yaşama, boşanma, işinden memnuniyetsizlik gibi emosyonel problemler varlığında belirtilerin daha şiddetli olduğu ve PMS' li kadınların iç çatışmalardan doğan stres ve çevresel

stresle başa çıkma yeteneklerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Goldstein ve ark., 1996; Kızılkaya, 1995).

Toplumun; kadın ve adet görme ile ilgili değerleri diğer bir faktördür. Menstrüasyon ile ilgili tutum, duygu ve düşünceler olumsuz ve ürkütücü ise PMS daha şiddetli olabilir (Gökçe, 2006). Kadınlığın algılanışındaki tutum; baskıcı ve geleneksel yaklaşımdan liberal yaklaşıma doğru geliştikçe semptomlar azalmaktadır.

Psikolojik zorlanma ve stres; sinir sistemi yolu ile hormonları ve over fonksiyonlarını etkileyerek PMS' nin şiddetini artırır. Evlilik ve cinsellikteki doyumsuzluklar, boşanma ve alkolizm de PMS' nin şiddetini arttıran faktörlerdendir (Hsia ve Long, 1990 ; Gökçe2006).

1.1.2.2. Tanı ve Değerlendirme

PMS biyolojik kökenli bir hastalık olmasına rağmen, yaşam stresi, cinselliği kötüye kullanma ve kültürel sosyalizasyon gibi psiko - sosyal faktörlerden de önemli ölçüde etkilenmektedir. Etiyolojisi kesin olarak aydınlatılamadığı için tanımlamada biopsikososyal yaklaşım gerekmektedir (Ross ve Steiner, 2003). Bu yaklaşım şu bileşenlerden oluşmalıdır:

- 1) PMS' yi tanımlama
- 2) Yaşam Stilini Düzenleme: Diyet alışkanlıklarını düzenleme, egzersiz alışkanlığı kazandırma, stresle başa çıkma yollarını düzenleme ve uyku alışkanlıklarını düzenleme,
- 3) Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Menstrüasyon ve menstrüel siklus hakkında bilgilendirme, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme, genel

sağlık düzeyinin yükseltilmesi, ilaç, sigara ve alkol kullanımının düzenlenmesi ve

4) Gerekirse tıbbi tedavidir.

Tüm bu düzenlemelerin yapıp hastalığın önlenmesi ve / veya azaltılması ekip çalışmasını gerektirir. Ekip; hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist), psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve ebe / hemşireden oluşmalıdır.

Yaygın olarak premenstrüel semptomlar şöyle sıralanır (Bosarge, 2003; Franckiewicz ve Shiovitz, 2001; Öncel ve Pınar, 2006; Ugarrizza, Klinger ve O'brien, 1998).

1) Davranışsal Belirtiler

- ❖ Yorgunluk - Uykusuzluk
- ❖ Aşırı uyuma
- ❖ Baş dönmesi
- ❖ Cinsel istekte değişiklik
- ❖ İştahta artma veya fazla yeme (belli yiyeceklere aşırı istek)

2) Psikolojik Belirtiler

- ❖ İrritabilite
- ❖ Kızgınlık
- ❖ Depresif ruh hali
- ❖ Ağlama
- ❖ Anksiyete
- ❖ Gerginlik
- ❖ Konsantrasyonda azalma
- ❖ Konfüzyon - Unutkanlık
- ❖ Huzursuzluk
- ❖ Yalnızlık
- ❖ Öz saygıda azalma

3) Fiziksel Belirtiler

- ❖ Baş ağrısı
- ❖ Göğüslerde hassasiyet ve dolgunluk

- ❖ Sivilcelenme
- ❖ Sırt ağrısı
- ❖ Abdominal ağrı ve şişkinlik
- ❖ Kilo alma
- ❖ Ekstremitelerde şişlik
- ❖ Ödem
- ❖ Mide bulantısı
- ❖ Kas ve eklem ağrıları

1.2. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan içten ve dıştan kaynaklanan bir tehlike, tehlike olasılığı ya da tehlike olarak algılanan bir durumda yaşanan duygu durumudur (Aktaş Gürsoy, 2001; Baltaş, 1998; Baram, 1992; Çorapoğlu, Doğan, Karşlı ve Gönüllü, 1993; Hasırcı, 1989). Bitkinlik ve huzursuzluk hali başta olmak üzere (nefes darlığı, çarpıntı, boğuluyormuş hissi, v.b. gibi) somatik bulguların eşlik ettiği ve otonom sinir sisteminin aşırı aktif olduğunu gösteren bir endişe durumudur. Başka bir deyişle hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılan bir duygulanım olarak tanımlanabilir. Anksiyete; evrensel bir duygu olup bireyin kendisini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Genel olarak duygusal tehlike beklentisi ile birlikte olan huzursuzluk olarak tanımlanabilir (Cüceloğlu, 1993; Çevik, 1993; Öz, 2004; Taneli, 1993; Yazıcı ve ark., 2003).

Türkçe sözlükte üzüntü, kaygı ve tasa kavramlarına karşılık gelmekte olan anksiyete Latince *anxietas* kelimesinden türemiştir. Sıkışma ve darlık anlamına gelen *anxi* kökünden türeyen bu kelime zihindeki üzüntü, dert, sıkıntı, rahatsızlık, anlamlarına gelmektedir (Atik, 2007).

Anksiyete evrenseldir her birey yaşayabilir, bireyin algı ve düşüncelerini etkiler, tehlide karşı uyarıcı ve koruyucudur, belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabasıdır, tehlikeye karşı hissedilen gerilim ve huzursuzluktur. Belirsiz olan tehlide karşı otonom sinir sisteminin devreye girmesi ile bireyin kendisini endişeli ve gergin hissetmesi durumudur (Öz, 2004).

Anksiyetenin 4 temel yanı vardır. Bunlar;

- 1) Bilişsel Yan: Bireyin yaşadığı kaygıdır.
- 2) Duygusal Yan: Korku, huzursuzluk, elem, endişe, tedirginlik, çaresizlik, v.b. gibi duyguların yaşanmasıdır.
- 3) Davranışsal Yan: Gösterilen kaçınma davranışıdır.
- 4) Fizyolojik Yan: Çarpıntı, nefes darlığı, titreme, boyun-sırt kaslarında spazm, baş dönmesi, ellerde terleme, bulantı, kusma, uykusuzluk, v.b. gibi belirtilerdir.

1.2.1. Kuram ve Kuramcılara Göre Anksiyete

Davranışçı kurama göre anksiyete; gerek aile içi gerekse toplumda model alınarak öğrenilmiş bir süreçtir ve koşullu uyaranlar koşulsuz tepkilere neden olur (Elal, 2002; Öz, 2004; Yolaç, 1993).

Bilişsel kurama göre anksiyetenin nedeni; olayın kendisi değil, olayın birey tarafından nasıl algılanıp yorumlandığıdır. Anksiyetenin; olayların bireylerin çarpıtılmış düşünce örüntüleri ile algılanması sonucu ortaya çıktığı savunulur (Öz, 2004).

Freud' a göre gerçek kaygı insanın dışında bulunan ortamın yarattığı tehdit ve tehlikeden kaynaklanır (Çevik, 1993; Elal, 2002; Örnek, 1993; Öz, 2004; Sayıl, 1993; Turgay, 1988). Temelde bir iç çatışmanın ürünü olan anksiyete durumunda çatışma; benlik (ego) ile alt benlik (id) ya da benlik ile üst benlik (super ego) arasında oluşur. Alt benlikten haz ilkesi doğrultusunda doyum arayan dürtüler, üst benlik tarafından engellenir. Benlik aradaki bu çatışmayı çözerek dürtüyü bastırırsa sorun yaşanmaz ancak çatışma çözülemez ise bu durum tehdit olarak algılanır. Karşı tepki, yer değiştirme, yalıtma gibi savunma işlevleri devreye girer saplantı ve fobiler gibi belirtisel bunaltılar oluşur (Elal, 2002; Örnek, 1993; Öz, 2004).

Varoluşçu kurama göre anksiyete; bireyin hayatındaki büyük hiçliği fark etmesi düşüncesinden yola çıkan kurama göre bireyin bu varoluş ve anlam boşluğuna yanıtıdır (Elal, 2002; Öz, 2004; Sayar, 2000).

1894' te Freud ilk anksiyete teorisinde, sıkıntının seksüel tatminsizlikten doğduğunu iddia etmiştir. Anksiyetenin geleceğe yönelik bir endişe duygusu olduğu halde temelde kaynağın geçmiş yaşama ilişkin çatışmalardan oluşan karmaşık örüntüler olduğunu ileri sürmüştür. Freud'a göre anksiyete; fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme işlevlerine katkıda bulunur. Freud; anksiyetenin insanın içgüdüsel dürtülerinden kaynaklandığını belirtmiştir (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995).

1923' te Freud; ikinci kuramında anksiyetenin "*tehlike durumunda korunmanın bir işareti*" olduğunu, daha sonra da egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olduğunu kabul eder. Id'den gelen ve kontrol edilmediğinde tehlikeli olacak iç güdülerini gören ego buna bir anksiyete reaksiyonu ile cevap verir. Anksiyetenin başlıca görevi Id'den gelen içgüdüleri bastırmaktır (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Freud'a göre insanın ilk anksiyete yaşantısı doğum esnasında olur. Sakin korunmuş bir yerden, bilinmeyen uyaranların olduğu dünyaya çıkış ve fizyolojik gereksinimlerin otomatik olarak karşılanmadığı bir ortama geliş, bebekte ilk anksiyete duygusu yaratır.

Esası; anneden ayrılma olan doğum travması, insanın ileriki hayatında karşılaştığı bütün ayrılmalarda tekrarlanır ve anksiyetenin temel ve evrensel sebeplerini oluşturur (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Freud anksiyeteyi üç ayrı grupta ele alır. Bunlar;

1. Objektif ya da Gerçekçi Anksiyete: Birey dıştan gelen tehlikeleri algılar ve sıkıntı duyar. Korku ile eşanlı olan bu duygu yaşam boyunca zaman zaman yaşanır (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

2. Nörotik (Bağılantısız, Panik) Anksiyete: Tehlike kaynağı bireyin içindedir. Freud'a göre, bireyin id ve super ego arasında çatışma nedeniyle çaresizliğe düşmesidir. Bireyin bastırılmış cinsel ve saldırgan duygularından oluşur. Egonun içgüdülerin rahatlama isteklerini engelleyemediğinde sonucun ne olacağı korkusudur (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

3. Moral Anksiyete: Kişinin duyduğu suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı sıkıntıdır. Bireyin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışmaları sonucu ortaya çıkar. Birey super ego ve ego idealine aykırı bir şey yapmaktan dolayı vicdanı cezalandırılmaktan korkar (Baram, 1992; Koca, 1998; Michael ve Murray, 1995; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Horney ise, cinsel dürtülerin anksiyete yaratan dinamik bir güç olarak büyük bir önem taşımadığı kanısındadır. Anksiyetenin içgüdüsel dürtülerin varlığına karşı geliştirilen korkudan çok, baskı altına alınmış dürtülerimize karşı duyulan korku sonucu olduğuna inanır. Küçük yaşta duygusal yoksunluk içinde olan kişi yalnız kalma korkusu, ümitsizlik, düşmanca duyguları öğrenir ve bu duygular da anksiyeteyi yaratır. Ona göre cinsel dürtülerin

tehlikeli sayılması, kişinin içinde yaşadığı kültürün değer yargılarına göre değişir, ancak bu dürtüler toplumun yasakladığı yerde tehlike olarak algılanır. Çocukluk yıllarındaki anksiyetelerin sonraki anksiyeteler zincirine bir temel oluşturduğunu kabul etmekle birlikte, anksiyetenin tümüyle çocukluk yıllarına ait bir tepki olduğuna katılmaz (Baram, 1992; Koca, 1998; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Kişilerarası görüş, anksiyetenin insanların birbirleriyle ilişkilerinden kaynaklandığını savunur. İnsan başkaları karşısında başarısız olduğunda güven duygusu azalır, benlik saygısına düşer ve anksiyete duygusu yaşar. Anksiyete, erken dönemdeki anne - bebek ilişkisinden kaynaklanır. Anne - bebek ilişkisinin bozuk olduğu bireyler, yaşamlarının sonraki yıllarında kişilerarası ilişkilerde bir güçlükle karşılaştıklarında anksiyete yaşarlar (Baram, 1992; Doğaner, 1989; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Sullivan, anksiyeteyi bireyin güvenliğine karşı olan gerçek ya da yaşamsal tehditler sonucu oluşan bir gerginlik deneyimi olarak kabul eder. Ona göre, başkaları tarafından kabul görmek güveni, görmemekse anksiyeteyi yaratır (Baram, 1992; Koca, 1998; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Alfred Adler' e göre, anksiyetenin kişinin kendisini kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak oluştuğu ileri sürülmüştür. İçgüdülerin tatminine engel olunursa anksiyete doğar (Baram, 1992; Koca, 1998; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Eric Fromm ise anksiyetenin kaynağında toplumsal ve kültürel etmenlerin önemli rol oynadığını belirtir. Ganat, Masserman, Mowren, Miller ve Taylor gibi davranışçı görüşü savunanlar anksiyetenin öğrenme ile bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Erken yaşlarda yoğun korku ve stresli yaşayan bireylerin sonraki yaşamlarında yüksek düzeyde anksiyeteye eğilimli olduklarını öne sürerler. Özellikle anne ve babaların tutum ve davranışlarının etkisi olduğu, her stresli durumda anksiyete yaşayan anne babasını gören çocuğun benzer durumlara benzer tutumlar geliştirdiği belirtilir (Baram, 1992; Doğaner, 1989, Koca, 1998; Öktem, 1981; Sürmeli, 1992).

Spielberg'e göre anksiyete; gerçek bir tehlikenin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı, durumluk anksiyetesidir. Bu türde bir tepki, çevresel stresin ortadan kalkmasıyla sona erer. Buna karşılık bireyin huzursuzluk, endişe duyma, karamsarlık, stres altında aşırı duyarlılık ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de süreklilik anksiyetesidir. Anksiyeteye neden olan en temel neden; çatışmalardır. Çatışma, bireyin öz yaşam görüşü, arzuları ile toplumsal koşullar ve olanaklarının karşılanmasından doğar. Ancak, anksiyete ile korkuyu ayırmak gerekir. Anksiyete, kaybetme endişesidir ve objenin aranmasına neden olur. Korku ise bir tehlike işaretidir ve objeden uzaklaşmaya neden olur (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Baram, 1992; Koca, 1998; Köksal, 1989; Öktem, 1981; Öner ve Le Compte, 1982).

1.2.2. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete ve korku her normal bireyin göstereceği ve stres düzeyi ile paralellik gösteren en doğal tepkilerdendir. Hay; anksiyeteyi dört aşamada tanımlamaktadır;

- 1) **Hafif Anksiyete:** Birey duyar, görür ve etrafında olup bitenin farkındadır. Bireyin öğrenme düzeyi ve yaratıcılığı artmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Baram, 1992; Koca, 1998; Köksal, 1989; Öktem, 1981).
- 2) **Orta Anksiyete:** İletişim ve algılamada azalma, kas spazmı, mide şikayetleri, çarpıntı ve terleme görülür. Birey çevresinde olup biteni fark edemez. Sorun çözme yeteneği hala vardır. Ancak seçici dikkat ve konsantrasyon yeteneği artmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Baram, 1992; Koca, 1998; Köksal, 1989; Öktem, 1981).
- 3) **Ağır Anksiyete:** Bireyin çevresinde olan biteni algılama yeteneği azalır, sadece ayrıntıları algılar, fiziksel ve duygusal huzursuzluk vardır. Baş ağrısı, titreme, ürperme – korku ve iştahsızlık görülür. İletişim yeteneği azalır,

emosyonel rahatsızlık artar ve öğrenme gerçekleşmez (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Baram, 1992; Koca, 1998; Köksal, 1989; Öktem, 1981).

- 4) **Panik:** Bireyin tüm dikkati dağılmıştır. Çevresel tehlikelere karşı tepkisizdir. Panik atlatılana kadar dikkatini toplayamaz. Hezeyan ve halüsinasyonlar görülür. Geçmeyen panik durumları ölüme neden olabilir (Aydemir ve Köroğlu, 2000; Baram, 1992; Koca, 1998; Köksal, 1989; Öktem, 1981).

1.3. Öfkenin Tanımı

Günlük yaşantımızda baş etmek zorunda kaldığımız pek çok sorunla karşılaşırız. Bu sorunlarla baş ederken değişik duygusal ve davranışsal tepkiler veririz bu tepkilerin en başta gelenlerinden biride öfkedir.

Bireylerin sıklıkla yaşayabildikleri öfke duygusu ilk bakışta algılandığı gibi olumsuz değil normal ve evrensel bir duygudur. Kişiliği koruyucu yönde bir işlevi vardır (Cenkseven, 2003).

Herhangi bir durum birey için engelleyici olarak algılanıyorsa kızgınlık ve öfke davranışı ortaya çıkabilir (Köknel, 1982).

Genç yaşlarda bir duygulanım ve coşku biçimi olarak yaşanan öfkenin kişilik üzerinde bıraktığı olumsuz etkiler ileriki yaşlarda kin, nefret, kıskançlık, düşmanlık gibi duygulara dönüşebilir (Akgül, 2005; Cenkseven, 2003).

Öfke birey için doğal bir duygulanımdır. Eğer yapıcı olarak ifade edilirse sağlıklıdır. Öfke ile baş etmek için bireyin öfkesini tanıması ve sağlıklı bir şekilde ifade edebilmesi gerekir (Çoban ve ark., 2006).

Ancak kontrolden çıkıp da yıkıcı hale dönüşürse okul – iş hayatında, kişisel ilişkilerde ve genel yaşam kalitesinde sorunlara yol açar (Köknel, 1982).

Öfke duygusu kaçınılmazdır. Ancak; birey sağlıklı bir iletişim için öfke duygusunu denetlemeyi becerebilmelidir.

Öfke günlük yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır ve bireyler bu duygularını farklı yollarla ifade eder ve yönetirler. Öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal ve evrensel bir tepkidir (Soykan, 2003).

Ruhbilim sözlüğünde öfke, benliği zedeleyici bir tutum karşısında duyulan saldırganlık tepkisi olarak tanımlanmaktadır (Okman, 1999).

Sözlük tanımında ise herhangi bir nedenle kızan, hiddetlenen bir bireyde uyanan şiddetli duygu (Meydan Larousse, 1974) engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hiddet ve gazap (Türk Dil Kurumu Sözlüğü, 1977) olarak tanımlanmaktadır.

Pover ve Dalglish' e göre öfke genellikle sıkıntı verici bir duygu bazen de kontrol edilemeyen saldırganlık ve şiddettir.

Stoner ve Spencer' e göre öfke kavram olarak hafif rahatsızlık ve tedirginlikten, kızgınlık ve hiddete varan duygusal durumdur.

Köknel; öfkeyi engellenme ve korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında ortaya çıkan duygulanım olarak tanımlar.

Sharkin'e göre öfke çok boyutlu konuşma ya da ilişki kurma biçiminden duygusal stres tepkimesine, incinmeye karşı tepkideki geçici içsel duruma kadar uzanan çeşitli duygusal durumları içeren bir duygudur.

Öfke Biagio tarafından gerçek ya da var sanılan bir tehdit, engelleme veya haksızlık karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve bireyi rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten güçlü bir duygu olarak tanımlanır (Balkaya ve Şahin, 2003).

Törestad öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını çoğunlukla engelleme, haksızlığa uğrama, eleştirilme ve küçük düşürülme gibi durumlarda oluştuğunu söylemektedir (Balkaya ve Şahin, 2003).

Spielberger ve ark. öfkeyi basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden yoğun hiddet durumuna kadar değişebilen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlamaktadır (Balkaya ve Şahin, 2003).

Novaco öfkeyi, bilişsel - davranışsal model üzerinde açıklamaktadır; öfke diye etiketlenen ve düşmanlık içerikli bilişlerin eşlik ettiği yoğun fizyolojik uyarılma durumu olarak açıklar (aktaran İmamoğlu, 2003).

Gençtan' a göre öfke, hakkımız olanı alamadığımızda yada önem verdiğimiz bir insan beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygudur (Tambağ ve Öz, 2004).

Averill'e göre öfke kısa süreli ve sıkça yaşanan bireyler arası etkileşimler nedeni ile oluşan şiddetli duygusal yaşantıdır (aktaran İmamoğlu, 2003).

Kemper ve Frijda öfkeyi bireyin sahip olduğu ve yaşamı süresince mutlaka yaşayacağı temel bir duygulanım olarak tanımlar (aktaran Tambağ ve Öz, 2004).

Özer olayların bireyi öfkelenmediğini, her bireyin olaya karşı yerleşik inanç, yorum ve değerlendirme kalıplarına göre olayı algılayış biçimlerinin ve önceki deneyimlere göre kurulan bağlantıların öfke duygusuna yol açtığını söylemektedir (aktaran Okman, 1999; Olmuş, 2001).

Öfke kavramına ilişkin yukarıda derlediğimiz tanımlara dayanarak öfkenin farklı dış ve iç etkilerle ortaya çıkan, değişik düzeylerde tepkisel davranışlarla görüntülenen, önceden planlanmayan, bireyi tehdit eden durumlara karşı savunmaya yönelik bir duygu durumu olduğu görülmektedir (Tambağ ve Öz, 2004).

Öfke, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen bir duygu durumudur. Öfkenin ayırt edici özellikleri şu başlıklar altında gruplandırılabilir:

- ❖ **Plansızlık:** Planlı bir davranış değil içsel bir yaşantı ve duygu durumudur.
- ❖ **Evrensellik:** Gerekli koşullar oluştuğunda tüm bireyler öfkelenir.
- ❖ **Kışkırtılabilirlik:** Belirli bir eleştiri, saldırı ya da engelleme karşısında ortaya çıkar.
- ❖ **Öğrenilebilirlik:** Öfkelenince gösterilen davranışlar, ailemizden ve çevremizden öğrendiğimiz davranışlardır.

Öfke kimi zaman kısa süreli, orta şiddette ve hatta bireye faydalı, kimi zaman ise çok şiddetli, yoğun ve tahrip edici olabilmektedir. Öfke pek çok kültürde olumsuz bir şekilde değerlendirilmektedir. Bu şekilde ifade edilen öfke; bireyi sözel ya da fiziksel saldırılara açık bir hale getirebilecek, aile içinde ve bireyler arası ilişkilerde çatışmalara neden olabilecektir. Bu durum bireyin benlik saygısında önemli ölçüde düşüşe yol açacaktır. Bastırılmış öfke ise, yüksek tansiyon, koroner hastalık ve kanser gibi pek çok fiziksel rahatsızlığa yol açabilir (Balkaya ve Şahin, 2003).

Öfke çocuk doğduktan kısa bir süre sonra görülmeye başlar ve aldığı eğitime göre biçim, derece ve nitelik değiştirerek ömür boyu sürer.

1.3.1. Öfke İle İlgili Kuramlar

Psiko - analitik kurama göre; bireyler öfkenin altında yatan nedenleri araştırırsa öfkeyi çözebilirler. Ancak; öfke duygusu bastırılırsa psikolojik ve somatik hastalıklara yol açar.

Freud' a göre, bireyin bilinç dışında öfke ve saldırganlık duyguları vardır. Bu yüzden her yaş döneminde belli bireylerde öfke ve saldırganlık görülür (aktaran Miller, 1993).

Psikanalize göre oral dönemde saplanıp kalma ya da bu döneme geri dönme saldırgan davranışın temeli olarak kabul edilir. Diğer bir dönem ise anal dönemdir. İki yaşında başlayan bu dönemde çocuk anal gerilimi gidermekten duyduğu hazı ertelemeyi öğrenmek zorunda kalır. Bu dönemde anne aşırı baskıcı bir davranış sergilerse çocuk ya tepkici bir kişilik geliştirir, başkaldırcı, yıkıcı ve öfke nöbetleri gösterir ya da eziyet etme eğilimleri gösteren bir kişilik yapısı geliştirir.

Bu kurama göre öfke duygusunun gelişmesini etkileyen diğer bir dönem ise **fallik** dönemdir. Önceleri kendine dönük, özsever nesne ve kişi ilişkisi, daha sonra karmaşa oluşumuna yol açar. Bu duruma ödipal karmaşa adı verilir. Ödipal karmaşanın bastırılması için gerekli gücü üst benlik baskısı sağlar. Çocuk benliği; bu yapının oluşturduğu baskı oranında pişmanlık ve suçluluk duyar (Tambağ ve Öz, 2004).

Bilişsel davranışçı kurama göre; öfkenin oluşumunda düşünce süreçlerinin ele alınması gereklidir. Öfke; bazı uyarıcılara karşı geliştirilen duygusal stres tepkisidir (Kısaç, 1999; Parman, 2000).

Skinner; öfkenin çevresel uyarıcılara verilen öğrenilmiş tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu davranışların tekrar ettiğini savunmaktadır. Çocuk öfkeyle tepkimeye başladığında istediğini elde ediyorsa, öfkenin işe yaradığına hükmedecek ve isteklerini elde etmek için sürekli öfkesini kullanacaktır (aktaran Tambağ ve Öz, 2004).

Bilişçi davranışçı kuram, öfkenin büyük ölçüde akla aykırı inanç ve beklentilerin sonucu ortaya çıktığını kabul eder ve bundan dolayı öfkeyi azaltmak için akla aykırı inançların yok edilmesi gerektiğini vurgular (Tambağ ve Öz, 2004).

Sosyal öğrenme kuramı; birey öfke tepkimelerini ait olduğu kültür içinde öğrenir ve çevresel faktörler de bu duruma katkı verir. Bu kurama göre öfke; gözlem, öğrenme, taklit, özdeşleşme, kopyalama ve rol alma yolları ile öğrenilir.

Biyolojik kurama göre öfke ve saldırgan davranışlar; merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem başta olmak üzere organizmanın işleyişindeki bozukluklardan kaynaklanmaktadır (Kısaç, 1999; Parman, 2000).

1.3.2. Öfkenin Nedenleri

Öfke duygusunun birçok nedeni olmakla birlikte daha önce öfke yaratan durumlar her zaman öfke nedeni olmayabilirler. Öfke duygusunun ortaya çıkmasında sosyal ve bilişsel unsurların yanı sıra birçok durumsal faktör de rol oynayabilir.

Bireylerin öfke, korku, tedirginlik gibi duygularının nedeni, olayın kendisi ile ilgili olmaktan çok, bireyin bu olaylarla ilgili oluşturdukları zihinsel modellerdir. Yani olaya ilişkin yerleşmiş inanç; yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşüncelerdir (Tambağ ve Öz, 2004).

Öfkenin duygusal bir tepki olarak anlaşılabilmesi için bu duyguya neden olan şartların anlaşılması gerekir. Üç temel şarttan söz edebiliriz.

1) Engelleyici Durumlar:

- ❖ Çevresel etkenlerden kaynaklanan engeller
- ❖ Bireyin kendisinden kaynaklanan engeller

2) Bireyin yeterlilik ve güvenliğini tehdit altında olduğu durumlar

3) Bireyin davranışlarının beklentilere uygun olmaması durumu (Okman, 1999).

Günümüzde birçok teori öfke durumunun kaynağı olarak engellemeyi görmektedir. Engelleme; istek, ihtiyaç ya da bir davranışın amacına ulaşmasının önlenmesidir.

Cüceloğlu engellemeyi, bireyin elde etmek istediği belirli bir amaca ulaşması veya ihtiyaçlarının giderilmesi önlediği zaman ortaya çıkan olumsuz duygu olarak tanımlamıştır (aktaran Tambağ ve Öz, 2004).

Özer; öfke duygusunun temelinde “başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi için hata yapılmaması gerekir” gibi düşüncelerin olduğunu öne sürmüştür (aktaran Okman, 1999).

Berkowitz depresif duyguların öfkeye yol açabileceğini söylemiştir (aktaran Tambağ ve Öz, 2004).

Beck’e göre öfkenin nedeni kıskırtma ve tehdittir (aktaran Tambağ ve Öz, 2004).

Morgan’a göre engelleme bireyin amaca yönelik faaliyetlerine müdahale edilmesidir. İsteklerin engellenmesi öfkeye, öfke de saldırganlığa neden olur (aktaran İmamoğlu, 2003).

Öfkeye yol açan nedenler arasında engelleme, haksızlığa uğrama, fiziksel incinme, tacize uğrama, hayal kırıklığı, saldırıya uğrama ve tehdit sayılabilir.

Psikolojik yaklaşıma göre öfkelendiğimizde 5 boyut birbiri ile ilişkili ve eş zamanlı olarak aktif olur (Kökdemir, 2004).

- ❖ Biliş: O andaki düşüncelerimiz
- ❖ Duygu: Öfkenin yol açtığı fiziksel uyarılma
- ❖ İletişim: Öfkemizi çevremizdekilere yansıtma biçimimiz
- ❖ Etkileniş: Öfkeli olduğumuzda hayatı algılayış biçimimiz.
- ❖ Davranış: Öfkeli iken sergilediğimiz davranışlar (Berkowit, 1990; Deffenbacher, Oetting, Lynch ve Morris, 1996; Sayın, 1990).

1.3.3. Öfkenin İfade Ediliş Biçimleri

Öfkenin ifade edilişi çeşitlilik göstermektedir. İfade biçimlerinden birisi belki de en önemlisi saldırganlıktır ve iki boyutu vardır. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilgilidir. Burada amaç karşıdaki bireye veya objeye zarar vermektir. İkinci saldırganlık boyutu ise sözel saldırganlıktır ve daha çok dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanır (Çoban ve ark., 2006).

Öfkenin ifade şekillerini gruplamak gerekirse; öfkenin doğrudan ifadesi, karşılıklı iletişim, tepki vermeden önce düşünme, insanlara yönelik fiziksel saldırı, objelere yönelik fiziksel saldırı, bağırma, sözel saldırı, beden dili, öfkeyi içte bastırma, öfke içte kendini eleştirme, öfke kontrolü, düzeltici yönde davranma, dikkati başka konuya çekme, pasif agresif tepki, hedefi sosyal olarak izole etmek, v.b. gibi (Tambağ ve Öz, 2004).

Öfkenin fizyolojik olarak ifade edilmesini ise şöyle tanımlayabiliriz: Kan basıncında ve kas gerginliğinde artma, kalp atımında artma, yüz kızarması, uyuşma, terleme, sıcak basması, ağızda kuruluk, boğazda düğümlenme, kol ve vücut duruşunda değişme, yumrukların sıkılması, kaş çatılması, diş gıcırdatma, ses tonu artması, bazı kelimelere vurgu, kesikli konuşma, v.b. gibi (Balkaya ve Şahin, 2003, Tambağ ve Öz, 2004).

Bazı bireyler öfkelerini o anda bazıları ise durum sona erdikten sonra fark ederler. Her ne kadar öfke bireye diğer duygulardan daha fazla zarar veren bir duygu olarak düşünülse de aslında normal ve sağlıklı bir duygudur, sağlıklı olan öfkenin saldırganlığa dönüşmesidir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Öfkenin sağlıklı bir şekilde ifade edilememesi bireyin enerjisini tüketir, kontrolünü güçleştirir, ifade edilmemiş öfke bireyin içten içe kızgınlık ve gücenme duymasına neden olur bastırılmış öfke psikosomatik reaksiyonlara yol açar, depresyon oluşumuna zemin hazırlar ve bireyin saldırgan davranışlar sergilemesine neden olur, bu durum bireyin günlük yaşamında kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkiler (Deffenbacher, Story, Stark, Hogg ve Brandson, 1978).

Diğer bütün duygularda olduğu gibi öfkenin de bireyin hayatını kolaylaştıran olumlu fonksiyonları vardır. Belirli sınırlar içinde öfke, bireyin varlığının korunması, tanınması ve çevreye kabul edilmesi için gereklidir (Köknel, 1999).

Novaco öfkenin fonksiyonlarını altı maddede özetlemiştir (aktaran İmamoğlu, 2003). Bunlar;

- 1) Öfke; bireye enerji verir. Öfkesinin farkına varan birey enerjisini daha olumlu yönlere yöneltecektir (Novaco, 1975).

- 2) Öfke; bir işarettir. Öfke karşıdaki bireyi uyarmak için bir işarettir (Lerner, 1996).
- 3) Öfke; süre gelen davranışı ortadan kaldırır ya da engeller. Öfke bireyi asıl amacından başka yöne yönlendirir. Böylece ikincil bir kazanç sağlamaya çalışır (Schuerger, 1979).
- 4) Öfke; başkalarına olan olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır. Birey öfkesini ifade etmek için bağırıp, söylenirken karşı tarafa hissettiği olumsuz duyguları ifade etme şansını yakalar (Averill, 1983).
- 5) Öfke; bir savunmadır. Belirli sınırlar içinde öfke; kişiliği koruma, saygınlık kazandırma ve bu saygınlığı sürdürme işlevine sahiptir (Köknel, 1997). Anksiyeteyi değiştirerek egoyu koruma görevi görür (Novaco, 1975). Benlik saygısının korunmasına böylece sağlıklı ilişkiler kurulmasına yardımcı olur (Cücelloğlu, 1991).
- 6) Öfke; bir haklılık algısıdır. Bireyin haklı olduğu, engellendiği ve adaletli olduğu duygusunu sürdürmesine olanak verir (Kısaç, 1997; Schuerger, 1979).

1.4. Araştırmanın Amacı

PMS ile ilgili yapılan pek çok çalışmada karşılaşılan güçlüklerin yöntemle ilgili olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü tanının hangi ölçütler çerçevesinde konulacağı, tıbbi tedavi arayan kadınlar ile yakınmaları olan ancak hekime baş vurmayanların bu şikayetleri algılayışları ve aktarıışlarındaki farklar, bu konuda toplumun kadınların bu dönemde yakınmalarının olabileceği şeklindeki koşullandırmaları, bu güçlükleri ortaya çıkarmakta ve pekiştirmektedir. Ülkemizde PMS şikayetleri ile hekime başvurma oranı batı toplumlarına göre çok düşüktür. Bu yüzden Türk toplumu için PMS konusunda yapılan çalışmalar sayıca çok sınırlıdır. Toplumumuz için PMS' a

ait yakınmaların niteliği, dağılımı, sıklığı ve şiddeti ile ilgili kesin rakamlara ulaşmak olanaksızdır. Bu çalışmamızda; sınırlı olanaklar ve küçük bir çalışma grubunda da olsa, foliküler faz ve luteal fazda öfke düzeylerini karşılaştırarak PMS' de anksiyete ve öfke arasındaki ilişkinin araştırılmasını amaçladık.

1.5. Araştırmanın Önemi

Menstrüel siklus kadın hayatında 10-50 yaş aralığındaki yaklaşık 40 yıl gibi uzun bir süreyi kapsamaktadır. Buda kadınların tüm yaşamları boyunca PMS' den etkilenebilecekleri anlamına gelir.

Sosyo - ekonomik hayatta kadın ve erkek ayrılmaz bir bütün olarak birlikte yer aldığından PMS tüm toplumu yakından ilgilendiren bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

Kadınların PMS dönemlerinde işledikleri suçlarda belirgin artışlar tespit edilmiştir (Vanezis ve Ficpacth, 1991). Yine bu dönemde kadınların yol açtığı trafik kazalarında artma ve çocuklarına uyguladıkları şiddette artma gözlenmektedir (True, Goodner ve Burns, 1985).

Sosyal ilişkilerde bozulmanın yanı sıra üretim ve iş gücü kaybına da sebep olan ve hatta çalışma barışını olumsuz etkileyen bu durumun çözümlenmesi toplum huzuru için çok önemlidir.

Bu çalışmayla PMS'li kadınlara farkındalık kazandırarak duygu ve öfke kontrolü sağlamalarına ve sosyal uyumlarına destek sağlanacaktır.

1.6.Hipotezler

Bu araştırmanın hipotezi şu şekilde oluşturulmuştur ;

Premenstrüel sendrom ile öfke ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

a)PMS ile kontrol grubu arasında öfke ve anksiyete düzeyleri bakımından anlamlı farklılık vardır.

b)Foliküler ve Luteal fazlarda bireylerin öfke ve anksiyete düzeyleri arasında farklılık vardır.

1.7.Araştırma Soruları

- 1) Yaş, eğitim, medeni durum ve adet dönemine ilişkin tutumlara göre premenstrüel sendrom skoru ortalamaları farklı değildir.
- 2) Kontrol ve hasta grubuna göre premenstrüel sendrom skoru ortalamaları farklıdır.
- 3) Foliküler ve luteal fazlarda durumluk kaygı skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 4) Foliküler ve luteal fazlarda sürekli kaygı skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 5) Foliküler ve luteal fazlarda sürekli öfke skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 6) Foliküler ve luteal fazlarda içe öfke skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 7) Foliküler ve luteal fazlarda dışa öfke skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 8) Foliküler ve luteal fazlarda öfke kontrol skoru ortalamaları gruplara göre farklıdır.
- 9) Durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinin foliküler ve luteal faz ortalamaları gruplara göre farklıdır.

- 10) Foliküler ve luteal fazlarda sürekli öfke, içe öfke, dışa öfke ve öfke kontrol skoru ortalamalarının gruplara göre farklıdır.
- 11) Durumluk – sürekli kaygı ölçeğinin foliküler faz ile luteal faz ölçümleri arasındaki farka ait ortalamalar gruplara göre farklıdır.
- 12) Durumluk – sürekli öfke ölçeğinin foliküler faz ile luteal faz ölçümleri arasındaki farka ait ortalamalar gruplara göre farklıdır.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, araştırmanın kısıtlılıkları ve verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel teknikler ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma karşılaştırmalı tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. Tekrarlı ölçümlere dayanmakta olup bu ölçümlerin PMS skoruna göre sağlıklı ve PMS' li olan kadınlarda farklılık gösterip göstermediğini incelemektedir.

2.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini (Kasım 2008 - Şubat 2009) tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İç Hastalıkları ve Psikiyatri Polikliniklerine premenstrüel dönemde çeşitli yakınmalarla başvuran ve kurulan işbirliği çerçevesinde tarafımıza yönlendirilen; 18-45 yaşlarında, son altı aydır düzenli menstrüel siklusları olan, son altı aylık dönemde başkaca tıbbi bir hastalığı bulunmayan, oral kontraseptif kullanmayan 50 kadın oluşturmakta olup, kontrol gurubu ise hiçbir premenstrüel yakınma tariflemeyen, düzenli siklusları olan ve oral kontraseptif kullanmayan sağlıklı 50 kadın

oluşturmaktadır. Örneklemin 18-45 yaş aralığındaki deneklere uygulanmasının nedeni 18 yaş öncesi adolosan olarak kabul edilip bu dönemdeki şikayetlerin erişkinliğe geçiş sırasındaki farklı kaynaklı şikayetler, 45 yaş sonrası kadınların şikayetlerinin de premenopoz ve menopoz şikayetleri olup PMS şikayetleri olarak değerlendirilmemesindedir.

Katılımcılar araştırma konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra onamları alınarak biri foliküler, diğeri luteal fazda olmak üzere iki klinik psikolojik görüşme ile değerlendirilmişlerdir. Bu görüşmeler sırasında psikolojik değerlendirmenin yanında en sık görülen semptomları sorgulayan PMS değerlendirme formu uygulanmıştır. Bu değerlendirmede skorları yüksek çıkan 50 kadın değerlendirmeye alınmışlardır skorları düşük çıkanlar ve hiçbir premenstrüel yakınma bildirmeyen düzenli siklusları olan, oral kontraseptif kullanmayan 50 kadın kontrol grubuna dahil edilmişlerdir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla üç ölçek kullanılmıştır. Bunlar:

- 1) Kişisel Bilgi Formu,
- 2) Adet öncesi dönemde ortaya çıkan belirtileri ve değişimleri belirlemek bunun yanı sıra adet öncesi belirtilerin yaygınlığını ve şiddetini incelemek için “Premenstrüel Değerlendirme Formu” (Premenstrüel Assesment Form - PAF),
- 3) Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) ve

- 4) Öfke duygusu ve ifadesini ölçmek için “Durumluk-Sürekli Öfke İfadesi Envanteri” (State-Trait Anger Expression Inventory –STAXI) dir

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişilerin yaş, eğitim, medeni durum ve adet dönemine ilişkin tutumu ölçmeye yönelik “Kişisel Bilgi Anketi” kullanılmıştır.

2.3.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Premenstrüel Değerlendirme Formu, adet öncesi dönemde ortaya çıkan belirtileri ve değişimleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçekle adet öncesi belirtilerin yaygınlığının ve şiddetinin incelenmesi sağlanmaktadır. 95 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir ve 18 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu ölçekler çökkün duygu durum, endojen defresif özellikler, labilite, atipik depresif özellikler, histerooid özellikler, düşmanlık /kızgınlık, sosyal geri çekilme, bunaltı, kendini iyi hissetmemede artış, impulsivite, organik mental özellikler, su tutulumu, fiziksel rahatsızlıklar, otonomik değişimler, yorgunluk, sosyal işlevsellikte bozulma, çeşitli duygu durum / davranış değişiklikleri ve çeşitli fiziksel değişimlerdir (Halbreich, Endicott, Schacht ve Nee, 1982).

Türkçe form Çiğdem Dereboy, Ferhan Dereboy, Fatma Yiğitol ve Ayşen Coşkun tarafından uyarlanmıştır.

Güvenirliliği ve Geçerliliği

Çalışmada denekler küme analiziyle premenstrüel belirtilerin ağırlığına göre üç kümeye ayrılmıştır. Kümelerin Premenstrüel Değerlendirme Formu alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Üç kümenin uygulanan diğer ölçeklerden aldıkları puanların da kuramla uyşur biçimde birbirlerinden ayrışımı Premenstrüel Değerlendirme Formunun geçerliğini destekleyen bir bulgu

olarak değerlendirilmiştir. Bütün olarak Premenstrüel Değerlendirme Formunun Cronbach alfa, .97 ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa, .46 - .90 yeterli iç tutarlılığa sahip olduğu saptanmıştır (Dereboy, Dereboy ve Coşkun, 1994).

2.3.3. Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (State - Trait Anxiety Inventory - STAD)

1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirmeye başlanmış olan envanter ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği, Taylor'ın Açık Kaygı Ölçeği ve Welsh' in Kaygı Ölçeği maddelerinden yararlanılmıştır. Yeni geliştirilen maddeler arasında bu üç ölçek maddeleriyle anlamlı korelasyon gösterenleri seçilmiş, sonra bu maddeler bir grup psikoloji öğrencisine uygulanarak ifadelerin açık olup olmadığı ve test formatı hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Öğrencilerin önerileri doğrultusunda format basitleştirilmiş, belirsiz maddeler elenmiş ve sonuçta 124 madde kalmıştır (Öner, 1997).

Envanterin bu formu 54 üniversite öğrencisine uygulanmış. Her bir maddenin sürekli kaygıyı iyi ölçüp ölçmediği 4 dereceli bir ölçekle; durumluk kaygıyı ölçüp ölçmediğini ise 'evet', 'hayır' ve 'uygulanamaz' şeklindeki ifadelerde değerlendirilmiştir. Bu işlemler sonucu geriye 66 madde kalmıştır (Öner, 1997).

Altmışaltı maddelik bu ölçek formu 256 üniversite öğrencisine Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeklerinin yönergeleri ile uygulanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği sınav ortamı ve rahat bir ortam düşünülerek iki kez uygulanmıştır. Aynı öğrencilerin IPAT Sürekli Kaygı Ölçeği ve Taylor'ın Açık Kaygı Ölçeği de verilmiştir. Sürekli Kaygı yönergesi ile uygulanan ölçeğin maddelerinden, madde-toplam puan korelasyonu .

30' dan düşük olanlar atılmıştır. IPAT Kayı Ölçeğinin ve Açık Kaygı Ölçeğinin Z puanları ile Sürekli Kaygı Ölçeği'nin her maddesi karşılaştırılmış; .20'den az korelasyon gösterenler elenmiş, böylece geriye 44 madde kalmıştır (Öner, 1997).

Kırk dört maddelik bu form 810 üniversite öğrencisine 3 ayrı yönerge ile 3 defa uygulanmıştır. Bunlar; 1) Sürekli Kaygı Yönergesi, 2) Durumluk Kaygı Yönergesi- rahat bir ortam için, 3) Durumluk Kaygı Yönergesi-sınav ortamı için. Her bir maddenin, kız ve erkekler için ayrı ayrı, madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeğinden elde edilen korelasyonların rahat bir durumu ve sınav durumunu ayırt edebildiği görülmüştür. Bu analizler sonucu, geriye kalan 32 madde 400 üniversite öğrencisine, durumluk kaygı yönergesi ile bir kez sınavların olmadığı bir günde, bir kez de dönem sonu sınavlarının başladığı haftada uygulanmıştır. Her uygulama sonucunda nokta çift-seri korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Sonuçta geçerli bulunan 20 madde bu envanteri oluşturmuştur (Öner, 1997).

Türkçe form İngilizceyi iyi bilen iki psikolog öğretim üyesi birbirlerinden bağımsız olarak ölçek maddelerini Türkçeye çevirdikten sonra bir araya gelerek, çeviride farklıklar bulunan maddeler üzerinde tartışarak ortak ifadelerde karar kılmışlardır. Türkçeleştirilmiş bu form, iyi İngilizce bilen iki psikoloji öğrencisi ve bir öğretim üyesine verilerek tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Daha sonra ölçekler İngilizce formlarıyla karşılaştırılmış, tam olarak aslına uymayan ifadelerin Türkçeleri tekrardan gözden geçirilerek değiştirilmiştir. Bu Türkçe maddeler İngilizce bilen bir başka grup tarafından özgün diline çevrilmiş, aynı işlem tüm maddelerin geri çevirisinde istenilen düzeye varılıncaya kadar sürdürülmüştür. Türkçe karşılığı olmayan ifadeler için linguist ve psikolinguist gibi bazı dil bilimi uzmanlarına

danışılmış ve çeviri işlemini son haline getirebilmek için bir pilot uygulama yapılmıştır (Öner, 1997).

Türkçeleştirilen ölçekler, İngilizce formlarıyla eşdeğerliklerinin saptanması için, terazileme tekniği kullanılarak dört değişik form halinde iyi İngilizce bilen 200 kız ve erkek Türk öğrenciye uygulanmıştır. Bu formlardan 'Kod A' ölçeğinin İngilizcesini, 'Kod B' ölçeğinin Türkçesini, 'Kod C' ve 'Kod D' ölçeklerinin seçkisiz yolla yarısı İngilizce yarısı Türkçe maddelerden oluşmuş karma dil ölçeği temsil etmiştir. 'Kod C' formunda Türkçe olan maddeler 'Kod D' formunda İngilizce olarak, 'Kod C' formunda İngilizce olan maddeler 'Kod D' formunda Türkçe olarak verilmiştir. İki hafta sonra, ölçeklerin tümünü ya da birini ilk kez Türkçe olarak alanlara İngilizce form, İngilizce alanlara Türkçe form uygulanmıştır. Türkçeleştirilen envanterin ifade yeterliliğini sınamak ve İngilizce ile Türkçe formlar arasındaki anlam eşdeğerliğini sınamak için, öğrencilerin İngilizce ölçeklerden aldıkları kaygı puanlarıyla Türkçe ölçeklerden aldıkları kaygı puanları karşılaştırılmıştır. Beklentileri destekleyen veriler, sürekli ve durumluk kaygı puanı ortalamalarının İngilizce ve Türkçe formları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadığı yönünde olmuştur (Öner, 1997).

Normları

Normal grubu oluşturan orta, lise ve üniversite öğrencileri Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğrencilerinin Ankara'da oturan akraba ve ebeveynleri ile Le Compte ve Le Compte'un Hollanda çalışmasındaki bir grup türk işçisi ve ailelerinin oluşturduğu toplam 1534 ergen ve yetişkinin, fiziksel ve psikiyatrik hasta grubunu oluşturan 200 yetişkinin puan ve ortamları, standart sapma ve standart yüzdelik sıra puanları tablolar halinde verilmiştir (Öner, 1997).

Güvenirliği

Test-Tekrar Test Güvenirliği: Her iki ölçek 10, 15, 30, 120 ve 365 günlük aralarla Hacettepe ve Orta Doğu Teknik Üniversiteleri ile Kara Harp Okulunda okuyan beş ayrı öğrenci grubuna iki kez uygulanmıştır. Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile hesaplanan değişmezlik katsayıları, Sürekli Kaygı Ölçeği için .71 ile .86, Durumluk Kaygı Ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur (Öner, 1997).

Kuder Richardson Güvenirliği: Kuder Richardson formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlık ve homojenlik katsayıları, sürekli kaygı ölçeği için .83 ile .87, durumluk kaygı ölçeği için .94 ile .96 arasında bulunmuştur (Öner, 1997).

Madde-Toplam Puan Güvenirliği: Envanterin bir başka tür madde güvenirliği ya da ölçek iç tutarlığı korelasyonları hesaplanmıştır. Bunlar Sürekli Kaygı Ölçeği için .34 ile .72, Durumluk Kaygı Ölçeği için .42 ile .85 arasında bulunmuştur (Öner, 1997).

Geçerliği

Ölçüt-Bağımlı Geçerlik: Normallerin, tanı konmuş psikiyatri hastaları ile karşılanmasında (Öner, 1996) hastaların sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin normallerden çok yüksek ($p < .01$) olduğu bulunmuştur. Sürekli ve durumluk kaygı puanı ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmalarda normallerle fiziksel hastalığı olanların birbirine benzediği ve bu iki grubun psikiyatri hastalarından .01 seviyesinde daha düşük puan aldığı saptanmıştır (Öner, 1997).

Bir başka çalışmada Türk ve Amerikan örneklemi karşılaştırılmış, üç değişik deney grubunun ortalama kaygı puan sıralamaları ve aralarındaki farklar her iki

kültürde yüksek paralellik göstermiştir. Envanteri yanıtladıkları sırada, kendilerini huzursuz eden bazı durumların olduğunu ifade eden ‘problemlili öğrencilerle’ (bunlar yüksek durumluk kaygı grubunu oluşturur), kendilerini huzursuz eden herhangi bir durumun olmadığını ifade eden ‘problemlisiz öğrencilerin’ (bunlar düşük durumluk kaygı grubunu oluşturur) karşılaştırıldığı bir çalışmada (Öner, 1996), problemlili öğrencilerin durumluk kaygı puanları problemlisiz öğrencilerininkinden yüksek olduğuna ($p < .01$) karşın her iki grubun sürekli kaygı puanlarının önemli bir fark göstermediği saptanmıştır.

Yapı Geçerliliği: Her iki ölçeğin yapı geçerliliği, normal ve hasta gruplar üzerinde iki faktörlü kaygı kuramı çerçevesinde deneysel olarak sınımlanmıştır (Öner, 1996). Önemli ve stres yaratıcı olaylardan önce ve sonra durumluk kaygısının önce yükselip, sonra düşmesi; sürekli kaygıda böyle bir değişimin anlamlı düzeyde olmaması, kuramdan çıkartılan hipotezleri desteklemiştir; ölçeklerin yapı geçerliliğinin göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Le Compte ve Öner’ in (1975) 10 gün ile bir yıl arasında değişen zaman süreleri içinde yaptıkları yinleme uygulamaların sonuçları, değişen koşullarda durumluk kaygı puanlarında yükselme ve düşme olmasına karşın, aynı kişilerin sürekli kaygı puanlarında önemli değişimler olmadığını ortaya koymuştur. Durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında ortalama .62 civarında ve .01 düzeyinde anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (Öner, 1996). Bu veriler kaygının kavramlaştırılmasında önemli bir noktayı temsil eder nitelikte olup bu yöndeki kuramsal beklentiyi desteklemiştir.

2.3.4. Durumluluk-Sürekli Öfke Envanteri (State-Trait Anger Expression Inventory –STAXI)

Durumluluk-Sürekli Öfke İfadesi Envanterinin aslı iki aşamada geliştirilmiştir. İlk aşamada 20 maddelik Durumluluk-Sürekli Öfke Ölçeği, Spielberger ve arkadaşları (1980; 1983) tarafından geliştirildiğinde, öfke bir duygusal durum, bu duygunun yoğunluğunda da bir kişilik niteliği olarak değerlendirilmiştir. Buradaki kavramlaştırma tıpkı Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinde olduğu gibi rasyonel-görgül bir yaklaşım sonucu olmuştur. “Öfke” kelimesini tanımlayan kavram ve ifadeler, çeşitli standart sözcüklerden ve varolan öfke ve husumet ölçeklerinden yararlanılmak suretiyle yazılmıştır. 30 maddelik ilk ölçek formu, 146 üniversite öğrencisi ile 270 bahriye askerine uygulanmış; görgül olarak sınıandıktan ve analizlerden sonra en yüksek psikometrik niteliklere sahip, en uygun, geçerli ve yüksek iç tutarlılığı olan 20 madde seçilmiş; Durumluluk Öfke ve Sürekli Öfke Ölçekleri ortaya çıkmıştır (Öner, 1997).

Likert tekniği ile değerlendirilen 20 maddenin 10 tanesi durumluluk öfkeyi; duygunun yoğunluk derecesinin ‘(1) hiç değil’ ile ‘(4) pek çok’ arasında değişen bir skalada diğer 10 madde ise öfkenin bir genel duygu olarak hangi sıklıkta yaşandığını ‘(1) hiçbir zaman ’ ile (4) hemen her zaman ‘arasında değişen bir skalada sürekli öfkeyi ölçmeye yöneliktir (Öner, 1997).

Envanter geliştirilmesinin ikinci aşamasında, Durumluluk-Sürekli Öfke Ölçeğiyle yapılan araştırma bulgularından öfke ifadesinin ne denli önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Öfke ifadesinin yaşanması (duyumsanması) ile açıkça ifade edilmesinin kavramsal ve görgül açılarından birbirinden farklı olduğu saptanmıştır. Öfke ifadesi araştırmaları bireylerin ‘bastırılmış’ ya da içe yönelik’ öfke ve ‘dışa vurulmuş’ öfke tarzlarını

benimsemediklerini göstermiştir (Spielberger, Jacobs, Russell ve Crane, 1983). Öfke ifadesi ölçeği maddelerinin geliştirilmesinde ilk temel anlayış bu duyguyu belirleyen ifadelerin iki uçlu, tek bir boyut üzerinde değerlendirilebileceği olmuştur. Buna göre boyutun bir ucunda öfke ifadesinin kuvvetle bastırıldığı, diğer ucunda ise öfkenin çevreye ve diğer kişilere yöneltildiği davranışlarda gözlenebileceği düşünülmüş; öfke ifadesinin bir kişilik boyutu olarak saptanabileceği sanılmıştı. Bu anlayış iki önemli noktaya dayandırılmıştır: 1. Öfkenin kalp hastalığındaki rolü; 2. Araştırmalardan çıkarılan öfke ifadesinin yüksek tansiyon ile olan ilişkisi.

Envanterin geliştirilmesindeki temel amaç, sürekli bir süreç olarak öfkenin yönü ve ne ölçüde bastırıldığı ya da ifade edildiğini saptamak olmuştur. Bir kişilik boyutu olarak öfke ifadesinin, öfke duygusunun ne sıklıkta bastırıldığıyla tanımlanabileceği düşünülmüş; bu tanıma göre öfke ifadesi boyutuna uygun 33 madde geliştirilmiştir. Burada çeşitli ölçeklerden yararlanılmış ve birkaç yeni madde de araştırmacı tarafından eklenmiştir. Yanıtlarda bireyin hangi sıklıkla (1. Hemen hiçbir zaman, 4. Hemen her zaman gibi) maddenin tanımladığı türde bir davranışta bulunduğunu belirtmesi istenmiştir. İlk deneme (N=114 lise öğrencisine) 3 madde, istenen psikometrik niteliklere sahip olmadığı için ölçekten çıkartılmış, bundan sonra analizler 30 madde üzerinden yürütülmüştür. Faktör analizi sonuçları öfke ifadesinin iki uçlu tek boyutta değil, iki bağımsız boyutta (bastırılmış öfke ve dışa vurulmuş öfke olarak) belirlendiğini ortaya çıkarmıştır. Böylece iki öfke alt ölçeği oluşturulmuştur. Madde homojenliği analizlerinde ise 30 maddeden 8'inin uygun olmadığı görülerek bunlar çıkarılmış, geri kalan 22 madde cinsiyet gruplarında ayrı ayrı analiz edildikten sonra iki madde daha eklenerek 20 maddelik bir ölçek ortaya çıkarılmıştır. Yirmi maddelik öfke ifadesi ölçeğinin 8'er maddelik iki alt ölçeği de faktör analizi sonuçlarına göre şekillenmiştir (Öner, 1997).

Türkçe form, ölçeğin Durumluk Öfke alt testi dışındaki maddeleri iki aşamada çevrilmiştir. İlk aşamada ölçek maddeleri psikoloji ananında doktora derecesine sahip, İngilizceyi ve Türkçeyi çok iyi bilen 5 kişilik bir gruba verilmiştir. Gruptakiler ölçeği birbirinden bağımsız olarak Türkçeye çevirmişlerdir. Bu çalışmadan sonra her maddenin özgün ifadesi ile 5 alternatif çevirisinin bulunduğu bir form hazırlanmıştır. Çeviri ifadelerden hangisinin atılacağı konusunda önceden standartlar belirlenmiştir. Buna göre, bir maddenin bütün çevirileri arasında tam bir benzerlik yoksa bu madde alınmamıştır. İkinci aşamada, bu form Türkçeyi ve İngilizceyi çok iyi bilen 25 kişiye verilmiş; onlardan her bir maddenin önce İngilizcesini okumaları ve sonrada en uygun gördükleri Türkçe çevirisini işaretlemeleri istenmiştir. Bu şekilde en çok işaretlenen maddeler belirlenerek ölçeğin Türkçe formu ortaya çıkmıştır.

Normları

Ölçek, İstanbul’ da ilk aşamada 337 kişiye uygulanmıştır. Hemşirelik yüksek okulunda okuyan 112 öğrenciden, 53 lise son sınıf öğrencisinden, üniversite fizik ve eğitim bölümlerinde okuyan 52 öğrenciden, bir özel psikolojik danışma merkezine başvuruda bulunan 42 hastadan ve yönetim geliştirme programlarına katılan 78 yöneticiden elde edilen puanların ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır.

Güvenirligi

Kuder Richardson Güvenirligi: Tüm grupların verileri üzerinden elde edilen alfa değerleri her alt test için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Alfa değeri sürekli öfke boyutu için .79 kontrol altına alınmış öfke boyutu için .84, dışavurulmuş öfke boyutu için .78 ve batırılmış öfke boyutu için .62 olarak belirlemiştir (Öner, 1997).

Geçerliği

Yapı Geçerliği: Ölçeğin Türkçe formunun uygulanması ile elde edilen verilerde, İngilizce formunun uygulanmasından elde edilen veriler varimax tekniği ile 3 faktörlü analize tabi tutularak, alt testlerin faktör yapısı incelenmiştir. Sırasıyla puanların varyansa katkıları %6.11, %2.61, %1.71 olan I., II. ve III. faktör belirlenmiştir (Öner, 1997).

1) Faktör, en net ve kuvvetli olan bir şekilde görülen 8 maddelik, kontrol altına alınmış öfke boyutunu vermiştir. İngilizce uygulama sonuçlarında olduğu gibi, Türkçe uygulamalarla elde edilen sonuçlarda da bu faktör kontrol altına alınmış öfke boyutu olarak saptanmıştır.

2) Faktör olarak 8 madde ile dışa vurulmuş öfke boyutunu, tıpkı özgün uygulama sonuçlarındaki gibi çıkmıştır.

3) Faktör ise, diğer iki faktöre göre, daha az belirgin şekilde görünen 8 maddelik bastırılmış öfke boyutunu oluşturmuştur.

Yapı geçerliliğini sınavan bir diğer çalışmada verilerin tek yönlü varyans analizi yapılmış, tüm alt testlerde görülen farklar araştırmaya katılan denek gruplarında.001 düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Öner, 1997).

Ölçüt-bağlı geçerlik: Üniversite öğrencileri, nörotik hastalar ve yönetici gruplarına uygulanan Sürekli Kaygı, Novaco Öfke Ölçeği ve Depresyon Adjective Checklist sonuçları ölçek ile karşılaştırılmıştır. Elde edilen korelasyonların .01 ile .001düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur (Öner, 1996; Spielberger ve ark., 1983).

2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özelliği nedeniyle menstrüasyonu düzenli olmayanlar, gebelik yada laktasyon döneminde olanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, rahim ve yumurtalık gibi menstrüel siklusla ilgili organ patolojisi olanlar, menopoğ döneminde olanlar, psikotrop yada hormonal medikasyon kullananların araştırmaya dahil edilmemesi PMS' nin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

2.5. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 16.0 For Windows programı kullanıldı. Veriler ortalama \pm standart sapma olarak ifade edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arası karşılaştırmalarında bağımsız iki örneklem t-testi, fazlar arası karşılaştırmalarda eşleşmiş örneklem t-testi ve örnek hacmi küçük olan ikiden fazla gruba ait karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis tetsi kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ ve $p<0,01$ düzeyinde değerlendirildi. $p<0,05$ durumunda anlamlı ve $p<0,01$ durumunda ise ileri derecede istatistiksel anlamlı olarak kabul edildi.

3. BÖLÜM

BULGULAR VE YORUM

3.1. Örneklemin Demografik Dağılımı

Tablo 3.1: Örneklem Grubunun Yaş Dağılımının İncelenmesi

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	Yüzde	N	Yüzde
18-24	12	24.0	12	24.0
25-29	14	28.0	11	22.0
30-34	12	24.0	10	20.0
35-39	6	12.0	8	16.0
40-45	6	12.0	9	18.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Frekans ve Yüzdeler dağılımları

Tablo 3.1’ de örneklem grubunun yaş dağılımı incelenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %24’ ü (n = 12) 18-24 yaş aralığında, %28’ i (n = 14) 25-29 yaş aralığında, %24’ ü (n = 12) 30-34 yaş aralığında, %12’ si (n = 6) 35-39 yaş aralığında ve %12’ si (n = 6) de 40-45 yaş aralığında yer almaktadır. Hasta grubundaki bireylerin ise %24’ ü (n = 12) 18-24 yaş aralığında, %22’ si (n = 11) 25-29 yaş aralığında, %20’ si (n = 10) 30-34 yaş aralığında, %16’ sı (n = 8) 35-39 yaş aralığında ve %18’ i (n = 9) de 40-45 yaş aralığında yer almaktadır.

Tablo 3.2: Örneklem Grubunun Eğitim Dağılımının İncelenmesi

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	Yüzde	N	Yüzde
Ortaokul	0	0.0	5	10.0
Lise	22	44.0	15	30.0
Yüksek Okul	28	56.0	30	60.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Frekans ve Yüzelik dağılımları

Tablo 3.2’ de örneklem grubunun eğitim dağılımı incelenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %0’ ı (n = 0) ortaokul mezunu, %44’ ü (n = 22) lise mezunu ve %56’ sı (n = 28) da yüksek okul mezunudur. Hasta grubundaki bireylerin ise %10’ u (n = 5) ortaokul mezunu, %30’ u (n = 15) lise mezunu ve %60’ ı (n = 28) da yüksek okul mezunudur.

Tablo 3.3: Örneklem Grubunun Medeni Durum Dağılımının İncelenmesi

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	Yüzde	N	Yüzde
Bekar	26	52.0	21	42.0
Evli	19	38.0	20	40.0
Boşanmış	2	4.0	3	6.0
Dul	0	0.0	2	4.0
Birlikte Yaşıyor	3	6.0	4	8.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Frekans ve Yüzelik dağılımları

Tablo 3.3’ te örneklem grubunun medeni durum dağılımı incelenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %52’ si (n = 26) bekar, %38’ i (n = 19) evli, %4’ ü (n = 2)

boşanmış, %0' ı (n = 0) dul ve %6' sı (n = 3) da birlikte yaşamaktadır. Hasta grubundaki bireylerin %42' si (n = 21) bekar, %40' ı (n = 20) evli, %6' sı (n = 3) boşanmış, %4' ü (n = 2) dul ve %8' i (n = 4) de birlikte yaşamaktadır.

Tablo 3.4: Adet Dönemine İlişkin Tutumların Dağılımının İncelenmesi

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu	
	N	Yüzde	N	Yüzde
Yaşamımın tadını kaçıran en önemli olaylardan biri olarak görüyorum.	10	20.0	13	26.0
Hoşnutsuzluk verici olduğunu düşünüyorum, ancak yaşamımı büyük boyutta etkilemiyor.	10	20.0	11	22.0
Olup olmaması benim için önem taşıyor.	9	18.0	5	10.0
Kadınlığının doğal ve fizyolojik olaylarından biri olduğunu düşünüyorum.	21	42.0	21	42.0
Toplam	50	100.0	50	100.0

Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Tablo 3.4' te örneklem grubunun adet dönemine ilişkin tutumlarının dağılımı incelenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %20' si (n = 10) ve hasta grubundaki bireylerin %26' sı (n = 13) adet dönemini yaşamlarının tadını kaçıran en önemli olaylardan biri olarak görmektedir. Kontrol grubundaki bireylerin %20' si (n = 10) ve hasta grubundaki bireylerin %22' si (n = 11) adet döneminin hoşnutsuzluk verici olduğunu ancak yaşamlarını büyük boyutta etkilemediğini düşünmektedirler. Kontrol grubundaki bireylerin %18' i (n = 9) ve hasta grubundaki bireylerin %10' u (n = 5) adet döneminin olup olmamasının önemli olmadığını düşünmektedirler. Kontrol ve hasta grubundaki bireylerin %42' si (n = 21) ise adet dönemini kadınlıklarının doğal ve fizyolojik olaylarından biri olduğunu düşünmektedirler.

3.2. Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Sosyo – Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.5: Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Yaş, Eğitim ve Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

		Ort.*S.S.	p ⁺
Yaş	18-24	2,24 ± 0,80	0,726
	25-29	2,21 ± 0,63	
	30-34	2,19 ± 0,64	
	35-39	2,27 ± 0,42	
	40-45	2,46 ± 0,78	
Eğitim Durumu	Ortaokul	2,81 ± 0,40	0,089
	Lise	2,20 ± 0,58	
	Yüksek Okul	2,24 ± 0,73	
Medeni Durum	Bekar	2,16 ± 0,66	0,228
	Evli	2,29 ± 0,61	
	Boşanmış	2,33 ± 0,96	
	Dul	3,31 ± 0,33	
	Birlikte Yaşıyor	2,33 ± 0,80	

+: *Kruskall – Wallis Testi*

Tablo 3.5’ te yaş, eğitim ve medeni duruma göre PMS skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Yaş, eğitim ve medeni duruma göre PMS skoru ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık göstermediği bulunmuştur.

3.3. Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamasının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.6: Premenstrüel Sendrom Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p ⁺
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Premenstrüel Sendrom Skoru	1,73 ± 0,16	2,78 ± 0,57	12,389	0,0001***

+: *Bağımsız İki Örneklem t – Testi*

***: *p < .001*

Tablo 3.6’ da örneklem grubunun premenstrüel sendrom skoru ortalaması kontrol grubu ve hasta grubu için karşılaştırılmıştır. Premenstrüel skor ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$).

3.4. Durumluk – Sürekli Kaygı ve Durumluk – Sürekli Öfke Ölçeklerinin Foliküler Faz ve Luteal Faz Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.7: Foliküler ve Luteal Fazlarda Durumluk Kaygı Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p ⁺
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	37,10 ± 4,22	50,90 ± 9,12	9,706	0,0001***
Luteal Faz	34,28 ± 4,13	43,88 ± 7,89	7,619	0,0001***

+: *Bağımsız İki Örneklem t – Testi*

***: *p < .001*

Tablo 3.7’ de kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki durumluluk kaygı skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Her iki fazda da durumluluk kaygı skoru ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 3.8: Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Kaygı Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	39,00 ± 4,89	49,56 ± 5,30	10,252	0,0001***
Luteal Faz	36,80 ± 4,57	45,92 ± 5,64	8,881	0,0001***

+: *Bağımsız İki Örneklem t – Testi*

***: $p < .001$

Tablo 3.8’ de kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki sürekli kaygı skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Her iki fazda da sürekli kaygı skoru ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 3.9: Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	18,12 ± 2,35	26,52 ± 5,39	10,097	0,0001***
Luteal Faz	16,96 ± 2,17	18,92 ± 3,88	3,116	0,003**

+: *Bağımsız İki Örneklem t – Testi* **: $p < .01$ ***: $p < .001$

Tablo 3.9’ da kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki sürekli öfke skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Her iki fazda da sürekli öfke skoru ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$).

Tablo 3.10: Foliküler ve Luteal Fazlarda İç Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	17,88 ± 2,45	22,14 ± 3,18	7,496	0,0001***
Luteal Faz	16,82 ± 2,42	16,24 ± 2,54	-1,168	0,246

+: *Bağımsız İki Örneklem t – Testi* ***: $p < .001$

Tablo 3.10’ da kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki iç öfke skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sadece foliküler fazda iç öfke skoru ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$). Luteal fazda ise kontrol grubu ve hasta grubu arasında iç öfke skoru ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Tablo 3.11: Foliküler ve Luteal Fazlarda Dışa Öfke Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	19,80 ± 2,96	23,38 ± 3,46	5,560	0,0001***
Luteal Faz	18,56 ± 2,96	16,48 ± 2,84	-3,585	0,001***

+: Bağımsız İki Örneklem t – Testi *: p < .001**

Tablo 3.11’ de kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki dışa öfke skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Foliküler fazda dışa öfke skoru ortalamasının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu gözlemlenmektedir (p<0,01). Luteal fazda ise dışa öfke skoru ortalamasının kontrol grubunda hasta grubuna daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.12: Foliküler ve Luteal Fazlarda Öfke Kontrol Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Foliküler Faz	23,12 ± 2,78	22,70 ± 2,32	-0,819	0,415
Luteal Faz	22,12 ± 2,94	16,88 ± 1,73	-10,858	0,0001***

+: Bağımsız İki Örneklem t – Testi *: p < .001**

Tablo 3.12’ de kontrol grubunda ve hasta grubunda yer alan bireylerin foliküler faz ve luteal fazdaki öfke kontrol skoru ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sadece luteal

Tablo 3.14: Foliküler ve Luteal Fazlarda Sürekli Öfke, İçe Öfke, Dışa Öfke ve Öfke Kontrol Skoru Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Foliküler Faz (N = 100)	Luteal Faz (N =100)	t	p+
	Ort. ± S.S	Ort. ± S.S		
Sürekli Öfke	22,32 ± 5,91	17,94 ± 3,28	12,155	0,0001***
İçe Öfke	20,01 ± 3,55	16,53 ± 2,49	12,669	0,0001***
Dışa Öfke	21,59 ± 3,67	17,52 ± 3,07	12,959	0,0001***
Öfke Kontrol	22,91 ± 2,56	19,50 ± 3,56	12,573	0,0001***

+: *Eşleşmiş Örneklem t – Testi*

***: $p < .001$

Tablo 3.14’ te kontrol ve hasta grubu ayırımına gidilmeksizin sürekli öfke, içe öfke, dışa öfke ve öfke kontrol skoru ortalamaları foliküler faz ve luteal fazda karşılaştırılmıştır. Sürekli öfke, içe öfke, dışa öfke ve öfke kontrol skoru ortalamasının fazlar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir şekilde farklı olduğu ve dört skor ortalamasının foliküler fazda luteal faza göre daha büyük olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

3.6. Durumluk – Sürekli Kaygı ve Durumluk – Sürekli Öfke Ölçümlerin Fazlar Arası Farklar Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde hem durumluk – sürekli kaygı hem de durumluk – sürekli öfke ölçeklerinin foliküler faz ve luteal faz ölçüm sonuçlarının farkları alınmış ve bu farkların kontrol ve hasta grubundaki ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 3.15: Durumluk – Sürekli Kaygı Ölçeğinin Foliküler Faz ile Luteal Faz Ölçümleri Arasındaki Farka Ait Ortalamaların Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S.	Ort. ± S.S.		
Durumluk Kaygı	2,82 ± 1,24	7,02 ± 3,74	7,539	0,0001***
Sürekli Kaygı	2,20 ± 0,83	3,54 ± 1,73	4,938	0,0001***

+: Bağımsız İki Örneklem t – Testi *****: p < .001**

Tablo 3.15’ te durumluk – sürekli kaygı ölçeğinin foliküler faz ve luteal faz ölçüm sonuçlarının farklarına ait ortalamalar kontrol ve hasta grubu arasında karşılaştırılmıştır. Hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı skoruna ait farkların ortalamalarının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,01$).

Tablo 3.16: Durumluk – Sürekli Öfke Ölçeğinin Foliküler Faz ile Luteal Faz Ölçümleri Arasındaki Farka Ait Ortalamaların Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (N = 50)	Hasta Grubu (N = 50)	t	p+
	Ort. ± S.S	Ort. ± S.S		
Sürekli Öfke	1,16 ± 1,09	7,60 ± 1,97	20,212	0,0001***
İçe Öfke	1,06 ± 0,93	5,90 ± 1,55	18,862	0,0001***
Dışa Öfke	1,24 ± 0,89	6,90 ± 1,66	21,140	0,0001***
Öfke Kontrol	1,00 ± 1,03	5,82 ± 1,40	19,652	0,0001***

+: Bağımsız İki Örneklem t – Testi *****: p < .001**

Tablo 3.16’ ta durumluk – sürekli öfke ölçeğinin foliküler faz ve luteal faz ölçüm sonuçlarının farklarına ait ortalamalar kontrol ve hasta grubu arasında karşılaştırılmıştır. Sürekli öfke, içe öfke, dışa öfke ve öfke kontrol skoruna ait

farkların ortalamalarının hasta grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,01$).

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Premenstrüel sendrom kadınların ruhsal ve fiziksel sağlığının temel belirleyicisidir. Bu dönemde yaşanan şikayetler adolosanlar da bireyin kendisine olan güvenini, toplumsal ilişkilerini ve okul başarılarını olumsuz etkiler ayrıca adolosanlar ve erişkin kadınlarda iş yerinde verimliliğin düşmesine, çalışma kapasitesinin azalmasına ve iş kazalarında artmaya neden olur. Sadece bireyi değil ailesi ve toplumu da etkileyecek olan bu durum PMS yaşayan kadınların yaşam kalitelerini kaçınılmaz biçimde etkileyecektir (Demir ve ark., 2006).

PMS bireyin yaşam kalitesini kötü yönde etkileyerek bireyde kapasite kaybına, öfke nöbetlerine ve anksiyeteye neden olarak depresyon ve intihar gibi istenmeyen kötü sonuçlara yol açacaktır (Goldstein ve ark, 1986; Hallman ve Georgiev, 1987).

Yapılan çalışmalar kadınların işledikleri suçlarda PMS dönemlerinde belirgin artış olduğu tespit edilmiştir (Vanezis ve Ficpact, 1991). Yine bu dönemde kadınların yol açtığı trafik kazalarında artma ve çocuklarına uyguladıkları şiddette de artış olduğu gözlenmektedir (True, Goodner ve Burns, 1985).

Premenstrüel dönemde yaşanan değişikliklerden uzun yıllardır çeşitli biçimlerde söz edilmesine rağmen tıbbi bir sendrom olarak tanımlanması 1931 yılında Robert Frank tarafından yapılmıştır (Laessle ve Tusch 1990; Pinoce ve Kirkby 1990; True ve ark., 1985). Dalton 1952 yılında PMS terimini ilk kullanan kişi olmuştur (Karadağ, 2001). PMS 1987 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından Geç Luteal Faz

Disforik Bozukluk (LLPDD) ya da Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDD) olarak tanımlanmıştır. Genel tıp literatürü içinde bakıldığında PMS' nin sınırlarının daha geniş olduğu dikkati çekmektedir (Gökçe, 2006). Ayrıca tanımlanmış ve Premenstrüel Tension PMT ve Premenstrüel Molimia adları verilmiş iki farklı durum söz konusudur. PMS, LLPDD, PMT ve PM gibi farklı tanımın bulunması ya da sendromun tanımlanmasında fikir ayrılıklarının olması tablonun yaygınlığının saptanması konusunda zorluklara neden olmaktadır.

4.1. Sosyo - Demografik Özelliklerin Tartışılması

PMS ve kontrol grupları arasında yaş, medeni durum açılarından fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatürle uyumludur (Dalton, 1983; Friedman, 1985; Hammerback, 1991; Youdale, 1987).

Gruplar arasında eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak her iki grupta da lise ve yüksek okul mezunları ağırlıktadır. Bu oran PMS gurubunda n=45 %90 ve kontrol grubunda n=50 % 100 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların genel ortalamaya göre yüksek bir eğitim düzeyinden geliyor olmaları diğer toplum kesimlerindeki kadınlarla karşılaştırma olanağımızı ortadan kaldırmaktadır. Literatürde eğitim ve gelir düzeyi arttıkça semptomların azaldığını bildiren çalışmalar vardır. Bizim toplumumuz için bu varsayımın geçerliliği ancak daha geniş gruplarla yapılacak çalışmaların sonucunda aydınlanacaktır.

4.2. Öfke ve Anksiyete Ölçümlerinin Tartışılması

Her iki grubun folüküler ve luteal fazlardaki öfke ve anksiyete ölçümleri arasında belirgin farklar görülmektedir .

Her iki gruptaki bireylerin folüküler ve luteal fazlardaki durumluluk kaygı skoru ortalamaları karşılaştırıldı. Her iki fazda da skor hasta gurubunda kontrol gurubuna göre daha büyük bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görülmektedir.

Aynı şekilde sürekli kaygı skor ortalamalarının karşılaştırılması da aynı sonucu verdi. Her iki grubun folüküler ve luteal fazlardaki sürekli öfke skoru ortalamaları karşılaştırıldı. Her iki fazda da skor hasta gurubunda kontrol gurubuna göre daha büyük bulundu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu görüldü aynı şekilde içe öfke skoru, dışa öfke skoru ve öfke kontrol skoru ortalamalarının karşılaştırılması da benzer sonuçlar verdi.

Öfke ve anksiyete ölçümleri açısından folüküler fazda iki grup arasında fark görülmezken luteal fazda her iki gurup arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark görülmüştür. Stout' un çalışmasında PMS' li grubu oluşturan bireylerin % 25 inde premenstrüel dönemdeki değişiklikler göz önüne alınmaksızın depresif yakınmaların önemli ölçüde süreklilik gösterdiği bulunmuştur (True ve ark., 1985). Bizim çalışmamızda depresyon düzeyi süreklilik gösteren olgu yoktur.

4.3. Adet Dönemine İlişkin Tutumların Dağılımının Tartışılması

Çalışmaya katılan gruptaki bireylerin adet dönemine ilişkin tutumlarının dağılımı incelenmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin %20' si (n = 10) ve hasta grubundaki

bireylerin %26' sı (n = 13) adet dönemini yaşamlarının tadını kaçıran en önemli olaylardan biri olarak görmektedir. Kontrol grubundaki bireylerin %20' si (n = 10) ve hasta grubundaki bireylerin %22' si (n = 11) adet döneminin hoşnutsuzluk verici olduğunu ancak yaşamlarını büyük boyutta etkilemediğini düşünmektedirler. Kontrol grubundaki bireylerin %18' i (n = 9) ve hasta grubundaki bireylerin %10' u (n = 5) adet döneminin olup olmamasının önemli olmadığını düşünmektedirler. Kontrol ve hasta grubundaki bireylerin %42' si (n = 21) ise adet dönemini kadınlıklarının doğal ve fizyolojik olaylarından biri olduğunu düşünmektedirler.

PAF değerlendirilmelerine bakıldığında en yüksek puanı alan itemlerin 1. Keyifsizlik hissetme, 2. Ağlamaklı hissetme veya ağlama eğilimi gibi depresif semptomalojiye uyan belirtiler olduğu görülmektedir.

Sveinsdottir' in İzlandalı kadınlarla yaptığı çalışmada, PAF uygulamasından elde edilen sonuçlarda en yaygın semptomun 1. Şişkinlik, 2. Duygu Durum Kaymaları, 3. İrritabilite, 4. Abdominal Rahatsızlık ve Ağrı ve 5. İntolerans, sabırsızlık olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ilk üç sırayı şu semptomlar almıştır. 1. Mizaçta Ani Değişiklikler, 2. Keyifsiz Hissetme ve 3. Göğüslerde Ağrı Hassasiyet, Büyüme ya da Şişme .

Hintli kadınlarda premenstrüel dönemde kendini daha iyi hissetme şeklinde ortaya çıktığı ifade edilen olumlu değişiklikler bizim çalışma grubumuzdaki kadınlarda ise olumsuz olarak algılanmaktadır (Chandra ve Chatuverdi, 1989).

Frieze, ergenlik önceki dönemden başlayarak kadınların performans göstermedeki yetersizliklerini, yeteneklerindeki eksikliklere bağlayıp genelleştirmeye yatkın olduklarını ve bunları kontrol edemedikleri inancını taşıyıp vurgulamaktadır. Yine burada başarısızlık ve kontrol edememe duygusunun çaba eksikliğinden çok yetenek

eksikliğine bağlı olduğu inancına dikkat çekmekte ve bu inancın da olumsuz duygulanım ve düşük benlik saygısıyla birlikte olduğuna işaret edilmektedir (aktaran Osofsky ve Blumenthal, 1985).

Menstrüasyonun kendisinin de kontrol dışı olma özelliği ile bu kadınlarda hazır bulunan genellemeler içine kolayca girebileceği ifade edilmektedir.

Eğitim, yaş bakımında belirgin farklar saptanmayan iki grubun bu olayı farklı algılayışlarının nedenlerinin aydınlatılması için daha kapsamlı çalışmalara gerek olduğu düşünülebilir.

Paulson' un kadınların menstrüasyona ilişkin tutumlarının premenstrüel gerilimle bağlantılı olduğu şeklindeki bulguları (aktaran Abplanalp, 1980) ve Watts ve arkadaşlarının premenstrüel şikayetleri olan kadınların; bedenleri ve genitallerine, cinsellik olayı ve masturbasyona yönelik daha fazla olumsuz tutumları olduğu yönündeki görüşleriyle uyumlu görünmektedir (Dennerstein ve Abraham, 1990). Yine toplumsal yaygın, inançlara dikkat çeken ve sosyal çevrenin uygun yanıt olarak belirlemediği biçim ile kognitif bir anlam kazandığını ileri süren yazarlar da vardır (Moos, 1969). Kültürel olarak belirlenen inançları kabule yatkın kadınların premenstrüel rahatsızlığı daha çok yaşadıkları ifade edilmektedir.

Çoğu Batı toplumlarından elde edilen bu sonuçların yanı sıra Shye' un İsraili genç kızlarla yaptığı bir çalışmada premenstrüel sendromun bu toplumda oldukça yüksek olduğu ve Asya ve Afrika etnik kökenli İsraili kızların Batı kökenli İsraili kızlara göre daha fazla premenstrüel sıkıntı bildirdikleri görülmüştür (Syhe ve Jaffe, 1991). Chatuverdi' nin Hintli kadınlarla yaptığı bir çalışmada ise premenstrüel yaşantılar ve tutumların ilişkisine bakıldığında menstrüasyonun olumsuz ve sağlıksız olduğu şeklindeki tutumlarla sıkıntı verici semptomların oldukça yüksek bir bağlantı

gösterdiği, oysaki menstrüasyonu doğal bir olay olarak görme tutumu ile menstrüel olarak kendini iyi hissetmenin aynı derecede yüksek bir bağlantı gösterdiği sonuçları elde edilmiştir (Cheturvedi ve Chadro, 1991). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgular da Chatuverdi' nin sonuçlarıyla uyumludur.

4.4. Sonuç

Üreme çağındaki kadınlarda % 70-90 gibi yüksek bir oranda menstrüasyonla bağlantılı bazı semptomlar görülmektedir (Osofsky ve Bluementhal 1985; Price ve Dimorzio, 1986; Rubinow ve Roy – Byrne; 1984). DSÖ' nün 1981' de 14 değişik kültürel gurupta 5000' den fazla kadında yaptığı bir çalışmada tüm kadınlarda premenstrüel fiziksel rahatsızlık %55-70 ve olumsuz duygulanım değişiklikleri ise % 23-70 arasında bulunmuştur.

PMS semptomlarının sayısının fazlalığı, şiddetinin belirlenmesindeki güçlükler nedeniyle henüz açığa kavuşmamış sorunlarla yüklü bir tablo olma özelliğini taşıyor.

Çalışmanın bütününe bakarak; PMS' nin tek başına bir hastalık durumu oluşturmadığı, ancak bir bütün içinde ele alındığında anlam kazanabileceği ve bu nedenle görevimizin bütüncül bir yaklaşımla tabloyu değerlendirmek olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak PMS kadınlarda yüksek oranda görülen bir durumdur. Bu durum tüm toplumu etkilemektedir. PMS insidansının azalması ve kadınların dolayısı ile toplumun yaşam kalitesinin geliştirilmesi için PMS konusuna daha fazla önem verilmeli ve özellikle risk faktörleri belirlenerek risk taşıyan kadınların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amacıyla gerekli önlemler alınmalıdır.

4.5. Öneriler

Bu çalışmanın bulgularından yola çıkarak araştırılması önerilen konular;

- ❖ PMS' li kadınların, kadınlık özdeşimleri ve bu rolü kabullenişlerinin uygun yöntemlerle değerlendirilmesi ve
- ❖ Toplumumuzun farklı kesimlerinde premenstrüel semptom dağılım ve sıklığının araştırılması olarak sıralanabilir.

5. KAYNAKLAR

- A Primary Validation Study Of Anger Expression & Trait Anger Scales In Turkish Sample (1992)*. Yayınlanmış Rapor. İstanbul: Applied Psychological Services Center.
- Abplanalp, J.M., Haskett, R.F., & Rose, R.M. (1980). The Premenstrual Syndrome. *Psychiatric Clin. North Am.*, (2): 327-345.
- Akdeniz, F., & Karadağ, F. (2006). Adet Döngüsünün Duygu Durum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var Mıdır?, *Türk Psikiyatri Dergisi*, (17): 2, 1-9.
- Akgül, H. (2005). *Grupla Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Programları*. Ankara: Pagem.
- Akkaş Gürsoy, A. (2001). Ameliyat Öncesi Dönemde Yaşanan Kaygının Hastanın İyileşme Sürecine Etkisi. *Hacettepe Ün. Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2, s. 114-119.
- Alsaker, K., Moen B.E., Nortvedt M.W., & Baste, V. (2006). Low Health- Related Quality Of Life Among Abused Women. *Quality of Life Research*, 15: 959-965.
- Andrzej, M., & Diana, J. (2006). Premenstrual Syndrome: From Etiology to Treatment. *The European Menopause Journal*, 55: 42-54.
- Arpacı, F., & Ersoy, A.F. (2007). Kadının Çalışmasının Ailesinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Aile ve Toplum*, 3: 41-49.
- Atik, H. (2007). *Psikiyatri Hastalarında Aneztezili Eloktorokonvülsif Tedavi Uygulama Öncesi Ortaya Çıkan Anksiyetenin Giderilmesinde Bilgilendirmenin Etkinliği* M.Ü. , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Aydemir, Ö., & Koroğlu, E. (2000). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri.
- Balkaya, F., & Şahin, N. H. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Sayı: 14 (3), S: 192-202.
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (1993). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul: Remzi.
- Baltaş, Z. (1998). *Stress and Anxiety Research Society*. 19. International Conference, Boğaziçi University, s.1-4, İstanbul.
- Bancroft, J., & Backström, T. (1985). Premenstrual Syndrome. *Clin Endocrinology*, (22), 313-336.
- Baram, Z. (1992). *Koroner Anjiyografi Olacak Hastaların Anksiyetelerinin Değerlendirilmesi*. İ.Ü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Beck, L.E., Grevitz, R., & Mortolo, J.F. (1990). The Predictive Role Of Psychosocial Stress On Symptom Severity In PMS. *Psychosom Med*, (52): 536-543.
- Berkowit, L. (1990). On The Formation And Regulation Of Anger And Aggression: A Cognitiveneoassociationistic Analysis. *American Psychologists*, (45): 494.
- Blumenthal, S. J., & Nadelson, C. C. (1988). Clinical Implications. *J. Clin. Psychiatry, Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (PMS)*, 49(12): 469-474.
- Bosarge, P.M. (2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management*, 5,13-17.
- Braverman, P.K., & Sondheimer, S.J. (1997). Menstrual disorders. *Pediatr Rev.*, 18(1): 17-25.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorumu* (2. Baskı). İstanbul: Pegem.

- Cenkseven, F. (2003). Öfke Yönetimi Becerileri Programının Ergenlerin Öfke Ve Saldırganlık Düzeylerine Etkisi. *Eğitim Bilimleri Ve Uygulama*, 2.
- Chandra, P.S., & Chatuverdi, S.K. (1989). Cultrual Variations Of Premenstrual Experience. *The International J Social Psych.*, 35: 345-349.
- Cheturvedi, S.K., & Chadro, P.S. (1991). Sociocultural Aspects Of Menstrual Attitudes And Premenstrual Experiences İn India. *Soc. Sci. Med.*, 32 (3): 349-351.
- Clare, A.W. (1985). Premenstrual Syndrome: Single or Multiple Causes ?. *Can. J. Psychiatry*, 30 (7): 474-482.
- Coughlin, P.C. (1990). PMS: How Marital Satisfaction And Role Choice Affect Symptom Severity. *Soc. Work*, (35): 351-355.
- Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan ve Davranışı* (4. Baskı). İstanbul: Remzi.
- Çelik, İ. (2003). *Öfke Tetikleyicileri Ölçeği: Bir Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması*. Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
- Çevik, A. (1993). *Yaygın Anksiyete Bozukluklarının Kliniği*. İçinde: II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası.
- Çoban, Ş., Bostancı, N., Tekin, Z., & Özen, A. (2006). Üniversite Öğrencilerinin Cinsiyete Göre Öfke İfade Etme Biçimleri. *Kriz Dergisi*, Sayı:14 (3), S: 9-18.
- Çorapçıoğlu, A., Doğan, O., Karslı, B., & Gönüllü, M. (1993). *Ameliyat Öncesi Bunaltı Belirtileri*. İçinde: II. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu, s. 139-143, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası.
- Dalton, K. (1983). *Once A Month Claeramont*. CA: Hunter House.

- Deffenbacher J.L., Oetting E.R., Lynch R.S., & Morris C.D. (1996). The Expression Of Anger And Its Consequences. *Behavioral Research And Therapy*, Sayı: 34, S:575.
- Deffenbacher, J.L., Oetting, E.R., Thwaites, G.A., Lynch, R.S., Baker, D.A., Stark, R.S., ve ark. (1996). State-Trait Theory and The Utility of The Trait Anger Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (2), 131-148.
- Demir, B., Algül, L.Y., & Güven, E.S. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3: 4, 262-270
- Dennerstein, L., & Abraham, S. F. (1982). Affective Changes and The Menstrual Cycle, in Beumont, P. and Burrows, H. (Eds), *Handbook of Psychiatry and Endocrinology*, Sydney: Elsevier Biomedical Pres.
- Dereboy, Ç., Dereboy İ.F., Yiğitol, F., & Coşkun, A. (1994). Premenstrüel Değerlendirme Formunun Psikometrik Verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2) :83-90
- Doğaner, H. (1989). *Acil Psikiyatri*. Hyman, S. (Ed.), (s. 52-55). İzmir: Ege Üni. Basımevi.
- Elal, G. (2002). *Anksiyete Bozukluklarının Kognitif Davranışçı Modeli*. İçinde: I. Cerrahpaşa Psikiyatri Anksiyete Seminerleri. Kocabaşoğlu, N. (Ed), s. 17-26, İstanbul.
- Erci B., Okanlı A., & Kılıç, D. (1999). Premenstrual Sendromun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Depresyonla İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2: 2, 14-26.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri Ve Ölçümü. *Sağlıkta Birikim*, 1: 1-5.

- Fisher, M., Trieller, K., & Napolitano, B. (1989). Premenstrual Symptoms In Adolescents. *J. Adolescent Health Care*, (10): 369-375.
- Frackiewicz, E.J., & Shiovitz, T.M. (2001). Evaluation And Management Of Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Am Pharm Assoc. (Wash)*, May-Jun; 41(3): 437-47.
- Freeman, E., Sondhermer, S., Weinbaum, P., & Rickels, K. (1985). Evaluating Symptoms In Medical Practice. *Obstet Gynecol*, (65): 500-505.
- Friedman, D., & Jaffe, A. (1985). Influence of Lifestyle on the PMS. *J Reprod Med.*, (30): 715-719.
- Goldstein, S., Halbreich, U., Endicott, J., & Hill, E. (1986). Premenstrual Hostility, Impulsivity and Impaired Social Functioning. *J Psychosom Obstetrics & Gynecology*, 5: 33-38.
- Gökçe, G. (2006). *Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler*. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Halbreich, U., Endicott, J., Schacht, S., & Nee, J. (1982). The Diversity Of Premenstrual Changes As Reflected In Premenstrual Assesment Form. *Acta Pyschatr Scand.*, 65,46-65.
- Hallman, J., & Georgiev, N. (1987). The Premenstrual Syndrome and Absence From Work Due to Illness. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 6,111-119.
- Hammerback, S., & Backström, A. (1989). Demographic Study In Subgroups Pf Women Seeking Help For PMS. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 68: 247-253.
- Hsia, L.S., & Long, M.H. (1990). Premenstrual Syndrome. Current Concepts In Diagnosis And Management. *J Nurse Midwifery*, 35(6): 351-7.
- İmamoğlu, S. (2003). *Öğretmen Adaylarının Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* M.Ü. , Yüksek Lisans

Tezi, İstanbul.

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

Kısaç, İ. (1999). Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Biçimi Düzeyleri. *Gazi Üniversitesi Meslek Eğitim Dergisi*, Sayı:1 S: 63.

Kızılkaya, N. (1994). Perimenstrual Distres ve Hemşirelik Yaklaşım. *Hemşirelik Bülteni*, 7: 31, 84-90.

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

Koca, A. (1998). *Açık Kalp Ameliyatı Öncesi Hasta Eğitiminin Anksiyete Düzeyine Etkisi*. İ.Ü., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kökdemir, H. (2004). Öfke Ve Öfke Kontrolü. *Pivolka*, Sayı:3-12, S:7-10.

Köknel, Ö. (1982). *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar.

Köksal, Ö. (1989). *Genel Ve Klinik Psikiyatri*. İstanbul: Nobel Tıp.

Laessle, R.G., Tusch, L.R., & Schweiger, U. (1990). Mood Changes And Physical Complaints During The Normal Menstrual Cycle In Healthy Young Women. *Psychoneuroendocrinology*, 15 (2): 131-138.

Marvann, L., & Escobedo, C. (1999). Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 61: 163-167.

Michael, T., & Murray, N.D. (1995). *Stress, Anxiety And Insomnia*. United States Of America.

Miller, P. H. (1993). *Theories of Developmental Psychology*. New York : W.H Freeman and Company

- Moos, H.R. (1969). Typlogy of Menstrual Cycle Symptoms. *Am. J. Obst. And Gynecol*, 103: 390-402.
- Neinstein, L.S. (1990). Menstrual Problems In Adolescents. *Med Clin North Am.*, 74 (5): 1181-203 .
- Nerozzi, D., & Goodwin, F.K. (1987). *Hypothalamic Dysfuntion in Neuropsychiatric Disorders*. Costo, E. (Ed.), New York: Raven Press.
- Novaco, W.R. (1975). *Anger Control*. London: Lexington Books.
- Okman, S. C. (1999). *Ergenlik Dönemindeki Öfke İfade Tarzlarının Kendilik İmgesi Bağlamında İncelenmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Olmuş, G. Ö. (2001). *Ergenlerin, Aile İçi Psikolojik Örüntülere Göre Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Osofsky, H. J., & Blumenthal, S. J. (1985). *Menstrually Related Mood Disorder*. Osofsky, H. J. and Blumenthal, S.J. (Eds.), *Premenstrual Syndrome: Current Findings and Future Directions*, Washington: American Psychiatric Press.
- Öktem, Ö. (1981). *Anksiyetenin Öğrenme ve Hafızaya Etkisi*. İ.Ü., Doktora Tezi, İstanbul.
- Öncel, S., & Pınar, A. (2006). Premenstrual Sendromda Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Hemşirelik Dergisi*, 18(9), 86-91.
- Öner, N., & Le Compte, A. (1982). *Durumluk-Sürekli Kaygı Evanteri*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öner, N. (1996). *Türkiye' de Kullanılan Psikolojik Testler: Bir Başvuru Kaynağı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.

- Öner, N. (1997). *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Örnek, T. (1993). *Bunaltı Oluşum Kuramları*. İçinde: I. Anksiyete Sempozyumu. Oğuz, A. (Ed), s.113-117, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası.
- Öz, F.(2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.
- Parman, T. (2000). *Ergenlik Ya da Merhaba Hüzüün*. İstanbul: Bağlam.
- Picone, L., & Kirkby, R.J. (1990). Relationship Between Anxiety And PMS. *Psychol.Rep*, (67): 43-48.
- Price, W.A., Dimorzio, L.R., & Gardner, T.R. (1986). Biopsychosocial Approach To PMS. *Am. Fam. Physician*, 33: 117-122.
- Reid, R.L. (1981). Yen SSC: Premenstrual Syndrome. *Am J Obstet Gynencol*, (139): 35-104.
- Rizk, D.E., Mosallam, M., Alyan, S., & Nagelkerke, N. (2006). Prevalence And Impact Of Premenstrual Syndrome In Adolescent Schoolgirls In The United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(5): 589-98.
- Ross, L.E., & Steiner, M.A. (2003). Biopsychosocial Approach To Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatr Clin North Am.*, 26(3): 529-546.
- Rubinow, D.R., & Roy-Byrne, P. (1984). Premenstrual Syndroms: Overview From A Methodologic Perspective. *Am J Psychiatry*, 141 (2): 163-72.
- Sanders, D., Warner, P., Bacström, T., & Bancroft, J. (1983). Mood, Sexuality, Hormones And The Menstrual Cycle I.Changes In Mood And Psychological State. *Psychosom Med*, (45): 487-501.

- Sayar, K. (2000). Varoluşçuluk Psikolojisi Açısından Anksiyete. *Yeni Symposium*, 38(2): 43-50.
- Sayıl, I. (1993). *Psikososyal Krizler ve Anksiyete*. İçinde: I Anksiyete Sempozyumu. Oğuz, A. (Ed), s.191-193, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası.
- Sayın, Ö. (1990). *Aile Psikolojisi*. İzmir: Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Yayınları.
- Shye, D., & Jaffe, B. (1991). Prevalence And Correlates Of Premenstrual Symptoms. A Study Of Israeli Teenage Girls. *J. Adolesc. Health*, 12 (3): 217-224.
- Spielberger, CD., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R.S. (1983). Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. In J.N. Butcher & CD. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment* (Vol: 2, pp. 159-187), Hillsdale, NJ: LEA.
- Sürmeli, A. (1992). *Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Bakış*. Ankara.
- Tambağ, H., & Öz, F. (2004). Aileleri İle Birlikte Ve Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenlerin Öfke İfade Etme Biçimleri. *Kriz Dergisi*, Sayı: 1, S:11-21.
- Taneli, B., & Taneli, T. (1993). *Anksiyetenin Nöral Mekanizmaları*. İçinde: I. Anksiyete Sempozyumu. Oğuz, A. (Ed), s.1-15, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası.
- Taşcı, K.D. (2006): Hemşirelik Öğrencilerinin Premenstrual Semptomlarının Değerlendirilmesi. *TAF Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5: 6,434-443.
- Taylor, D. (1999). Effectiveness Of Professional--Peer Group Treatment: Symptom Management For Women With PMS. *Res Nurs Healt*, 22(6) :496-511.
- True, B.L., Goodner, S.M., & Burns, E.A. (1985). Review Of The Etiology And Treatment Of PMS. *Drug. Intel. Clin. Pharm*, (19): 714-722.

- Turgay, M. (1988). *Psikiyatri Hastasının İyileşme ve Sosyal Uyumunda Psikiyatri Hemşiresinin Eğitsel Rolünün Araştırılması*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Ugarrizza, D.N., Klinger, S., & O'brien, S. (1998). Premenstrual Syndrome: Diagnosis and Treatment. *The Nurse Practitioner*, 40-56.
- Vanezis, P. (1991). Ficpacth DMJ. Women, Violent ,Crime and The Mestrual Cycle :A Review. *Med Sci Low*, (31): 11-14.
- Wilson, C.A., Turner, C.W., & Key, W. (1991). Firstborn Adolescent Daughters And Mothers With And Witout Premenstrual Syndrome. *J Adolescent Health*, 12: 130-137.
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Kanık, A., Erdem, P., Buturak, V., ve ark. (2003). Hastanede Yatan Tıbbi Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi. *Yeni Symposium*, 41(3): 120-124.
- Yolaç, P. (1993). *Anksiyete Bozukluklarında Kognitif-Davranışçı Tedaviler*. İçinde: I. Anksiyete Sempozyumu. Oğuz A. (Ed), Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, s. 158-159.
- York, R., Freeman, E., Lowery, B., & Strauss, J.F. (1989). Characteristics of PMS . *Obst and Gynecol*, 73: 601-605.
- Youdale, J.U.M., & Freeman, R.J. (1987). PAF Typological Categories, Clasification Of Self-Defined Premenstrual Symptomatic And A Symptomatic Women. *J Consult and Clin Psychology*, 55: 448-22.

6. EKLER

EK: 1

KİŞİSEL BİLGİ ANKETİ

1) Yaş:

1. 18-24
2. 25-29
3. 30-34
4. 35-39
5. 40-45

2) Eğitiminiz:

1. İlkokul
2. Ortaokul
3. Lise
4. Yüksekokul

3) Medeni durumunuz:

1. Bekar
2. Evli
3. Boşanmış
4. Dul
5. Birlikte yaşıyor

4) Adet dönemine ilişkin tutumunuz nedir?

1. Yaşamımın tadını kaçırın en önemli olaylardan biri olarak görüyorum.
2. Hoşnutsuzluk verici olduğunu düşünüyorum, ancak yaşamımı büyük boyutta etkilemiyor.
3. Olup olmaması benim için önem taşıyor.
4. Kadınlığının doğal ve fizyolojik olaylarından biri olduğunu düşünüyorum.

ADET ÖNCESİ DEĞERLENDİRME FORMU

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

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

1. Aynı gün içinde ruhsal değişimler (gülme, ağlama, kızma, mutluluk gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2. Enerji azlığı veya çabuk yorulma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3. Sakarlaşma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
4. Sıkıntılı hissetme veya her zamankinden sıkıntılı olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
5. Çok fazla uyuma, sabahları ya da gündüz uykularından güç uyanma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
6. Kendini hasta hissetme (yani genel kötülük hali, bedensel ya da ruhsal olarak rahatsızlık hissi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Sinirli veya huzursuz hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
8. İştah kaybı	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
9. Göğüslerde acı, duyarlılık, büyüme, şişme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
10. Baş ağrıları ya da migren nöbetleri	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
11. Dikkatini toplayamama (yani dikkatin kolaylıkla ve çabucak dağılması)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
12. Kaza yapmaya yatkınlık, düşme, kesme veya bir şeyleri istemeden kırma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
13. Mide bulantısı veya kusma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
14. Bedensel huzursuzluk, sıkıntılı davranışlarda bulunma (tedirginlik, devamlı ellerini ovuşturma, sürekli dolanma, rahat oturamama)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
15. Güçsüzlük, dermansızlık hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
16. Günlük işlerin altından kalkamama duygusu	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
17. Kendini güvensiz hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
18. Alerjik olayların alevlenmesi, nefes alma zorluğu, tıkanma duygusu, burun akıntısı	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
19. Kendini çökkün hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

20. Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, kulak çınlaması, deride uyuşukluk, karıncalanma, titreme, sersemlik hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
21. Önemsiz konularda sürekli söylenme, tartışma çıkarma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
22. Kendine bir şey yapmanın nasıl olacağını düşünme (arabayı çarpma gibi, uykuya dalıp uyanmamayı isteme, ölüm veya intiharı düşünme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
23. Konuşmak, yerinden kıpırdamak konusunda isteksiz olma (bunları yapmak çaba gerektirir)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
24. Daha unutkan olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
25. Dış görünüşünden hoşnut olmama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
26. Kişilere veya eşyalara şiddet gösterme (kasıtlı olarak bir şeyler kırma, birbirine vurma)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
27. Gün içinde uyuma veya dayanılmaz bir uyuma isteği duyma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
28. Gerçeklikten uzaklaşma duygusu, rüyada olma, gerçek olmama gibi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
29. Kalbin çarpıntısını veya hızlı attığını hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
30. Küçük şeylerden daha fazla haz alma veya heyecan duyma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
31. Zihnini bir noktada toplamada güçlük çekme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
32. Kendini kafası karışık ve sersem gibi hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
33. Azalan yargılama gücü (adet öncesi dönemdeki yargıların her zamanki kadar iyi olmadığını fark etme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
34. Kendini pasif hissetme, kararların başkalarının vermesini sorumluluğunu yüklenmesini isteme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
35. Kendini iyi hissetme duygusunda artış	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
36. Kendini kontrol edememe	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
37. Daha çocuksu olmaya eğilim gösterme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

38. Kendini ağlamaklı hissetme, gözü yaşlı olma veya ağlama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
39. Daha sık idrara çıkma, idrar miktarında artma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
40. Kabızlık çekme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
41. Zamanı kullanma, para harcama, yemek konusunda kendini düşünme, kendini hoş görme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
42. Düşünmeden ve elinde olmadan ani davranışlarda bulunma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
43. Daha fazla sigara içme, alkol alma veya alışkanlık yapan ilaçları kullanma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
44. Kendini baskı altında hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
45. Derisini ovuşturma, kaşıma, dişleme, tırnak yeme gibi davranışlar	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
46. Ruhsal durumda yükselmeler, alçalmalar	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
47. Bir şeye canı sıkılınca ortalığı telaşa verme, feveran etme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
48. Suçluluk duyguları	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
49. Kendini bomboş hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
50. Parlamaya hazır olma veya hırçınlık	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
51. Kendini mutsuz veya üzgün hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
52. Bacaklarda yorgunluk hissi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
53. sırt, eklem ve kas sertliği ya da ağrıları çekmeye yatkınlık	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
54. Arkadaşlar ve aile tarafından ‘‘ bugün huylu gününde ‘‘ diye bilinme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
55. Sabahları sinirleri ayakta uyanma ya da eski sorunları gündeme getirme ve patlama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
56. Kindar davranışlar gösterme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

57. Kendini yalnız hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
58. Daha seyrek idrara çıkma veya idrar miktarında azalma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
59. Kilo alma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
60. Hoşgörüsüz veya sabırsız olmaya eğilim gösterme, başkalarının ihtiyaçlarına cevap verme veya hatalarını anlama yeteneğini kaybetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
61. Çok konuşma eğiliminde olma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
62. Nispeten kalıcı olarak karında dolgunluk, rahatsızlık veya ağrı hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
63. Artmış cinsel ilgi veya aktivite (cinsel hayaller kurma, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
64. Uyku sorunları-sabah erken uyanıp uyanamama	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
65. Karında ara ara ağrı veya kramplar olması	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
66. Kendine saygıda azalma (kendinden memnun olmama veya başarısız hissetme)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
67. Sorunlar için başkalarını suçlama (kişisel, ev, iş, okul gibi)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
68. Evde ya da işte artmış etkinlik, düzenlilik, yetkinlik veya başkalarıyla daha çok birlikte olma)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
69. Hoş olmayan olaylar üzerinde kafa yorma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
70. Sivilce veya çıban gibi cilt problemleri	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
71. Ödem, şişkinlik, vücutta su tutulumu	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
72. Evde daha fazla oturma	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
73. Daha az cinsel ilgi ya da aktivite (cinsel hayaller, kendiyle veya başkalarıyla ilgili)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
74. İnsan içine karışmaktan kaçınma eğilimi	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
75. Kendini şiş gibi hissetme	(1) (2) (3) (4) (5) (6)

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

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

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ**1. BÖLÜM**

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerde uygun olanı işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç 2. Biraz 3. Çok 4. Tamamiyle

1-Şu anda sakinim.	(1) (2) (3) (4)
2-Kendimi emniyette hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
3-Şu anda sinirlerim gergin.	(1) (2) (3) (4)
4-Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1) (2) (3) (4)
5-Şu anda huzur içindeyim.	(1) (2) (3) (4)
6-Şu anda hiç keyfim yok.	(1) (2) (3) (4)
7-Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1) (2) (3) (4)
8-Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
9-Şu anda kaygılıyım.	(1) (2) (3) (4)
10-Kendimi rahat hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
11-Kendime güvenim var.	(1) (2) (3) (4)
12-Şu anda asabım bozuk.	(1) (2) (3) (4)
13-Çok sinirliyim.	(1) (2) (3) (4)
14-Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
15-Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
16-Şu anda halimden memnunum.	(1) (2) (3) (4)
17-Şu anda endişeliyim.	(1) (2) (3) (4)
18-Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1) (2) (3) (4)
19-Şu anda seviçliyim.	(1) (2) (3) (4)
20-Şu anda keyfim yerinde.	(1) (2) (3) (4)

2. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerde uygun olanı işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru yad a yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hemen hiçbir zaman 2. Bazen 3. Çok zaman 4. Hemen her zaman

21-Genellikle keyfim yerindedir.	(1) (2) (3) (4)
22-Genellikle çabuk yorulurum.	(1) (2) (3) (4)
23-Genellikle kolay ağlarım.	(1) (2) (3) (4)
24-Başkaları kadar mutlu olmak isterdim.	(1) (2) (3) (4)
25-Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	(1) (2) (3) (4)
26-Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1) (2) (3) (4)
27-Genellikle sakın, kendime hakim ve soğuk kanlıyım.	(1) (2) (3) (4)
28-Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim .	(1) (2) (3) (4)
29-Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1) (2) (3) (4)
30-Genellikle mutluyum.	(1) (2) (3) (4)
31-Herşeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1) (2) (3) (4)
32-Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1) (2) (3) (4)
33-Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1) (2) (3) (4)
34-Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1) (2) (3) (4)
35-Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1) (2) (3) (4)
36-Genellikle hayatımdan memnunum.	(1) (2) (3) (4)
37-Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1) (2) (3) (4)
38-Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	(1) (2) (3) (4)
39-Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1) (2) (3) (4)
40-Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1) (2) (3) (4)

DURUMLULUK-SÜREKLİ ÖFKE ÖLÇEĞİ

1. BÖLÜM

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

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

Öfkelendiğimde veya kızdığımda;

1.Çabuk parlarım.	(1) (2) (3) (4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1) (2) (3) (4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1) (2) (3) (4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım	(1) (2) (3) (4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	(1) (2) (3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1) (2) (3) (4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	(1) (2) (3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1) (2) (3) (4)
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	(1) (2) (3) (4)
10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1) (2) (3) (4)

2. BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

Öfkelendiğimde veya kızdığımda;

12. Öfkemi kontrol ederim.	(1) (2) (3) (4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1) (2) (3) (4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1) (2) (3) (4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1) (2) (3) (4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1) (2) (3) (4)
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1) (2) (3) (4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1) (2) (3) (4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1) (2) (3) (4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1) (2) (3) (4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1) (2) (3) (4)
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1) (2) (3) (4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1) (2) (3) (4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1) (2) (3) (4)
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1) (2) (3) (4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1) (2) (3) (4)
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1) (2) (3) (4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1) (2) (3) (4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1) (2) (3) (4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1) (2) (3) (4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1) (2) (3) (4)
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1) (2) (3) (4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1) (2) (3) (4)

33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.	(1) (2) (3) (4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1) (2) (3) (4)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Uyruğu: T.C

Doğum Yeri / Tarihi: İstanbul / 15.12.1984

E posta: aslibostanci@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

1998-2002: Özel Doğu Lisesi

2002-2007: Bilgi Üniversitesi Psikoloji – İngilizce

2007-2010: Maltepe Üniversitesi Klinik ve Adli Psikoloji Yüksek Lisansı

Sertifikalar

04.06.2007: MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri), Mavi Martı Psikolojik Danışmanlık Merkezi

01.05.2007: WISC - R (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği) Sertifikası, Türk Psikologlar Derneği

İş Deneyimi ve Stajlar

12 / 04 / 2010 - -----: Safa Hastanesi – Psikolog

08 / 2009 – 09 / 2009: Ssk Göztepe Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği (Stajyer Psikolog)

06 / 2007 – 07 / 2007: NPİSTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi

Beceri

Bilgisayar (MS Office Programları, Windows Vista, SPSS İstatistik Programı, İnternet)

Ehliyet (B sınıfı)

Dil

İngilizce (İyi Seviyede)