



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

PREMENSTRUEL SENDROMUN DEPRESYON, KAYGI VE STRES İLE İLİŞKİSİ

AYŞE TAŞ DALGIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2018

PREMENSTRUEL SENDROMUN DEPRESYON, KAYGI, STRES İLE İLİŞKİSİ

AYŞE TAŞ DALGIÇ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. DENİZ ERGÜN

LEFKOŞA
2018

KABUL VE ONAY

Ad,Soyad tarafından hazırlanan “Tez Başlığı” başlıklı bu çalışma, gün/ay/yıl tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Ünvan, Ad, Soyad (Danışman)
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad (Başkan)
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad, Soyad

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında profesyonel yardımlarıyla, sabırlı, hoşgörölü, itinalı, disiplinli çalışma tarzı ve deneyimleri ile bana yol gösteren değerli danışmanım Yakın Doğu Üniversitesi öğretim üyesi Yard. Doç. Deniz Ergün'e

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteğini esirgemeyen değerli annem Meryem Taş ve babam Mahmut Mansur Taş, aynı şekilde maddi ve manevi her zaman sevgi ve hoşgörüsölyle bana destek ve güç veren eşim Heval Dalgıç'a teşekkürlerimi borç bilirim.

Ayrıca Yüksek Lisans Tez çalışmam sırasında verileri toplama aşamasında bana yardımcı olan herkese teşekkür ederim.

AYŞE TAŞ DALGIÇ

ÖZ

PREMENSTRUEL SENDROMUN DEPRESYON, KAYGI, STRES İLE İLİŞKİSİ

Bu araştırmanın amacı, Premenstruel Sendrom (PMS)'un depresyon, kaygı, stres ile ilişkisini araştırmaktır. Seçkili örnekleme yöntemi kullanılarak Antalya' nın Alanya ilçesinde yaşayan 386 kadın bu araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Sosyo-demografik Form, Premenstruel Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASÖ) kullanılmıştır. PMSÖ toplam puan ile demografik özellikler karşılaştırıldığında 41 yaş ve üzeri kadınların ve görücü usulü evlenen kadınların PMSÖ toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). PMSÖ puanı ile depresyon ($r=0.30$, $p<0.001$), anksiyete ($r=0.35$, $p<0.001$), ve stres ($r=0.48$, $p<0.001$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta derecede korelasyon tespit edilmiştir. PMS kadınları olumsuz etkilemektedir. Özellikle bu dönemde yaşanan sıkıntılar fiziksel sıkıntılara yol açtığı gibi kişinin ruhsal sağlığında olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle kadınların ve uzman kadın hastalıkları doktoru, psikolog ve psikiyatristlerin bu konu da bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Premenstruel Sendrom, Kaygı, Stres, Depresyon

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUEL SYNDROME DEPRESSION, STRESS AND ANXIETY

The aim of this study was to investigate the relationship between Premenstrual Syndrome (PMS), depression, anxiety and stress. 386 women who live in Antalya/Alanya consisted the sampling of this study by using selective sampling method. Socio-demographic Form, Premenstrual Syndrome Scale (PMSS), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) were used as a data collection tool. When the PMSS total score and demographic characteristics were compared, the total score average of women aged 41 years and over and whose marriage were arranged were statistically higher than the other groups ($p < 0.05$). There was a statistically significant positively moderate correlation between PMSS score and depression ($r = 0.30$, $p < 0.001$), anxiety ($r = 0.35$, $p < 0.001$) and stress ($r = 0.48$, $p < 0.001$). PMS adversely affects women. Especially the problems experienced in this period may cause physical distress and negatively affect the mental health of the person. Therefore, it is thought that women and specialist gynecologists, psychologists and psychiatrists should be informed about this issue..

Key words: Premenstrual Syndrome, Anxiety, Stress, Depression.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY

BİLDİRİM

TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	xi
1.BÖLÜM.....	xi
GİRİŞ	1
1.1 Problemin Durumu.....	1
1.2 Çalışmanın Amacı.....	1
1.3 Sınırlıklar.....	2
2.BÖLÜM.....	3
PREMENSTRUEL SENDROM.....	3
2.1. Premenstruel Sendromun Tanımı.....	3
2.2. Premenstruel Sendromun Tarihçesi	7
2.3. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi	9
2.4. PMS Belirtileri.....	9
2.4.1. Psikolojik Belirtileri.....	10
2.4.2. İştaha Ait Belirtiler	10
2.4.3. Dermatolojik Belirtiler.....	10
2.4.4. Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Belirtiler	10
2.4.5. Fiziksel Belirtileri	10
2.4.6. Davranışsal Belirtiler	11
2.5. PMS'nin Etiyolojisi.....	11
2.5.1. Psiko – Sosyal Faktörler.....	11
2.5.2. Tanı ve Değerlendirme.	12
2.6. PMS'yi Etkileyen Faktörler	12
2.6.1. Yaş	12
2.6.2. Medeni Durum ve Çocuk Sayısı	13
2.6.3. Çalışma Durumu	13

2.6.4. Sosyo-Ekonomik Durum	14
2.6.5. Menstruasyon ile İlişkili Faktörler	14
2.6.6. Stres ve Kaygı	15
3. BÖLÜM.....	17
DEPRESYON, KAYGI VE STRES	16
3.1. Depresyon Tanımı.	16
3.2. Depresyon Tarihçesi.....	17
3.3. Depresyon Belirtileri	20
3.4. Depresyon Nedenleri	20
3.5. Depresyon ile ilgili Kurumsal Yaklaşımlar	20
3.5.1. Depresyonda Psikanalitik Yaklaşım	22
3.5.2. Depresyonda Bilişsel Yaklaşım	23
3.5.3. Depresyonda Davranışçı Yaklaşım.	23
3.5.4. Depresyonun Etiyolojisi	24
3.5.5. Depresyon ve Cinsiyet Bağlantısı	27
3.6. Kaygı Kavramı	34
3.7. Kaygının Nedenleri	35
3.8. Kaygının Belirtileri.....	38
3.8.1. Fiziksel ve Fizyolojik Belirtileri	37
3.8.2. Zihinsel Belirtileri.....	37
3.8.3. Davranışsal Belirtileri	37
3.9. Stres Kavramı.....	39
3.10. Stresin Belirtileri.....	41
3.11. İlgili Araştırmalar.	40
4. BÖLÜM.....	46
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	44
4.1. Araştırmanın Modeli	44
4.2. Evren ve Örneklem	44
4.3. Veri Toplama Araçları	44
5.BÖLÜM.....	48
BULGULAR.....	48
6.BÖLÜM.....	81
TARTIŞMA	81
7.BÖLÜM.....	84

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
7.1. Sonuç.....	84
7.2. Öneriler.....	84
KAYNAKÇA	85
EKLER	93
Ek-1 Anket Formu	93
Ek-2 Premenstrüel Sendrom Ölçeği	95
Ek-3 Daso Ölçeği	97
Ek-4 PMS Ölçek İzin.....	101
Ek-5 DAS Ölçek İzin.....	102
ÖZGEÇMİŞ	103
İNHAL RAPORU	104
ETİK KURUL RAPORU	105

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Pms tanısında güncel yaklaşımlar.	48
Tablo 2. Kişisel bilgiler.	50
Tablo 3. Kötü alışkanlıklar ve sağlık durumu	51
Tablo 4. PMSÖ, DAS ölçeğinin betimsel istatistikleri.....	52
Tablo 5. PMSÖ puanının yaş bakımından farklılık analizi. 53	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Tablo 6. DAS puanının yaş bakımından farklılık analizi.....	56
Tablo 7. PMSÖ puanının yaşanan yer bakımından farklılık analizi	57
Tablo 8. DAS puanının yaşanan yer bakımından farklılık analizi	58
Tablo 9. PMSÖ puanının eğitim düzeyi bakımından farklılık analizi.....	59
Tablo 10. DAS puanının eğitim düzeyi bakımından farklılık analizi.....	62
Tablo 11. PMSÖ puanının evlenme biçimi bakımından farklılık analizi.....	63
Tablo 12. DAS puanının evlenme biçimi bakımından farklılık analizi.....	64
Tablo 13. PMSÖ puanının çocuk sayısı bakımından farklılık analizi.....	65
Tablo 14. DAS puanının çocuk sayısı bakımından farklılık analizi.....	67
Tablo 15. PMSÖ puanının sigara kullanma durumu bakımından farklılık Analizi.....	68
Tablo 16. DAS puanının sigara kullanma durumu bakımından farklılık analizi.....	69
Tablo 17. PMSÖ puanının alkol kullanma durumu bakımından farklılık analizi.....	70
Tablo 18. DAS puanının alkol kullanma durumu bakımından farklılık analizi.....	71
Tablo 19. PMSÖ puanının psikiyatrik rahatsızlık durumu bakımından farklılık analizi.....	72
Tablo 20. DAS puanının psikiyatrik rahatsızlık durumu bakımından farklılık analizi.....	73
Tablo 21. PMSÖ puanının fiziki rahatsızlık durumu bakımından farklılık analizi.....	74
Tablo 22. DAS puanının fiziki rahatsızlık durumu bakımından farklılık analizi.....	75
Tablo 23. PMSÖ, DAS arasında ilişki.....	76

Tablo 24. PMSÖ' nün depresyon etkisi.....	78
Tablo 25. PMSÖ' nün anksiyeteye etkisi.....	79
Tablo 26. PMSÖ' nün strese etkisi.....	80

KISALTMALAR

PMS: Premenstrual Sendrom

PMSÖ: Premenstrual Sendrom Ölçeği

DASÖ: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği

AÖDB: Adet Öncesi Disforik Bozukluk

PMTS: Premenstruel Tension Syndrome

PMDB: Premenstruel Disforik Bozukluk

PMT: Premenstrual Gerginlik

BDİ: Beck Depresyon Envanteri

PMDD: Premenstrual Dysphoric Disorder

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Uzun yıllardan beri adet döngüsü süresince ve bilhassa adet öncesinde kadınların bazı fiziksel ve ruhsal değişiklikler yaşadığı herkes tarafından bilinmektedir. Ancak PMS, yani “Premenstruel Sendrom” bilimsel bir terim olarak son dönem kullanılmaya başlamıştır. Aynı zamanda Premenstruel’un sebepleri, tanısı ve yaygınlığı ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen hala ortak bir görüşe varılamamıştır.

Premenstrual Sendrom (PMS), reproduktif dönem içinde bulunan kadınlarda adet döngüsü başlangıcından 5-10 gün kadar önce görülebilen, adet döngüsünün başlaması ile birlikte birkaç gün içinde yok olan duygusal, bilişsel, somatik ve davranışsal belirtiler bütünlüğüdür. PMS Sendromu, Reprodüktif dönemde bulunan kadınların büyük bir bölümünü etkileyen yaygın bir rahatsızlıktır. PMS semptomları, kadınların çalışma hayatını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemesi nedeni ile günlük rutin yapılan aktivitelerin de bozulmasına neden olmaktadır. PMS semptomları, enerji kaybı, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen sağlık problemlerine sebep olup kadının yaşamını olumsuz etkilemektedir.

Adet öncesi disforik bozukluk (AÖDB)’un belirtileri arasında; anksiyete, iritabilite, depresif duygudurum, enerji azlığı, konsantrasyon eksikliği, uyku düzensizliği, iştahta değişiklik ve bununla birlikte fiziksel bir takım emareler bulunmaktadır. PMS’ de herhangi bir tanının konulabilmesi için zamanlama ve yakınmaların niteliği büyük arz etmektedir. Adet döngüsü içerisinde özellikle adet öncesindeki dönemde görülen belirtiler, adet sonrasındaki dönemde şiddetini azaltmakta ya da tamamen yok olmaktadır. Bu konuda

yapılan çalışmalardan sağlıklı bir sonuç alınabilmesi için adet dsnn ileriye yönelik de takip edilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada; depresyon, kaygı veya stres gibi durumların PMS ve ADB'nin belirgin belirtileri olmasından hareket ederek DSM-IV'e göre PMS'un depresyon, stres ve kaygı üzerindeki etkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmada 3 ana bölüm bulunmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde PMS konusu ele alınmaktadır. Bu bölümde öncelikle PMS Tanımı yapılmış ve tarihsel süreci irdelenmiştir. Daha sonra Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi ve PMS belirtileri üzerinde durulmuştur. Birinci bölümün devamında ise PMS'nin Etiyolojisi ve PMS'yi etkileyen faktörlere yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde depresyon, kaygı ve stres kavramları ele alınmaktadır. Bu bölümde öncelikle depresyonun tanımı, tarihsel süreci, belirtileri ve nedenleri üzerinde durulmuştur. Daha sonra depresyon ile ilişkili kurumsal yaklaşımlara yer verilmiştir. Çalışmanın devamında kaygının nedenleri ve belirtileri konularına değinilmiştir. Çalışmanın nc bölümünde ise yapılan araştırmaya ait yöntem ve bulgular detaylı olarak anlatılmıştır.

2. BÖLÜM

PREMENSTRUEL SENDROM

2.1. Premenstruel Sendromun Tanımı

Premenstruel sendrom, “menstruel siklusun luteal fazı esnasında meydana gelen, menstruasyonun bitmesiyle ortaya çıkan rahatsızlık olarak ifade edilir. Premenstruel sendrom, psikiyatrik bir rahatsızlığa bağlı kalınmadan, fiziksel, davranışsal ile psikolojik semptomlarla oluşan bir durumdur. Premenstruel Sendrom, 1987 döneminde “Amerikan Psikiyatri Birliği” tarafından Geç Luteal Faz Disforik Bozukluk ya da PMDB şeklinde ifade edilmiştir. Premenstruel disforik bozukluk, gergin olma durumu, öfkeli, irritabilite, disfori, duygu değişikliği gibi belirtilerle meydana gelir (Akdeniz ve Gönül, 2004: 71).

Aynı zamanda da PMS'nin belirtilerini içeren ancak PMS'den farklı olan iki durumun tanımı yapılmıştır. Bu terimler, “Premenstrual Tension” (PMT) ve “premenstrual molimina”dır. Premenstrual Tension, kişilik değişikliklerinin ve sinirlilik, anksiyete, huzursuzluk, depresyon gibi duygusal durumların belirgin olduğu, günlük yaşamı etkilemeyen, hafif belirtilerin yaşandığı ve menstruasyonun yaklaştığını belli eden kısa süren bir durum olarak tanımlanmaktadır. Premenstruel molimina ise; kadınların menstruel sikluslarının premenstruel fazında ortaya çıkan karın şişkinliği, bulantı, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet gibi semptomlar grubudur. Bu semptomlar basit, fonksiyonelliği bozmayan ve kişiye minimum düzeyde sıkıntı yaşatan semptomlardır (Adıgüzel vd., 2007: 4).

Günümüzde PMS tanısında birbirine benzemekle birlikte 3 farklı yaklaşım vardır. Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği'nin (American College of

Obstetricians and Gynecologists, ACOG) tanımlamış olduğu PMS, Dünya sağlık örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) da tanımlanan Premenstruel Tension Syndrome (Premenstruel gerginlik sendromu, PMTS), DSM IV tanı kitabında tanımlanan PMDB (11). PMS’de güncel yaklaşımlar aşağıdaki Tablo 1’de incelenmiştir.

Tablo 1.*PMS Tanısında Güncel Yaklaşımlar*

	Tanı Şekli	Kategori	Zaman ve Genel Özellikler
ICD-10	PMTS	Kadın Doğum	Premenstruel olarak görülür. Menstruasyonu takiben yatıştır.
ACOG	PMS	Kadın Doğum	Menstruasyondan 5 gün önce görülür. Menstruasyonun başlamasından 4 gün içinde yatıştır. Siklusun en az 13. Gününe kadar tekrarlamaz.
APA DSM- IV	PMDB	Psikiyatri	Menstruasyondan önceki hafta başlar, foliküler fazın başlangıcından sonra birkaç gün içinde yatıştır. En az 5 sempton; bunlardan biri depresyon, anksiyete/gerginlik, kızgınlık/huzursuzluk olmak üzere diğer niteleyici semptonlar: İlgide azalma, kusanstrayon güçlüğü, halsizlik, uyku değişiklikleri, memelerde hassasiyet, şişkinlik, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar, çalışma hayatı, ilişkiler ve sosyal aktivitelerin etkilenmesi, bir önceki yılda menstruel siklusların çoğunda görülmesi en az ardışık iki siklusta gözlenmesi başka bir hastalığın alevlenmesi olmaması, alkol ve ilaç kullanımı veya suistimalı olmaması

Kaynak: (Akdeniz ve Gönül, 2004: 72).

PMS “Premenstrüel Disfori Bozukluğu” olarak depresif bozukluklar başlığı altına eklenmiştir. DSM-V’te geçen premenstrüel disfori bozukluğu tanı ölçütleri şunlardır:

Aybaşı (menstruasyon); Adet döngülerinin geneli, aybaşının başlamasından önceki son hafta ile en az beş belirtinin bulunmasıyla gerçekleşir. Meydana gelen bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonra birkaç gün içerisinde iyileşme gösterir ve aybaşından sonraki hafta azalır veya tamamen biter (Aksu ve Sokullu, 2008: 115).

Duygusal değişkenlik, kolay bir biçimde sinirlenme, tepki gösterme veya kişiler arası tartışma yaratma durumu. duygu durumunda değişiklik, kaygılanma veya kendini küçümseme, herhangi bir durumdan bunalma, gergin hissetme veya sinirli olma gibi belirtilerin biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır (Aksu ve Sokullu, 2008: 117).

Tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere, var olan aktivitelere yönelik ilgisiz hissetme, odaklanmada sorun yaşama, halsizlik, çabuk yorulma veya içsel güçte düşüklük, yeme isteği değişkenliği ile fazla yemek yeme veya özel yiyeceklere karşı istekli olma durumu, çok fazla uyuma isteği ya da uykusuz hissetme belirtilerden biri(ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır.

Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla gider. Tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. Bu belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz (Topçuoğlu ve Koç, 2009: 6).

2.2. Premenstruel Sendromun Tarihçesi

PMS' ye yönelik araştırmalar uzun yıllardan beri çelişkili olarak devam etmiştir. Aynı zamanda da etiyolojiyi kavrama ya da tedavi geliştirmeye yönelik son zamanlarda çalışılmaya başlanmıştır. Premenstruel hastalıklarını anlama yönünde en basit ve en çok bilinen yöntem araştırmalarda kullanılan terminolojisindeki tarihsel farklılıklara bağlı olarak dört dönemde incelenir (Pınar ve Öncel,2011: 230).

1. Hipokratın endişelerinden premenstruel gerginliğe (PMT) kadar olan dönem:

Bu dönemde semptomların, açıklanması ilk kez kavranabilmiş ve sorunun bilincine varılmıştır.

2. PMT'den PMS'ye:

Bu periyotta siklik ovaryan hormonlar ile semptomların bütünlüğü ifade edilmiştir.

3. PMS ile Amerika Psikiyatri Birliği'nin PMDB'yi tanımlaması arasındaki dönem:

Bu dönemde bilimsel araştırmaların önemli bir bölümü premenstruel hastalıkları ile sayılarının tespiti üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda da progesteron azlığı kuramı araştırılmış ve onaylanmamıştır.

4. PMDB'den günümüze:

Bu dönemde ovulatuar progesteronun normal seviyelerine kadınların duyarlı olduğu anlaşılmış ve bunun muhtemel bir noroendokrin açıklamayı gösterebileceği kabul edilerek psikoterapik ilaçlarla (özellikle selektif seratonin geri alım inhibitörleri (SSRIs) tedavi edilebileceği gösterilmiştir.

Menstruasyona ilişkin pek çok dini ve tarihi metin bulunmaktadır. Premenstruel semptomlardan ilk olarak Torah (Tevrat) ve Talmud'da (Yahudilerin mukaddes saydıkları kitapları Torah ve Talmud olmak üzere ikiye ayrılır: Birincisi yazılı emirleri ikincisi ise sözlü emirleri ihtiva etmektedir.) veya Hipokrat'ın çalışmalarında bahsedilmiştir. İki dini çalışmada menstruasyona ilişkin yaygın tartışmalar olmasına rağmen Hipokrat'a atfedilen çalışmalardan önce premenstruel semptomların tanımına ilişkin direk bir bulgu bulmak zordur (Halbreich, 2006: 341).

Halbreich siddetli PMS'ye ait üç önemli tanımdan bahsetmiştir;

1. 11. yüzyılda İtalyan uzman Trotula of salerno'nun PMS'si olan kadınlardan yada benzer sebeplerden dolayı acı çeken kadınlardan bahsetmiştir.
2. 16. Yüzyılda yaşayan Giovanni da Padua'nın menstruasyon ve depresyon arasındaki bağı açıklaması
3. İngiliz hekim James Cowles Prichard tarafından araştırılan kadınların kimisinde adet dönemlerinde sinirsel uyarılarda artış olduğu, düşünce farklılıklarının ortaya çıktığı, dengesiz hareket sergiledikleri, kaprisli ruh durumu, tartışmaya istekli ve melankoliden bahsedilen tanımdır (Halbreich, 2006: 339).

1931 döneminde Amerikalı jinekolog R.T. Frank, Academy of Medicine'de, menstruasyondan bir hafta önce meydana gelen aşırı gerginlik, kilo artışı, baş ağrısı ile ödemi "premenstruel gerginlik" şeklinde açıklamıştır. Frank'a göre ise problemlerin kadın sex hormonlarının yetersiz salgılanmasıyla alakalı olduğunu düşünmekteydi. 1930 döneminde S. Leon Israel, sendromun, progesteron kısıtlılığı ile rolatif hiperostrojenizme bağlı luteinizasyon bozukluğundan meydana geldiğini ifade etmiştir. Premenstruel sendrom kavramı ilk olarak 1953 döneminde Dalton tarafından 84 vakalı bir raporda kullanılmıştır. Bugün ise PMS'nin etiyolojisi, tanı yöntemleri ile tedavi hakkında henüz bir görüş bütünlüğüne varılmamış ve bu konu hakkında incelemeler devam etmektedir (Pınar ve Öncel, 2011: 234).

2.3. Premenstrüel Sendromun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik araştırmalar reproduktif çağıdaki kadınların %80'inin, menstrüel döngünün premenstrüel dönemine yönelik farklılıklar yaşadığını göstermektedir. DSM- IV ise kadınlarda minör premenstrüel farklılıkların prevalansının %75, PMS semptomlarını ise %20- 30 şeklinde açıklamıştır. PMS belirtilerinin kadınlarda 25 ile 35 yaş arasında daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu yaş aralığındaki kadınlar tedavi sebebiyle başvurduklarında yaklaşık 10 yıldır premenstrüel semptomlarına sahip oldukları görülmüştür (Demir, 2006: 90).

PMS semptomları ergenlik döneminde başlayarak şiddeti giderek artmakta olup sonrasında kadının menopoza girmesiyle şikâyetlerinde azalma görülür. PMS semptomlarının yaş itibarıyla ya da gebelik sayısı ile doğru orantılı olarak artış gösterdiği birçok kadın yönünden ifade edilmiştir. PMS, çalışma koşulları ile aile içerisinde meydana gelen sorunlar, stres, yaş gibi belirtilerle meydana geldiği tespit edilmiştir. PMS'de kalıtımın etkisi tam olarak anlaşılamamasına rağmen, bazı araştırmalar genetik etkenlerin rol alabileceğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda monozigotik ikizlerin her ikisinde de PMS gelişiminin, dizigotik ikizlerden ve ikiz olmayan kardeşlerden daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. PMS'nin psikiyatrik sorunu olan kadınlarda çok fazla rastlanıp rastlanmadığı konusunda tartışmalar vardır. PMS saptanan hastalarda, kontrol grubuyla kıyaslandığında, luteal evrede depresyonun yer aldığı tespit edilmiştir (Atasü ve Sahmay, 2001: 189).

2.4. PMS Belirtileri

PMS, biyopsikososyal bakımından değerlendirilmesi gereken psikonöroendokrin bir hastalık olarak ifade edilir. Pek çok araştırmacıya göre dünyada sıkça görülen bir hastalık, kimi araştırmacılara göre ise hastalıktan ziyade fizyolojik farklılıkların belirtisidir. Reprodüktif dönemdeki kadınların %70-90'ında menstruasyonla bağlantılı birtakım sorunları mevcuttur. Ancak kadınların %20-40'ında daha ileri seviyede geçici mental ve fiziksel

disfonksiyon şeklinde bulgulara rastlanılmaktadır. PMS sorunlarının temelinde duygu değişikliği ile davranış bozukluğu yer alır. PMS belirtileri adet döneminden yedi gün önce meydana gelir. PMS'nin belirtileri aşağıdaki bölümlerde açıklanacaktır (Atasü ve Sahmay, 2001: 190).

2.4.1. Psikolojik Belirtileri

PMS'nin psikolojik belirtileri; depresyon- çabuk sinirlenme, intihara meyil- işten uzaklaşma, paranoya- sosyal aktivitelerden uzak durma, duygusal dalgalanmalar, kendine zarar verme arzusu, laterji ile yorgunluk, huzursuz hissetme, duygusallık, korkular, sıkıntılı olma, irritabilite, unutkanlık, değişken ruh hali, dikkat bozukluğu, anksiyete, çabuk üzülme, ağlamaya yatkınlık, suçluluk, kendini ezme, kararsızlık ve olumsuz tutumdur. (Taşçı, 2006: 466).

2.4.2. İştaha Ait Belirtiler

PMS'nin iştaha ait belirtileri; sürekli yeme arzusu, fazla su ihtiyacı ve mide bulantısıdır (Demir, 2006: 265).

2.4.3. Dermatolojik Belirtiler

PMS'nin dermatolojik belirtileri; sivilce ve saçlarda kurumadır (Akyılmaz, 2003: 74).

2.4.4. Ödeme Bağlı Ortaya Çıkan Belirtiler

PMS'nin ödeme bağlı ortaya çıkan belirtileri; göğüslerde şişkinlik, karında şişkinlik, kilo artışı ve genel vücut ödemidir (Erbil vd., 2010: 562).

2.4.5. Fiziksel Belirtileri

PMS'nin fiziksel belirtileri; göğüs hassasiyeti, ağrı, gerginlik, uyuşukluk hissi, kas spazmı, kramp, üşüme, sıcaklama, enerji düşmesi, oligüri, konstipasyon ya da diyare ve bacaklarda yorgunluktur (Erbil vd., 2010: 565).

2.4.6. Davranışsal Belirtiler

PMS'nin davranışsal belirtileri arasında; yorgunluk, halsizlik, uyku dengesizliği, enerji kaybı, baş dönmesi, cinsel aktivite azalma, tartışmacı tutum, çaresizlik ve kazalara yatkınlık yer almaktadır (Pınar vd., 2011: 74).

2.5. PMS'nin Etiyolojisi

PMS semptomları genel olarak subjektiftir ve çok çeşitlidir. Bu sebeple etiyojisini sadece bir kuramla açıklamak mümkün değildir. PMS etiyojisini ifade eden kuramlar psikolojik, sosyal ile biyolojik unsurlardır. Bu unsurlar; Östrogen – Progesteron Dengesizliği, Renin – Angiotensin Dengesizliği, Prolaktin – Aldesteron Dengesizliği, Kalsiyum – Magnezyum yetersizliği, Psikolojik unsurlar ve Sosyal unsurlardır (Derman vd., 2004: 122).

2.5.1. Psiko – Sosyal Faktörler

Premenstrüel durum, tutum ile davranışlar, kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, istekler, kadının kendilik algısı, yaşam stresörleri gibi pek çok psiko – sosyal unsurdan etkilenmenin aksine etnik köken, şehirleşme, evlilik durumu ve aile içi eşitlik, eğitim ile iş durumu gibi sosyo – kültürel unsurlarında etkisi altındadır. Premenstrüel durum, ayrı yaşama, boşanma, işinden memnun olmama gibi emosyonel sorunlar ile belirtilerin daha yoğun olduğu ve PMS' li kadınların iç çatışmalardan meydana gelen stres ile çevresel stresle mücadele edebilme becerilerinde azalma olduğu gözlenmiştir. Psikolojik güçlük ile stres, sinir sistemi yolu, hormonları ve over bölümlerine etki ederek PMS'nin yoğunluğunu fazlalaştırır. Evlilik ile cinsel doyumsuzluklar, boşanma, alkolizm gibi faktörlerde PMS'nin şiddetine etkisi oldukça fazladır (Gümüş vd., 2012: 442).

2.5.2. Tanı ve Değerlendirme

PMS biyolojik kökenli bir hastalık şeklinde açıklanılmasına rağmen, hayat koşullarının stresi cinselliği kötüye kullanma ile kültürel sosyalizasyon gibi psiko - sosyal unsurlardan da büyük ölçüde etkilenmektedir. Etiyolojisi kesin

olarak aydınlatılamadığı için açıklamada biopsikososyal yaklaşım gereklidir. Bu yaklaşım aşağıdaki bileşenlerden meydana gelmelidir:

1. PMS'yi açıklama
2. Yaşam tarzını oluşturma: Diyet alışkanlıklarında sorumluluk sahibi olma, spor alışkanlığı edinme, stresle mücadele edebilme, uyku düzeni oluşturma
3. Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Menstrüasyon ve menstrüel siklus hakkında bilgilendirme, aile planlanması yöntemi konusunda bilgilendirme, sağlık seviyesinin artırılması, ilaç, sigara ile alkol kullanımının düzenlenmesi
4. Tıbbi Tedavi: Bütün bu planlamaların oluşturulup hastalığın önüne geçilebilmesi ya da azaltılması için grup çalışmasına ihtiyaç duyulmalıdır. Ekip; hekim (jinekolog, nörolog, psikiyatrist), psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve ebe / hemşireden meydana gelmelidir (Gümüş vd.,2012: 431).

2.6. PMS'yi Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalarda premenstrual semptomların prevalansını, belirlemeye yönelik hem retrospektif hem de prospektif çalışmalar mevcut olup, "kültürel inançlar, kişilik yapısı, kadınlık rolü, toplumsal tutumlar, inançlar, beklentiler, kadının kendilik algısı, yaşam stresörleri gibi birçok psiko – sosyal unsur ile etnik köken, evlilik durumu ve aile içi eşitlik, eğitim ve iş durumu gibi sosyo – kültürel faktörler premenstrüel durum ve davranışları" etkilemektedir. PMS'yi etki eden unsurlar yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, menstruasyonla ilgili faktörler ve stres ve kaygının PMS üzerindeki etkileri aşağıda incelenecektir (Bölükbaş, 2003: 77).

2.6.1. Yaş

PMS belirtileri menarşdan sonra herhangi bir yaşta başlayan fizyolojik, metabolik ile psikolojik farklılıklar ergenlik döneminde daha fazla görülmektedir. PMS, menarştan sonra görülmeye başlar. PMS, Menepoz

öncesi kadınların en çok yaşadığı kadın rahatsızlıklarındandır. (Bertone-Johnson ve ark 2005).Retrospektif klinik incelemelere göre PMS yaklaşık olarak 26 yaşında ortaya çıkar. Aynı zamanda da PMS'nin 40'lı yaşlardan sonra büyük oranda azaldığı gözlenmiştir. Pek çok inceleme, PMS olan kadınların menapoza girme aşamasında sıcak basması, depresif duygu durumu, uykusuzluk ve lipidoda düşme gibi belirtiler yaşadıkları tespit edilmiştir (Eğicioğlu, 2008: 120).

2.6.2. Medeni Durum ve Çocuk Sayısı

Yapılan incelemelerde premenstrual semptomların çocuk sayısı ile medeni durumla bağlantılı olmadığını gösteren çalışmalar yer alırken, Hammarback ve Backström çocuk sayısı ve premenstruel semptomlar arasında pozitif bir bağın bulunduğunu tespit etmişlerdir. PMS ile alakalı unsurlardan bir olan çocuk sayısı ile medeni durum araştırıldığında, çocuğu olmayan veya bir çocuğa sahip olan 667 kadında PMS oranı % 36,7, iki ve daha fazla çocuğu bulunan 330 kadında PMS oranı %17,1 şeklinde belirlenmiştir. İki'den daha fazla çocuğu bulunan kadınlar hiç çocuğu olmayan ya da tek çocuğu olan kadınlara göre yaklaşık % 20 oranında daha az şikâyet yaşadıkları gözlenmiştir (Nazzal vd., 2015: 82).

2.6.3. Çalışma Durumu

El-Hamid ile arkadaşlarının, El-Minia Üniversitesinde çalışan kadınların premenstruel sendrom konusunda yaptıkları incelemelerde günlük yaşam aktivitelerine olan etkisi katılımcıların % 63,72'sinin işlerinin PMS'den etkilendiğini, % 22,22'sinin işe devamsızlık yaptığını, %33,33'ünün işlerini sendromun bitişine ertelediğini, % 61,11'inin üretkenliklerinin azaldığını ve % 79,16'sinin odaklanma güçlüğü yaşadıklarını belirlemişlerdir. Yapılan incelemelere bakıldığında işyerinde PMS problemlerinden dolayı işe olan devamsızlık, geciktirme, üretkenlikte azalma ve odaklanma düşüklüğünün ön planda olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda da PMS problemi, kadınların özel yaşantılarını ve iş performanslarını oldukça etkilediği görülür (Gökçe, 2006: 43).

2.6.4. Sosyo-Ekonomik Durum

Pal ve arkadaşlarının Pakistanın Karaçi, Lahore ve İslamabad bölgelerinde yaptığı ve 15-49 yaş aralığında 402 kadının katıldığı, premenstruel sendromun kadınların günlük yaşamlarına etkilerini incelemişler ve araştırma sonucunda PMS prevalansı %79,9 olurken, PMS'nin şiddeti bakımından üç bölgede anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Tortumluoğlu ile arkadaşlarının “Kırsal alanda yaşayan kız çocuklarının menarş yaşları ve menarşa yönelik emosyonel tepkilerinin” incelendiği araştırmada, çocuklar menarşı % 24,8'i normal, % 24,1'i korku ve ağlayarak, % 16,1'i üzüntü ile ve % 10,9'ü utanıp ağlayarak tepki verdiklerini gözlemlemişlerdir. Yapılan araştırmaların bazılarında geliri yüksek ve eğitim seviyeleri yüksek olan kadınlarda duygulanım değişikliği, kilo artışı, baş ağrısı gibi fiziksel ve ruhsal ağrıların daha az görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Oğur 2004). Demir ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kadınların premenstruel semptomların ekonomik sıkıntıların etkili olduğu görülmüştür.

2.6.5. Menstruasyon ile İlişkili Faktörler

PMS ile bağlantılı olduğu varsayılan menstruasyon ile ilişkili unsurlardan biriside adet süresidir. Kadınlar adet dönemleri boyunca PMS'den etkilenirler. Adet dönemi oldukça değişken bir durumdur. Kişinin yaşına, kullandığı haplara, rahatsızlığa, emosyonel duruma ya da mevsime göre farklılık gösterdiği bilinir. Kadınların Adet süresi 3 ile 10 gün arasında değişiklik gösterebilir. Yapılan incelemelerde menstruasyon süresi altı günden fazla süren kadınların PMS'nin yoğun bir şekilde görüldüğü ifade edilmiştir. Bir diğer araştırmalarda ise hemşirelik bölümü okuyan öğrencilerde menstruasyon süresine göre PMS yoğunluğu farklılığın bulunmadığını belirtilmiştir. Bunun nedeni ise öğrencilerin %70'inin menstruasyon süresinin iki ile altı gün, %86'sının siklus süresinin 21-35 gün olduğu belirtilmiştir (Coşkun, 2012: 15).

2.6.6. Stres ve Kaygı

Premenstruel sendrom, doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülür. Premenstruel sendrom kadınların, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olan, iş hayatını olumsuz etkileyen, sağlık bakım maliyetini artıran bir durum olarak açıklanır. Kesin bir yargıya ulaşılamamakla birlikte, psiko-sosyal stres premenstruel semptomların şiddetini oldukça etkilemektedir.

Yapılan araştırmalarda stresin, fiziksel hastalıklarla bağlantılı olduğunu, bağışıklık sistemini zayıflatıp bozduğu için hastalıklara yatkınlığı artırdığını gösteren çalışmalar vardır. Baker ve Driver (2007) stres çalışmasında PMS döneminde stresin daha fazla artığı sonucuna varmıştır. Stres, çevresel olayların algılanmasını ve fiziksel sağlığı etkileyen önemli bir faktördür. Stresin var olduğu ortamlarda uzun süre bulunmak, kontrol algısındaki bozulmalara ve hastalıkların fiziksel belirtileriyle bağlantılı olmasına, belirtilerin daha fazla meydana gelmesine neden olur. Stresle birlikte meydana gelen fiziksel belirtilerin kaygı ile bağlantılı olabileceği, kaygının stres algısı ve depresyonla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir. PMS ile ilişkili olan, biyolojik, sosyal ve davranışsal unsurlar incelendiğinde stresin PMS'nin kuvvetli bir belirtisi olduğu ve PMS'nin stresle ilişkili bir sendrom riskini arttırdığını açıklamışlardır (Gençdoğan, 2006: 88).

3. BÖLÜM

DEPRESYON, KAYGI VE STRES

3.1. Depresyon Tanımı

Depresyon, Latince “depressus” kelimesinden türetilmiştir. Aşağı doğru itmek, bitkin, donuk, durgunlaştırmak anlamlarını taşımaktadır. Dilimizde ise depresyonun karşılığı duygusal çöküntü ve çökkünlüktür. Depresyon, birden fazla fiziksel veya ruhsal hastalıkla birlikte ortaya çıkabilmektedir. Ruhsal bir durum olarak depresyon, kişi hayatının bir kısmında kimi zaman belirli bir nedene bağlı olmadan, kimi zaman günlük problemler yüzünden ortaya çıkar. Depresyon, temelinde elem olan duygu halinin hakim olduğu, fiziksel, duygusal ve sosyal belirti ve yakınmaların tamamını içermektedir. Bir ruh durumu olarak depresyon tespit edilmiş ölçütleri, hudutları ve zamanı olan bir sendromdur. Depresyon, hangi manada açıklanırsa açıklansın elem doğrultusunda çoğalmış olan duyguların oluşturduğu duygu hali temel belirtisidir. Birey bu ruh halini özümseyip özel yaşamıyla bir bağ kurar. Psikolojik hastalıklardan en yaygın bilinen ve rastlanan depresyondur. Yapılan çalışmalarda farklı yaygınlık sonuçlarına ulaşılsa da depresyon en çok görülen ruhsal bozukluk çoğu araştırmanın sonucudur (Kaya ve Kaya 2007).

Hipokrat, saptanan ilk ruhsal hastalıklar arasında olan depresyonun tıp dilindeki ilk açıklayıcısıdır. Hipokrat bu durumu “kara safra” olarak nitelendirmiş ve depresyon şeklinde adlandırmıştır. Hipokrat “kara safra” anlamına gelmekte olan depresyon kavramını, kara sevdalı bir ruh hali yapısı, karaciğer ve safra yollarındaki hasarlardan oluşan durgunluk, kaygı ve intihar, üzüntü hali, ilgisizlik ve isteksizlik düşünceleriyle ortaya çıkan ve depresyon adıyla ifade edilen bir rahatsızlık tablosu şeklinde açıklamıştır.

Hipokrat' a göre kara safranın etkili olduğu kişilerde çoğu kez kara sevdalı depresyon belirlenmiştir.

Depresyon, oluşma nedenleri, izlediğı yol ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık yapısı olan ruhsal bir rahatsızlıktır. Depresyon yalnızca ruhsal bir bozukluk hali değildir. Genel manada depresyon; kederli duygu hali ile düşüncelerde, konuşmada ve davranışlarda sakinlik, değersizlik, dikkat eksikliği, karamsarlık hissi ile fiziksel fonksiyonlarda azalma gibi belirtilerin görüldüğü bir sendromdur.

3.2. Depresyon Tarihçesi

Bazı efsanelerde, eski ya da yeni inanışlarda Allah'a karşı gelen kişiye tüm kötülükleri yapmasını söyleyen şeytan olarak gösterilirdi. Hindistan' da M.Ö. 1400 – 1500 yıllarında şeytan, hastalıkların oluşmasındaki tek sebep olarak görülmüştür. Hindistan' da insanlar yedi farklı şeytanın var olduğuna inanmış ayrıca bu şeytanlardan birinin kişilerin ruhlarını ele geçirerek depresyona sebep olduğu inancı insanların düşüncelerine yerleşmiştir.

İlk çağda Platon ruhsal rahatsızlıkların doğadan veya doğaüstü kuvvetlerden meydana geldiğı düşüncesini ortaya atmıştır. Depresyonun nedeni olarak tanrılara ve doğaüstü güçlere dikkat çekmiştir. Galen ise depresyonun oluşmasında bireyin yapısının dışında, beynin işleyiş bozukluğunun ve içsorgularının etkili olduğunu ifade etmiştir.

Orta çağda M.S. 400 senelerinde Romalı doktor Posidonius, on alt kümede topladığı akıl hastalıkları arasında depresyon ve maniye de yer vermiştir. Aegina depresyon ve maninin içinde yer aldığı doğal sebeplere bağlı kalarak ortaya çıkan depresyon şekilleri ile ilgili aydınlatıcı bilgiler vermiştir. Orta çağda, ruhsal rahatsızlıkların ve bozuklukların saptanmasında ve tanı koyulmasında İslam alemi önemli başarılarla imza atmıştır. Razi (M.S. 864 – 925) bireyin yaşamının bitkisel, mantıksal ve hayvansal olarak adlandırılan üç farklı ruh halinden oluştuğunu ileri sürmüştür. Bu üç ruh hallerinin eksikliğinin ya da fazlalığının ruhsal rahatsızlığa sebep olacağını ifade

etmiştir. Razi depresyonu bu üç ruh halinin rahatsızlığı ile izah etmeye çalışmıştır. İbni Sina ruh hastalıkları ve bozuklukları şemalandırmasında aşırı tutuklara, homoseksüelliğe, karabasana, depresifliğe ve şubat ayında kendisini kurt adam gibi hissetme belirtisi ile ortaya çıkan rahatsızlığa (lycantropy) da yer vermiştir.

Yeniçağda ruhsal rahatsızlıkların sınıflandırılmasında İslam, Roma ve Yunan doktorlarının fikirleri ön plana çıkmaya başlamıştır. Fransa’ da Fernel ruhsal rahatsızlıkları beyin zarlarının işlevsel düzenini ve karıncıklarını işlemez hale getiren nedenlerle ilişkili olarak üç gruba ayırmıştır. Birinci grupta baş ağrılarına, ikinci grupta yüksek ateşli akıl hastalıkları ve depresifliğe, üçüncü grup ise baş dönmesi, kasılma ve titreme, epilepsi, kasılmaya yer ayırmıştır. İngiltere’ de Timothy Bright. “Melankoli” adlı eserinde depresyonu doğal ve doğaüstü olarak iki grup da açıklamaya çalışmıştır. Doğal depresyona kara safranın sebep olduğunu savunmuştur. Doğal olmayan depresyonun ortaya çıkmasında ise kara safra, lenf rahatsızlıklarının sebep olduğunu ileri sürmüştür. Paolo Zacchias ruhsal rahatsızlıkların sınıflandırılmasında ve tanımlanmasında bilimsel bir görüş getirmiştir. Rahatsızlıkları zihinsel çöküş ve yetersizlik, ateşli ve ateşsiz zihinsel rahatsızlıklar şeklinde üç grupta incelemiştir. Depresyon ve maniye ateşsiz zihinsel rahatsızlıklar arasında sınıflandırmıştır. İngiltere’ de Thomas Willis, zihin ve ruh sağlığı rahatsızlıklarının ortak nedenlerden dolayı oluştuğunu düşünmüştür.

Yakınçağda ruh rahatsızlıklarının tanımlanmasında ve sınıflandırılmasında farklı görüşler ortaya atılmıştır. Fransa’ da Philippe Pinel, ruh hastalıklarını tespit ve belirtilerine göre; mani, depresyon, bunama ve zeka geriliği olmak üzere dört farklı grupta toplamış ve bu rahatsızlıkların yapısal bozukluklardan dolayı ortaya çıktığını savunmuştur. Theodor Meynert zihin anatomisi üzerine çalışmalar yapmış ve yapısal bozukluk olmayan ruhsal hastalıklarda zihin kabuğu ile zihin sapı arasındaki ilişkilerin işleyişinde bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Almanya’ da Carl Wernicke zihinle ilgili yaptığı incelemelerde zihnin sinir sisteminin birleştirici ve tamamlayıcı organ olduğunu ifade etmiştir.

3.3. Depresyon Belirtileri

Depresyondaki temel bozukluk üzüntü ağırlıklı duygusal durumdur. Üzüntülü duygu hali elem seviyesine çıkmış duygu durumudur. Karamsarlık, kötümserlik, depresiflik, isteksizlik gibi duyguları barındırmaktadır (Köknel, 2005: 109).

Depresyon durumunda zevk alınan şeylerde azalma ve isteksizlik, bireyin kendini üzgün ve hüzünlü hissetmesi, fiziksel durumunda değişimler, devamlı uyuma isteği ya da hiç uyuyamama, iç sıkıntısı, huzursuz olma gibi belirtiler meydana çıkmaktadır. Ayrıca bireyin kendisini değersiz ve işe yaramaz görmesi, algılarında bozukluklar olması, fiziksel hareketlilikte düşüş, sürekli intihar düşüncesi, cinsel istekte azalma gibi belirtiler melankolik ruh durumunda rastlanan belirtilerdir. DSM – V majör depresyon ölçekleri; her gün, gün boyu devam eden melankolik duygu durumu, sosyal yaşantıya karşı isteksizlik ve ilgisizlik, fiziksel değişimler kilo artışı ya da kilo kaybı, uykusuz kalma ya da gereğinden fazla uyuma, psikomotor ajitasyon ve ya retardasyonun olması, fiziksel aktivitelerin azalması ve enerji kaybı, düşünsel konsatrasyonun sağlanamaması ve kararsız olması, kişinin benliğini değersiz ve işe yaramaz hissetmesi suçluluk duyması ve İntihar eğilimi, planı ya da teşebbüsüdür (DSM – V).

Depresyondan bahsetmek için, on beş günlük zaman diliminde ve daha önceki işleyişinde bir değişiklik oluşmasının yanında, yukarıda değinilen maddelerin beşinin ya da daha çoğunun görülmüş olması; belirtilerinde en az birinin ya “melankolik duygu durumu” ya “ilgi azalışı” ya da “tat alamama” durumunun olması gerekmektedir (Beck ve Alford, 2009: 87).

Depresyon duygu halinin temelinde durağanlık, alakasızlık, isteksizlik yatmaktadır. Hasta bir taraftan ailesine ve yakınlarına karşı eski ilgisinin kalmadığından şikayet eder; diğer taraftan kişi kendisinden hoşnut olmadığından onlara karşı da bağlılığı artabilir. Çevresindeki bireylerin yardımı ve telkinleri olmadan sağlıklı düşünüp doğru kararlar alamaz. Çoğunlukla depresyonlu bireyler çevresinde gelişen olayları olduğundan

farklı olarak gereğinden fazla önem vererek değerlendirir ve olan bitene karamsar gözlerle bakarlar. Kişilerde çoğunlukla ağlama nöbetleri görülebilmektedir. Depresyonlu bireyler geleceğe karşı karamsar, mutsuz ve karanlık olarak bakarlar. İçinde bulunduğu durumdan kurtulamayacağı ve düzelemeyeceği inancı taşırlar. Aynı zamanda depresyonlu bireylerde motivasyon düşüşü görülebilmektedir. Mesela ev hanımı ev işlerini yapamaz hale gelir. Öğrenci derslerine çalışmak istemez.

3.4. Depresyon Nedenleri

Depresyonun oluşmasıyla ilgili çok fazla sebep ortaya atılmıştır. Depresyonun meydana gelmesinde birçok faktör etkili olmaktadır. Fiziksel, biyolojik, genetik ve toplumsal birçok etken depresyonun oluşmasında rol sahibidir.

Depresyonları ortaya çıkaran faktörler iki ana grupta sınıflandırılabilir. Bunlar; depresyona sebebiyet veren faktörler ve tetikleyen – meydana çıkaran faktörlerdir. İlk grupta genetik, kişilik yapısı, aile hayatı, genel kültür ve öğrenim seviyesi sayılabilir. İkinci grupta ise genel psikoloji ve sosyal stres etkenleri yer almaktadır. Depresyona ait bu belirtiler bireyin önceki “normal” diye tanımladığı rutin halinden göze çarpacak bir şekilde farklılık gösteren belirtilerdir. Bunlar; bezginlik, kendine güvensizlik, toplumsal bağların zayıflaması, verimin düşmesi, neşe kaybı, algı sorunları, duygu değişimi, fiziksel faaliyetlerin azalması nedeni ile sosyalleşememe, hemen yorulma, farklı fiziksel ağrılar, karamsar bakış açısı, nedeni belli olmayan tedirginlik hali ve korkular şeklinde sıralanabilmektedir (Güleç, 2009: 92).

3.5. Depresyon ile ilgili Kurumsal Yaklaşımlar

19. y.y. da Delasiauve, depresyon ve lipemania terimlerini eleştirmiş ve bu terimlerin yerine “depresyon” terimini ileri sürerek, bu kelimeyi ilk telaffuz edenlerden birisi olmuştur. 1860’ ta tıp literatüründe yapılan tanımlamaya göre depresyon, rahatsızlık hali içinde acı çekmekte olan bireylerin ruhlarının zayıflığı için öne sürülen bir kategoridir. Çifter (1993)’ e göre depresyon

kelimesinin yerleşmiş bir kavram olarak benimsenmesi, bu kelimenin hem fiziki hem de soyut manada, heyecansal durumda bir yavaşlamayı bir belirtiyi veya durumu tespit etmesinden dolayı olmamıştır. 19. Yüzyılın sonunda depresyonun, melankoliye benzer bir anlamda kullanıldığını görmekteyiz. Depresyon nedenleri üzerine yapılan bilimsel incelemelerde, stresli hayat etkenlerinin ve kalıtsal faktörlerin karşılıklı olarak ilişki içerisinde olduğu ve denk risk kümesinde bulunduğu vurgulanmaktadır. Melankoli riskinin stresle karşı karşıya kalmayanlarda %0.05 stresle karşı karşıya olanlarda %6.2 olduğu vurgulanarak belirtilmiştir. Ayrıca bu stresli hayat olaylarının, tecavüz, medeni durumda değişiklik, iş hayatı, maddi ve manevi çöküntü, bireyler arası problemler gibi hayat olaylarından ve sosyal – demografik nitelikler dâhilindeki risklerden kaynaklandığı önemle belirtilmiştir (Öztürk, 2001: 73).

Duygulanım (affective) rahatsızlıkları; heyecanların aşırı uçlarının bir birleşimi ve onları kontrol altına almada bir yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Depresyon ise, mutsuzluk, yavaşlama, suçluluk gibi duyguları, dürtü ve güdülerde ağırlaşma, sosyal beceri ve iletişimlerde gerileme gibi bozulmaların baş gösterdiği birincil duygulanım rahatsızlığı olarak ifade edilmektedir.

Bireylerin dönemsel olarak depresyonun belirtilerinin görüldüğü zamanların olduğunu ve bunun, yaşamın birçok stresine bağlı olarak oluşan normal bir durum olduğunu, fakat bu durumun duygu durum rahatsızlığı olarak tanımlanması için tepkinin yaşanan durumla orantısız veya tahmin edilenden daha uzun süreli devam etmesi gerektiğini belirtmektedir. Depresyonu en fazla ortaya çıkaran olaylar arasında, eğitim veya iş hayatında başarısızlık, bireyin sevdiği birinin ölmesi gösterilmektedir.

Melankolik duygudurum rahatsızlığı olan kişilerde, bilişsel (toplumsal biliş, bilginin işlenmesi vb.), sosyo – histeri (kişilik saygısı, bireyler içi bağlar, suçluluk, içsel kontrol vd.), temsil edici (kişilik kümesi, duygusal temsil etme örnekleri vd.), ve biyolojik (genetik, zihinde yapısal hasarlar vd.) sistemlerinde değişen düzeyde bir değişim görülebileceği belirtilmekte ve bu sistemlerin kişilerle çok yakından bağlı olduğu açıklanmaktadır. Depresyona eğilimli

bireylerde bu sistemler, içerisinde tutarsız bir etkinlik veya patolojik yapıların bir faaliyetini, farklı bir ifade ile depresotipik organizasyon'u açıklamakta ve faaliyetin gelişimsel olarak hızlandığı ve hayatın farklı dönemlerinde duygusal rahatsızlık olarak ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Yani kısaca; psikolojik, sosyal ve kalıtsal faktörlerin birbirleriyle iletişerek depresyona sebep olduğu savunulmaktadır. Aynı şekilde, depresyon, derin kaygılı bir duygu durum dâhilinde zihin, konuşma ve aktivitelerde ağırlaşma ve durgunluk, benliğin gereksizliği, güçsüzlük, karamsar duygular ve fikirleriyle fiziksel işlevlerde ağırlaşma ve bozulma gibi belirtilerin görüldüğü bir sendromdur.

3.5.1. Depresyonda Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik bakış açısına göre, sevgi maddesinin kaybı kişide yas tutmaya neden olur. Bu esnada kişide derin bir kaygı, üzüntü, ağlama, aşırı uyku ya da uykusuzluk gibi belirtilere rastlanır. Hastada sevgi beslediği birey tarafından terk edilmiş olma gibi bir kayıp duygusu vardır. Bu his ile birlikte “sevdiğimi kaybettim, artık kimse beni sevmiyor, ben artık iyi değilim” hissi ve bununla ilgili olarak kişinin kendisine olan saygısı (selfesteem) azalır. Ancak yas halinde yakınıni kayıp eden bireyin “ben iyi değilim” hissi öz saygıda azalmaya neden olmaz. Freud yas ve depresyon bildiriminde depresyona yatkın kişilerin özelliklerini şu şekildedir; bireyin üst kişiliği cezalandırıcıdır, ikili duygular (ambiyalans) kurulan bağlarda egemendir, hayal kırıklığı ve engellemeler olmaktadır, benliği yoğun değerlendirme vardır, sürekli olarak düşmanlık ve öfke duygusu mevcuttur, kişi ağır olan üst benlik sebebi ile kin ve nefreti özüne yöneltir, doyum arayan kişilik hali (Narsist) mevcuttur ve suçluluk hissi ve cezalandırma vardır.

Birey kin ve nefreti kendisine yönlendirince özsaygı azalır, birey kendisini değersiz, güçsüz ve suçlu hisseder, hayat anlamını yitirir, ölmesi gerektiğini düşünür bu şekilde ruhsal bozukluk ortaya çıkmaktadır.

3.5.2. Depresyonda Bilişsel Yaklaşım

Psikolojik bir probleme yönelik olarak yapılan bilişsel tanımlama, bir olay ile kişinin o olaya verdiği tepkisi arasında meydana gelen ruhsal süreçlere gösterilen tepkinin belirleyicisi olarak bütün bilişsel teorilerde de aynı ölçüde önemli olduğu belirtilmektedir.

Bu açıdan incelendiği zaman depresyonun tanımlanmasında bilişsel teori önemli bir yer edinmektedir. Bilişsel teori, uyum seviyeleri düşük kişiler ve bu kişilerin rasyonel olmayan düşüncelerine odaklanmaktadır. Sorunlu duygu ve davranışların altında yatan nedenlerin bu fikirler olduğu öne sürülmektedir.

Depresyon kavramıyla alakalı bilişsel çağdaş kuramlara dahil olan ve en kapsamlı yaklaşım Beck'in kuramı diyebiliriz. Beck, depresyon hastalarının maruz kaldıkları olaylara karşılık olumlu tavır sergilemediğini, başarılarından daha ağırlıklı olarak başarısızlıklara odaklanıp beklentilerini bu yönde gösterdiklerini ele almıştır. Bunların yanı sıra bu kişilerde başarılarını küçümseme ve suçlara karşı yönelimlerinin fazla olduğunu da belirtmiştir (Öztürk, 2001: 75).

3.5.3. Depresyonda Davranışçı Yaklaşım

Ainsworth, ve ark (1978) depresif göstergeleri gelişim aşamasında tekrar eden çaresiz olaylar neticesinde ortaya çıkan normal olmayan davranışlar biçiminde açıklamışlardır. Davranışsal yaklaşıma göre yaşanan en küçük çevresel ve sosyal pekiştireç sağlıklı uyum hareketlerinin azalmasına ve bunun devamı olarak ise bireysel geri çekilmelere neden olarak depresyona sebebiyet verebilmektedir. Kişiler depresyona girdiklerinde onlara iyi gelebilecek olan ana pekiştirme kaynaklarının ilki olarak akraba ve yakın arkadaşlarından gördükleri sıcaklık ve alaka olduğunu ifade edebiliriz. Gösterilen bu tutum neticesinde kişilerin kendine zarar vermeleri, intihara girişim gibi uyumsuz davranışlar engellenebilmektedir (Kılıç ve Oral, 2006: 53).

Davranış pekiştirme noksanlığından sonra davranışçı yaklaşım kuramlarında kişileri depresyona iten önemli konulardan bir tanesi de Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik kavramıdır. Öğrenilmiş çaresizlik, bireylerin davranışlarla beraber kontrol edemediği konulardan sonra kontrol edebileceği durumlara gerekli müdahalelerde bulunamama durumudur. Bu nedenle yapılan hareketlerin bir sonuca ulaşamayacağını bilen bireyler girişimde bulunmaktan çekinip başarısızlığı baştan kabul etmektedirler. Kişilerin bu tutumları sonucunda başarı ihtimalleri düşmekte ve kendilerini çaresiz hissetmektedirler (Kılıç ve Oral, 2006: 53).

3.5.4. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyon rahatsızlıkların etyolojisinde; psikososyal, fiziksel ve kalıtsal etkenlerin önemli etkisi vardır.

Olumsuz yaşam olaylarının ve stresörlerin çocukluktan yetişkinliğe kadar depresyonun büyümesinde önemli bir yeri vardır. Toplumsal stresler ile baş başa kalan birçok kişide depresyon büyümediği halde, eğilimi olanlarda hayat olaylarının harekete geçirici bir etki yaptığı belirtilmektedir. Depresyon rahatsızlığı yaşayanların hayat olaylarına karşı ilgi duymasının altında yatan sebep olarak kalıtsal faktörler gösterilmektedir.

Çeşitli bilimsel incelemelerde aileden gelen kalıtsal özellikler, manik kişilik nitelikleri, kadın olmak, eğitim düzeyi, olumsuz yaşanan hayat olayları, yakın ilişki kurmakta zayıflık, fiziksel rahatsızlıklar majör depresyon bakımından temel risk etkenleri olarak ortaya atılmıştır.

Gençlerin (8 ve 10. Sınıf) incelendiği büyük bir araştırmada, manik belirtilerinin stresörlerde yükselmeye neden olduğu ve stresörlerin manik belirtilerle ilgili olduğu saptanmıştır. Affektif psikiyatrik bozukluğu olan ailelerde yaşayan çocukların (6 – 14 yaş) incelendiği geniş çaplı bir araştırmada da olumsuz hayat hadiseleri ile depresif belirtilerde yükseliş arasında iki taraflı bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır.

Stresörlerin fazlalığı ve tiplerinde meydana gelen gelişimsel farklılıklar görülmektedir. On üç yaşından itibaren meydana gelen ve kontrol altında tutulamayan olumsuz hayat olaylarındaki rakamsal artış gençlik süresince depresif belirtilerdeki artışa paralel olabilmektedir.

Gençlik döneminde yeni rolleri model alarak özümsemenin ve fiziksel değişimlere uyum sağlama çabalarının oluşturduğu gerginliğe, olumsuz hayat hadiselerinin de eklenmesi sonucunda depresyon yaşanabilmektedir. Çocukluktan gençliğe kadar stresörlerin artış eğiliminde olması, depresyon seviyesinin de gençlik süreci boyunca yükselişini gözlemlememize yardımcı olabilir. Stresörlerdeki artış eğilimi gençlik dönemi yaklaşırken başlar. Aynı zamanda genç kızlarda stresörlerdeki çoğalma, on üç yaşından sonraki erkeklere kıyasla daha belirgindir (Abela vd., 2007: 90).

Bilişsel bakımdan depresyonun etiyolojisini açıklarken ilk olarak kişinin beyinsel faaliyetleri (algı, yargılama, tanıma, hafıza gibi) ile depresyon arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Dikkat çeken dört farklı bilişsel yatkınlık etmeni; nedenler, neticeler ve benlik ile alakalı olarak olumlu olmayan çıkarsama stili, işlevsel olmayan davranışlar, öz – eleştiri, çökkün duygu duruma cevapta ruminasyona meyildir.

Negatif çıkarsama davranış biçimi sergileyen bir kişi, negatif olayları bütünsel ve sağlam nedenlerle ilişkilendirme eğilimindedir. Aynı zamanda, kişi negatif hadiselerin sonuçlarını daha da kötüleştirir ve negatif hadiselerin arkasından kendini suçlu ve güçsüz hisseder.

Ruminasyon, düşük seviyede şiddette disforik olan bir kişide, kişinin çökkün duygu durumuna verdiği mana ve gerginlik ile ilişkili olarak, şiddetli depresif belirtilerin büyümesini açıklayan bilişsel bir dönemdir.

Çeşitli araştırmalarda yetişkinler, gençler ve küçüklerde depresyona yatkınlığa neden olan bilişsel etkenlerle ilgili çıkarımlar saptanmıştır. Bu araştırmalar sonucunda, gençlik döneminde ileriye dönük depresyonun tahmin edilmesinde, negatif çıkarsama tarzının, işlevsel olmayan

davranışların ve ruminasyonun belirleyici rol oynadığı kanısına varmışlardır (Abela vd. 2007: 92).

Hankin ve arkadaşları da zaman içinde özel gerilimlere bu bilişsel eğilimlerin eşlik etmesinin, ilerideki depresyonun tahmincisi olduğunu belirtmektedir. Depresyonda olan ailelerin çocuklarının izlendiği ileriye dönük bir araştırmada, aile üyelerinin depresyon seviyelerinin dönemsel bir ilişki izlediği, ebeveynlerdeki depresyon seviyesi arttığında çocukta da aynı şekilde depresyon seviyesinde bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu dönemsel ilişki çocuğun negatif çıkarsama tarzı ile daha da şiddetlenmektedir. Kötümser (pesimist) bireylerde, ebeveyn depresyonunun artması ile ilgili gözlemlenen depresyonun şiddeti, iyimser (optimist) bireylere kıyasla daha bariz bir şekilde artmaktadır (Abela, vd. 2007: 87).

Bazı çalışmalar, bilişsel eğilimin sadece geç çocukluktan erken gençliğe geçiş döneminde oluştuğunu ileri sürmektedirler. Bu “gelişimsel hipotez” e göre, küçüklerde kişiliklerini ve geleceklerini soyut bir şekilde düşünmeyi sağlayacak bilişsel kuvvet henüz oluşmamıştır. Kişilik özellikleri, düşünme tarzı ve kişiliğe bakış gençlik döneminde gelişir. Bu bilişsel dönemler, çevresel stresörler ile ilişki kurarak depresyona etki edebilir. Fakat, gelişimsel hipotezin aksine, çeşitli araştırmalarda; negatif çıkarsama tarzı işlevsel olmayan davranışlar ve öz eleştiri ve ruminatif yanıt tarzını barındıran bilişsel eğilim yaklaşımları incelenmiştir (Stice, Ragan, vd. 2004: 14).

Kişiler arası yatkınlık bakımından “aşırı güven arayışı”, diğer insanlar tarafından sevildiği ve değerli olduğuna dair onay alınıp alınmadığından farklı olarak, yüksek ve sürekli güven arayışına yatkınlık olarak açıklanmaktadır. Kesitsel incelemeler, yüksek seviyeli güven ihtiyacının çocuklukta ve erken dönem ergenlikte depresif belirtilerle alakalı olduğunu göstermiştir. Aynı şekilde esas tanısı depresif rahatsızlık olan genç psikiyatrik bozukluğu olanların, güven ihtiyacı seviyelerinin esas tanısı dışsallaştırma ve anksiyete rahatsızlığı olanlardan daha fazla olduğu gözlemlenmektedir. İnceleme sırasında gözlemlenen depresif belirtiler kontrol altında olduğu zamandan sonra bile bu alaka devam etmiştir. İleriye dönük bir incelemenin sonuçları,

sadece erken gençlik döneminde başlayan depresyona eğilimin güven ihtiyacına yararlı olacağını ileri sürmektedir (Abela vd., 2007: 92).

“Kişilerarası bağımlılık”, kan bağı bulunanlar ile (ebeveyn ve kardeşler gibi) ilişkileri devam ettirebilmek için abartılı bir ihtiyaç ile birlikte dolaysız ve yüz yüze ilişki kurma isteğidir. Kesitsel incelemeler sonucunda, gençlerde bağımlılığın şiddeti ile depresyon belirtilerinin şiddetinin olumlu ilişki içerisinde olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak ileriye dönük incelemelerde, depresif belirtilerde dönemsel olarak oluşan artış ile bağımlılık arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir.

Yüksek sevide bağımlılık, ergen nüfusta normatif ve hatta uyumlu olabilir. Kişinin ihtiyaç hissettiğinde güvenebileceği bireylerden oluşan bir insan nüfusunun varlığı olarak tanımlanan sosyal yardım, çok yönlü bir terimdir. Duygusal, parasal, bilgisel ve yardımcı destek gibi çeşitli sosyal yardım türleri vardır. Sosyal yardım bağı, aile fertlerini, arkadaşları ve iş arkadaşlarını içine almaktadır. Genç yaşta depresyon görülen kişilerde, aile yardımı ve toplumdan sağlanan sosyal yardımın yetersiz olması ile bağlantılı olduğu görülmektedir. Bir araştırmada gençlerin yetersiz seviyedeki ebeveyn yardımı ile alakalı algısının ilerideki depresyonu tahmin edilebileceği gözlemlenmektedir.

3.5.6. Depresyon ve Cinsiyet Bağlantısı

Depresif bulguların kadınlarda daha fazla görüldüğü bulgusunun büyük kabul görmesine rağmen bu farklılığın sebepleri halen net olarak belli değildir. Bunu tanımlamak için birçok çalışmacı farklı sebepler öne sürmektedir.

Artefakt kuramı, kadın/erkek destek arama tutumlarının ve geçmişe dönük depresif süreçleri hatırlama ve belirtme seviyelerinin birbirinden farklı olduğunu ve hayat boyu melankoli seviyelerinin güvenilirliğini düşürdüğünü ileri sürmektedir. Angst ve Dobler – Mikola (1984). Ergen yetişkinler üstünde yapılmış bir longitudinal araştırma ile buna benzer bir pattern olduğunu belirtmiştir. Araştırmadaki prospektif bilgilerden, melankoli prevalansında

cinsiyet farkı olmadığı neticesi çıkmaktadır; fakat aynı periodla alakalı retrospektif bilgilerde kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla oran belirlendiği görülmektedir.

Wilhelm ve Parker (1994) da erkeklerin bulgularını daha az belirttiklerini bildirmiş ve bulmuş ve bu veriye kadınların erkeklere nazaran depresyonu daha fazla oranda belirttikleri verisini eklemişlerdir. Bu neticeler, belirtilen hayat boyu depresyonun en azından bir bölümünü geçmişe dönük belirtmelerde cinsiyete göre farklılık gösterdiği hususunda ikna edicidir. Aynı zamanda Ernst ve Angst' ın da belirttiği gibi (1992), geçmişe dönük belirtmeler ile alakalı değişiklik yatkınlığı tümüyle belirtilen melankolideki cinsiyet farkını açıklar. Bu hususta en mühim kanıt anımsamanın önemsizliğini vurgulayan şu anki ya da geçmiş prevalans incelemelerden gelmektedir. Bu araştırmalarda kadınlarda düzenli olarak erkeklere nazaran daha fazla depresyon oranları olduğu belirtilmektedir (Blazer, vd. 1994: 85, Weissman ve ark. 1991: 152). Retrospektif bilgilerin temel kabul edildiği incelemelerin birçoğunda, hatırlama değişikliği melankoli dönemindeki cinsiyet farkının oluşmasında rol oynadığı görülmektedir. Ayrıca kadınlarda erkeklere nazaran rekkürrens riskinin daha fazla olması ile alakalı kanıtların, hatırlama ile alakalı farklılıklar doğrulandığında bütünüyle kaybolduğunu belirtilmektedir. Dahası, aktif hafıza araştırmasını uyarıcı özel uygulamaların kullanıldığı NCS' de rekkürrens riski ile alakalı cinsiyet farkı gösterilmektedir.

Hayat boyu majör melankoli teşhisini uzun zamanlı güvenilirliğini inceleyen araştırmacılar hayat boyu teşhislerin stabilliği bakımından cinsiyete mahsus bir farklılık görememişlerdir (Kendler vd. 1995: 617). Kuehner' in yatakta tedavi edilen melankolik hastalarının retrospektif bilgileri ile rahatsızlık çekenlerin kendi söylemleri karşılaştırıldığı araştırmalarda da cinsiyetler içerisinde bir fark saptanamamaktadır. Bogner ve arkadaşları (2004), sosyal çevre tabanlı 13 yıllık bir gözlem araştırmasında, belirtilerin bildiriminde cinsiyete mahsus bir farkın bulunup bulunmadığını incelemişler ve kadın/erkek melankolik belirti söylemlerinin alakalı olduğunu neticesine ulaşmışlardır (Bogner vd. 2004: 126).

Bir başka artefakt kuramı da kadın/erkek melankolik fenomenin birbirleriyle aynı olmadığı ve az seviyedeki stres toleransı, irritabilite, antisosyallik gibi nitelikler ile açıklanan bir erkek melankoli sendromunun varlığıdır (Rutz, 2001: 132). Rutz bayanlarda rastlanan ortak depresif bulguların aynı olmadığını gösteren bir “erkek depresyonu sendromu” olabileceğini ileri sürmüştür. Bu terim, başka bir dönemlerde stresi kaldırabilen erkeklerin birden ve sistematik olarak stres toleransının azaldığı, başka dönemlerde psikopatik davranışlar sergilemeyen erkeklerin dürtüsel – agresif ya da psikopatik tutumlar sergilediği, başka dönemlerde alkol – uyuşturucu kullanım bozukluğu yaşamayan erkeklerin birden alkol – uyuşturucu kullanması gibi endorfin ya da serotonin ile alakalı tutumlar sergilediği durumları göstermektedir (Kuehner, 2003: 163). Erkek melankolisi terimi, erkeklerde, melankolinin tipik semptomlarının çok kullanılan depresyon malzemelerinde göz ardı edilen atipik erkek distress bulguları tarafından saklanıyor olduğu kuramına dayanmaktadır.

Zamanımızda, serotonin metabolizması ile öncelikle erkeklerdeki majör melankolinin nitelikleri olan agresyon, eyleme geçirme ve öfke nöbetleri arasındaki bağ ile alakalı dikkate alınabilecek miktarda bilimsel veri mevcuttur. Aynı zamanda serotonin seviyesinin ani öz – kıyım yaşama riski ve stresle alakalı dönemlerle alakasını vurgulayan bilgiler de mevcuttur. Uyuşturucu kullanımı, şiddet tutumu, harekete geçirme, “sosyopatik tutumlar” ve dürtüsel eylemlerin tedavisinde setotonerjik ilaç verilmesiyle alakalı artan klinik deneyimlerinin olduğu ilgi çekmektedir (Kuehner, 2003: 164).

Klinik melankolisinin, kadınlarda erkeklere nazaran daha erken dönemlerde ortaya çıktığı ve bayanlarda erkeklerden iki kat daha fazla görüldüğü kabul görebilmektedir. Fakat Rutz vd. erkek melankolisinde agresif bileşene dikkat çekildiğinde cinsiyet farkının olmadığını belirtmektedir. Rutz vd. göre kadın melankolisine yakın çoklukta görülen fakat fenomenolojik bakımdan farklı bir erkek manik suicidal serotonin alakalı sendrom bulunur ve bu durumu fark edebilmek açısından yeni tanısal envanter gereklidir.

Rutz' a göre melankoliyi teşhis için kullanılan envanterin cinsiyet yatkınlığı olan maddelerinin olduğu ve bu sebepten ötürü kadınlardaki manik duygudurum puanlarının gerçeğinden daha fazla çıkabileceği unutulmamalıdır. Erkeklerde rastlanan tamamlanmış intihar durumunun fazlalığı, büyük ihtimalle tanılanmamış ve tedavi edilmemiş melankoliyle alakalıdır (Rutz, 2001: 126).

Salokangas vd. de melankolik duygudurumu tespit etmede kullanılan malzemelerin büyük bir bölümünün cinsiyet meyilli olduğu kuramından ötürü kadın ve erkeklerde Beck Depresyon Envanteri (BDİ) ve Depresyon Malzemesi' ni (DEPS) kıyaslamışlardır. DEPS ölçülerinde cinsiyet farkı gözlemlenmemişlerdi fakat kadınlarda BDİ ölçülerinin erkeklere nazaran daha fazla olduğunu, ağlama ve ilgi azlığını kadınlarda manalı ölçüde fazla puanlandığını gözlemlenmiştir.

Bir çalışma, genç kadınlarda fazlalaşan hormon seviyeleri ile olumsuz affektin direk alakasını saptamış olmakla beraber, diğer bir araştırma incelemelerde sosyal faktörler ve bu faktörlerin hormonlar ile alakasını kaynak alarak bir tanımlamanın bu farkı sadece hormonal kaynağa indirgeyen tanımlamalardan daha yararlı olduğu belirtilmektedir (Hankin ve Abramson 2001: 773).

Erkekler ve kadınların çoğunlukla strese fiziksel yanıt biçimleri bakımından değil farklı hayat hadiseleri bakımından da farklı olduğu, cinsiyet durumu ile alakalı stresörlerin cinsiyete has endokrin stres cevaplarını uyardıkları da öne sürülebilmektedir. Kadınların bireyler arası ilişkilerle alakalı stresörlere, erkeklerin ise rahat bırakılmama, sosyal çevresi önünde konuşma gibi stresörlere daha fazla endokrin cevap verdikleri görülmektedir.

Bireylerarası bağlılık, öğrenilmiş çaresizlik ya da yaklaşım tarzları gibi benlikle alakalı faktörler bakımından kadınlardaki fazla depresyon prevalansını tanımlayacak net bir yardımcı bilgi olmamaktadır. Meta – analizler ve kültür içi incelemeler kadınlarda az olan özgüven, düşük kişilik

saygısı ve yüksek nörotizm gibi niteliklere dikkat çekmişlerdir (Kuehner, 2003: 163).

Nolen – Hoeksema vd. (2000) üzerinde çalıştıkları zorlayıcı hadiseler ile baş edebilme ruminatif başa çıkabilme mekanizmaları, bu değişimi tanımlamada daha sabit bilgilere sahiptir. Cevaplama tarzları kuramına göre, depresif duyguduruma cevap olarak ruminasyon (aynı konu üstünde fazla zihinsel meşguliyet) melankolik duygudurumu şiddetlendirir ve melankolik dönemi arttırırken, distraksiyon (dikkati başka tarafa çekme) melankolik duygudurumu azalatır. Bu durum ile alakalı yapılmış araştırmalarda kadınların hüznünlü olduklarında ruminasyonla erkeklerden daha sık meşgul oldukları belirlenmektedir (Nolen. 2000: 109).

Ruminasyon terimi bu cinsiyet farklılığının tanımlamada olası nöropsikolojik faktörlere bir ilişki kurmaktadır. Ruminasyonda da belirtildiği gibi sözel stratejilerle alakalı posterior sol hemisfer taraflardaki organizasyonun ve melankolide genel olarak gözlemlenen sol – sağ uyumsuzluğunun bu farkı tanımlayabileceği ve distraksiyonun olumlu affekte de bağlı olduğu tahmin edilen anterior sol hemisfer tabanlı olduğu belirtilmektedir (Davidson, 2002: 222).

Melankolideki cinsiyet değişimleriyle alakalı araştırmalarda, önceki anksiyetenin durumuna da özellikle odaklanılmıştır. Yetişkinler arasında gerçekleştirilmiş büyük çaplı bir toplum araştırmasında kadınların primer anksiyete tehlikesinin yükselmiş olduğu kanıtlanmıştır. Birincil anksiyete rahatsızlığının kontrol altında tutulduğu zamanda cinsiyet ve melankoli içerisindeki alakanın %50 civarında düşeceği öne sürülmüştür (Kuehner, 2003: 118).

Makrososyal faktörlerin ve fakirlik, yetersiz eğitim seviyesi ve karar verme hakkında yetersizliğin fazla olduğu birçok toplumda rollerin eşitsiz bir biçimde verilmesinin melankoli tehlikesini fazlalaştırdığı bilinmektedir. Geleneksel kadın davranışının erkeklerle aynı olduğu toplumlarda melankolide cinsiyet farkının daha düşük olduğu sosyokültürel faktörlerin

tesiri için kanıt kabul edilebilmektedir. Evliliğin, erkeklerdeki melankoli için koruyucu bir tesiri olduğu söylenebilmekle beraber, medeni hali ve depresyon içerisindeki alaka birçok toplumda yapılmış araştırmalarda farklılık göstermektedir. Bir işe sahip olmak her iki cins içinde olumludur, fakat kadınlardaki koruyucu tesiri birden fazla rolün varlığı neticesinde aşırı yüklenme sebebiyle azalıyor olabilmektedir (Kuehner, 2003: 118).

Çocukluk dönemi cinsel istismarı (ÇDCİ) dahilinde kurulan yakın bağlarda cinsel ve bedensel şiddet de cinsiyete alakalı stresörlerdir. Uzun bir dönem ÇDCİ' nin melankolide cinsiyet farklılığının olası sebeplerinden biri olma ihtimali ihmal edilebilmektedir. Varılan son bulgularda, yetişkinlikte başlayan melankolide, ÇDCİ'nin kadınlar ve erkeklerinde dahil olabileceği ve kız çocuklarının ÇDCİ için daha fazla tehlike altında oldukları bildirilmektedir (Kuehner, 2003: 175).

Melankolideki cinsiyet farklılığına sebep olan faktörlerle alakalı bilgi artmakla beraber, halen tamamlayıcı modellere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu modeller, psikolojik, psikososyal vd. tehlike etkenlerinin yanında psikofizyoloji ve endokrinoloji tabanındaki cinsiyetle alakalı ilişkileri de bulundurmaktadır (Kuehner, 2003: 185).

Bu araştırmak adı geçen tamamlayıcı modelin iki parçası olan sosyodemografik faktörlerin rolü ve melankolik semptomatolojide cinsiyete has farklılıkları araştırmak amacı ile planlanmıştır. Sosyodemografik niteliklerden bazılarının melankoli oluşumunu hızlandırıcı olabileceği ve melankolinin seyrinde etkili olabileceği düşünüldüğünden farklılaştırılabilir niteliklerin belirlenmesi önemlidir. Melankolik semptomatolojide cinsiyete has farklılıkların belirlenmesi, klinikte kadın ve erkek kavramları göz önünde tutulurken cinsiyete has bulgular üstünde daha dikkatli durulması, melankoli kavramlarının daha doğru bir şekilde belirlenerek tedavi edilmesi bakımından önem taşımaktadır.

Şekil 2: Depresyonda cinsiyet farkını açıklayan risk faktörleri

Çocukluk çağında aile ortamı ve olumsuz deneyimler	Kadınlar cinsel istismar açısından daha fazla risk altındadırlar ve çocukluk çağındaki olumsuz yaşam deneyimlerine daha duyarlıdırlar.
Önceki depresyon ve anksiyete deneyimleri	Kadınlarda depresyon ve anksiyete deneyimleri için risk daha erken yaşlarda başlar.
Sosyal roller ve kültürel değerler	Seçim hakkının olmaması, rol yüküğü ve zorlayıcı toplumsal rollerle ilişkili rol sınırlılığı kadınların depresif bozukluk açısından daha riskli olmasına neden olur.
Olumsuz yaşam olayları	Kadınlar daha fazla olumsuz olayla karşılaşmazlar ancak olumsuz olayların niteliği, sosyal ortamlarına bağlı olarak değişebilir.
İncinebilirlik ve baş etme mekanizmaları	Depresif tabloda olan kişilerde depresif tutum ve baş etme mekanizmaları açısından cinsiyete özgü farklılıklar saptanmamıştır.
Sosyal destek	Kadınlardaki artmış riskle ilişki saptanmamıştır.
Genetik etkenler	Kadınlardaki artmış riskle ilişki

saptanmamıştır.

Gonadal hormonlar	Çevresel etkenlere göre daha az olmakla birlikte etkisi vardır.
Adrenal eksen ve tiroid eksen	Adrenal eksenle ilgili çelişen sonuçlar vardır. Tiroid ekseninin sınırlı rolü vardır.
Nörotransmitter sistemleri	Etkilerinin cinsiyetler açısından farkı belirsizdir.

(Kaynak: Piccinelli M, Wilkinson G., 2000: 492).

3.6. Kaygı Kavramı

Kaygı (Anksiyete) sözlükte korku, merak anlamında kullanılmakta olup psikoloji literatüründe “kişinin bir uyarana karşı karşıya kaldığında yaşadığı bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle birlikte ortaya çıkan uyarılmışlık hali” olarak ifade edilmektedir. Kaygı kavramını ilk olarak Freud inceliyip araştırmıştır (akt., McCabe ve ark., 2003). Kaygının ağırlaşması ile birlikte patolojik vakalar meydana gelebilmektedir. Yani kaygı, korku ve endişelerin neden olduğu huzursuzluk ve tedirginlik durumuna verilen addır (Şeftalici, 2017: 3).

Kaygı ile ilgili farklı görüşler ortaya atılmıştır. Kierkegaard’a göre kaygı, bireylerin var olduğu andan itibaren yaşamının sonuna kadar süregelen bir hal olarak açıklamaktadır. Golstein ise, kaygıyı kişilerin becerileri ile beklentiler arasındaki farklılıklar şeklinde değerlendirmektedir. Cannon kaygıyı, tehlikelere karşı dengeleri bozacak bir tepki ya da bozulan dengeleri yeniden düzenleme çabaları sonucunda meydana gelen bir durum olarak ifade etmektedir. Pavlov’a göre kaygı ise şartlanmış bir tepkidir. Önceden nötr olan uyarının uzak durması gereken bir uyarana karşı karşılaşması sonrası ortaya kaygı çıkmaktadır (Karaman, 2009: 3).

Spielberger ve diğerleri (1985) kaygıyı durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki aşamada incelemiştir. Durumluk kaygı bireyin içinde bulunan baskılı durumdan ortaya çıkan kaygı türüdür. Sürekli kaygı ise kişinin bulunduğu durumu stresli olarak algılaması ve orantılı olmayan bir tepki vermesidir. (Cesur, 2017: 5).

Sofu (2012: 5)'a göre ise kaygı, nedeni tanımlanmayan ya da belirlenmeyen bilişsel ve duygusal bir gerginlik durumudur.

Kişide kaygı arttıkça geleceğe dair hayaller azalmakta ve gelecekle ilgili endişeler artmaktadır. bununla birlikte olay nötr ya da olumlu algılanırsa kaygı düzeyinde ciddi bir azalma yaşanmaktadır.

Etkileme durumuna göre; kolaylaştırıcı ve engelleyici; süresine göre durumluk ve sürekli; kaynağına göre kişilik kaynaklı, olay kaynaklı ve durum kaynaklı olmak üzere, kaygı çeşitli türlere bölümlere ayrılmıştır. (Özdemir. 2013: 42).

Kaygının olumsuz özelliklerinin yanında motive edici özelliği de vardır. Kötü durumlara karşı bireyin tedbir alması, başaramama endişesine karşı daha çok çalışma kaygının motive edici özelliği olarak söylenebilir. (Akgün vd., 2007: 284).

3.7. Kaygının Nedenleri

Kaygının ortaya çıkış nedeni dış etkenlerden, (Şeftalici, 2017:6)

Kaygıya neden olan temel unsurlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

Desteğin çekilmesi: Alışlagelmiş olan bir çevrenin yok olmasıyla meydana gelen kaygı durumudur.

Olumsuz sonucu beklemek: Çok fazla çalışılmayan bir konuda sınava girme durumunda bireyler olumsuz sonuç alma korkusuyla kaygı yaşar.

İç çelişki: Fikir ve davranışlarımız arasında çelişen bir durum ortaya çıktığında kaygı meydana gelir.

Bilişsel çelişki durumu önemli bir güdü ve heyecan kaynağıdır. Beck ve Emery (2006) bilişsel dönemlerin kaygıların varolmasında çok etkili olduğunu söylemiştir. Ortadaki çelişki giderilene kadar bir çözüme ulaşana dek bir derece kaygı duyarız.

Belirsizlik: Geleceğimizle ilgili karşımıza çıkacak olan durumları önceden bilemeyiz. Bu sebeple bu durum kaygı nedenidir (Karaman, 2009: 10).

Kaygı bir belirsizlik durumudur, geleceğin de belirsizlik durumu insanın kaygılanmasına neden olur (Kierkegaard, 2004: 163).

Günümüzde değişen ve gelişen teknolojiye ayak uydurma çabası da kaygı nedenidir. İlerlemeler devam ettikçe bireylerin de kendi içlerinde, farklı düzeylerde kaygı yaşaması beklenen bir durumdur (Coşkun ve Akkaş, 2009: 215).

Kaygı bir başka ifadeyle kişide bulunan çaresizlik, belirsizlik, maddi ve manevi endişelerle birlikte kişinin kendini yetersiz ve kontrolsüz hissetmesi halidir.

Kişide kaygıya neden olan bir diğer faktör ise kurulan hayallerin gerçekçi nitelikte olmamasıdır. Bu durumda kendini gerçekçi şekilde tanımayan kişinin ideal benliği ile mevcut benliği arasında birtakım farklılıklar ortaya çıkaracaktır. Başarısızlık yaşandıkça özsaygı düşecek, öz saygı düştükçe kaygı artmaya başlayacaktır.

3.8. Kaygının Belirtileri

Önem sırasına göre bedensel olandan ruhsal olana doğru şu şekildedir. Kas gerilmesi, mide ve barsak problemleri, nefes alıp vermede artış, titreme, terleme, uykusuzluk Endişe, gerginlik, korku, panik, güvensizlik, şaşkınlık, tedirginlik, baş ağrısı, baş dönmesi, ağız kuruluğu, çarpıntı, bulantı, halsizlik,

güçsüzlük, iştah kaybı, kan basıncında düşme veya yükselmedir (Kaya ve Varol, 2004: 33).

3.8.1. Fiziksel ve Fizyolojik Belirtileri

İştahsızlık, mide bulantısı, nefes alıp verişte artış, , baş dönmesi ve baş ağrısı, Göğüs ağrısı, göğüste gerginlik hissi, kalp çarpıntısı, , terlemek, sık idrara çıkmak, kas gerginliği, güçsüzlük panik atak vb. belirtiler kaygının fiziksel belirtilerindendir (Karaman, 2009: 11).

Terleme, bulantı, midedeki kelebekler, nefes darlığı, nabız artışı, Nefes alışverişinin hızlanması baş dönmesi, terli avuçlar, ağız kuruluğu, ve parmaklarda aşırı gerginlik, soğuk eller, tuvalet ihtiyacı gibi belirtiler, kaygının fizyolojik belirtileridir (Tokinan, 2013: 85).

3.8.2. Zihinsel Belirtileri

Kaygının zihinsel belirtilerinin başında korkulu bekleyiş, hemen yorulmak, uyku düzensizliği konsantrasyon bozukluğu, endişe, sürekli uyarılmak ve depresyon gibi belirtiler yer almaktadır (Karaman, 2009: 11).

Tokinan'a (2013) kaygının zihinsel belirtilerinin başında konsantrasyon güçlüğü, özgüven problemi, hata yapmaktan korkma, hafıza hataları yetersizlik hissi, hataların sonuçları ile ilgili endişe duyma, bilinç kaybı kasların kasıldığını hissetme, bilinç kaybı, , bilinç kaybı korku korkusu, “katastrofik durum”, statü kaybı hissiyatı performansı sergileyen, kendini izleyen şeklinde benlik bölünmesi gelmektedir (Tokinan, 2013: 85).

3.8.3. Davranışsal Belirtileri

Kaygının davranışsal belirtilerinin başında, güçsüzlük, ses titremesi, titreme, kalkık omuzlar, ruhsuz yüz ifadesi, nemlenmiş dudaklar, performans hataları, ilerleyen durumlarda performansın gerilemesi ve durması, rutinleşmiş davranışları bozma eğilimi gibi belirtiler gelmektedir. (Tokinan, 2013: 85).

Öztürk'e (2008) göre durumluk kaygı yaşayan bireyde dudakları yalama, ısırma, üzerindeki kıyafetlere avuçlarını sürme, solunum değişiklikleri ve huzursuzluk gibi belirtiler görülmektedir.

3.9. Stres Kavramı

Stres, psikoloji literatüründe bireyin bir uyarana karşı karşıya kaldığında yaşamış olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel farklılıklarla meydana gelen uyarılmışlık hali şeklinde tanımlanabilir. Stresin, kelime anlamı gerilme, baskı ve zorlanmadır (Şahin,2011).

Kişinin dengesini bozup bir tehdit algısı ve değerlendirmesine (Lazarus, 1993) bağlı olarak gelişen farklı fizyolojik (Selye, 1936), bilişsel (Lazarus ve Folkman, 1984), duygusal (Şahin, 1995) ve davranışsal tepkilerle ortaya çıkan stresin, yoğun ve sürekli biçimde yaşanmasının öncelikle bireyler üzerinde (Sauter vd., 1998; Brosschot vd., 2005) ve ardından çevrelerinde genişleyerek kişinin sosyal çevresini, aile yaşantısını negatif sonuçlar oluşması geniş olarak batı yazınında kapsamlı olarak araştırılan konudur (Everson ve Lewis, 2005). Ulusal çalışmalarda ve Türk örneklem çalışmalarında çıkan veriler kullanılarak stresin, kişilik özellikleri, yaşanan stres belirtileri üzerinde etkili olabilecek; stres faktörleri, başa çıkma yöntemleri, kişilik özellikleri, çeşitli iş yeri koşulları gibi değişkenlerin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır (Şahin vd., 2011; Batıgün ve Şahin, 2006).

Stres unsurunu incelediğimiz zaman, senelerdir stresi konu edinen çalışmaların yapıldığı, stres ile ruhsal iyilik arasında güçlü bağlantıların olduğu anlaşılmaktadır. Kanada'lı bilim adamı Hans Selye stresin bireyler üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla ilk bilimsel çalışmayı 1956 yılında gerçekleştirmiştir. Selye'nin gerçekleştirdiği araştırmaya göre stres içerisinde yer alan birey psikolojik, davranışsal ve fizyolojik çeşitli tepkiler oluşturmaktadır. Titreme, iştah bozukluğu, kalp atış sayısının artması, fazla terleme, bunaltı, ağız kuruluğu, çökkünlük, huzursuzluk, sıkıntı ve çeşitli ağrılar bu tepkilerden bazılarıdır. Dolayısıyla birey elinde bulundurduğu

psikolojik ve biyolojik unsurlar ile stres kaynağı olan durumu kontrol etmeye ve aşmaya çabalar. Stres, kişilerin gerginliklere karşı verdiği tepkiler bütünüdür. Strese tabi olan kişilerde fiziksel ve psikolojik değişimler meydana gelmektedir (Akman,., 2004: 35).

Günümüz dünyasında her alanda görülmeye başlanan stres kavramı iş hayatında da oldukça sık karşılaşılan bir durum haline gelmiştir. Çalışan bireylerdeki stres kişilere olduğu kadar içinde bulundukları örgüte de zarar vermektedir. İş yaşantısında stresli olan çalışanlarda iş kazaları, performans düşüklükleri, işten atılma gibi durumlar olabilmektedir. Bunların neticesinde ise şirketler mali kayıplar verirler. Bu nedenle de örgütlerin iş yaşantısındaki stresi azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerde bulunması oldukça önemli bir husus olmaktadır (Göktepe, 2002: 25).

3.10. Stresin Belirtileri

Kişi, stres altında iken ve stres ile beş edemediği durumlarda; kişinin verdiği mücadele ve stresten kaçma tepkisine göre her bireyde farklı belirtiler ortaya çıkmaktadır. Telman (1986)'a göre; stresin belirtileri genellikle çelişkili ve karmaşıktır. Telman, her bireyde farklı belirtilerin olduğunu ve belirtilerin her kademedede daha da kötüleştiğini belirtmektedir. Fakat kimi zaman belirtilerin azaldığı ya da yok olduğu ve yerine başka belirtilerin geldiğini vurgulamaktadır (Akt. Pehlivan, 1995:).

Birey stres ile karşı karşıya kaldığında; duygusal, fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda bazı olaylar meydana gelmektedir. Bu olaylar; duygusal stres belirtileri, fiziksel stres belirtileri, zihinsel stres belirtileri ve sosyal stres belirtileri şeklinde dört ayrı başlık altında incelenmektedir. Buna göre duygusal stres belirtileri; aşırı kaygı ve aşırı endişe, ruhsal durumda ani ve hızlı değişimler, özgüvenin azalması ya da güvensizlik duygusu, düşmalık veya saldırganlık hali, hiçbir heyecan duygusunun olmaması, öfke nöbetleri ve duygusal tükenmişlik olarak belirtilmektedir. Fiziksel stres belirtileri; baş ağrısı, uyku düzensizliği, çarpıntı, bel ve sırt bölgesindeki ağrılar, çenede kasılma, kabızlık, iştah değişikliği, diş gıcırdatması, aşırı terleme ve nefes

darlığı olarak belirtilmektedir. Zihinsel stres belirtileri; konsantrasyonda güçlük, unutkanlık, zihinde karışıklık ve mizah anlayışının yok olması şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal stres belirtileri ise; diğer bireylere karşı güvensizlik duygusu, olması gerekenden çok daha fazla savunmacı bir tutum sergilenmesi, başkalarında hata aramak ve suçlamak, rencide edici sözler sarf etmek, randevular iptal etme ya da hiç gitmeme şeklinde belirtilmektedir. (Braham ve Janes, 2002:27).

3.11. İlgili Araştırmalar

Çalışmanın bu bölümünde premenstrual sendrom ve depresyon üzerine daha önce yapılmış olan araştırmalara ve bu araştırmalar neticesinde elde edilen sonuçlara yer verilmektedir.

Literatürde, PMS ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Pınar ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışma, Antalya ilinde bölgesinde ki iki sağlık ocağında merkezinde yapıldı. Örneklem 15-49 yaş arasında toplam 600 kadın yapıldı. Yapılan çalışmanın sonucunda elde edilen sonuçta 15-49 yaş aralığında ki kadınlarda PMS'nin etkisinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Esen Danacı ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan çalışmaya Manisa da bulunan Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvumuş uzmanı tarafından PMS tanısı konmuş 28 kadın çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın sonucunda kadınlarda PMS döneminde depresif belirtilerin daha sık ortaya çıktığı ve bu belirtilerin şiddetinin PMS adet sonrası döneme göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Yücel ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışma, Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde okuyan ve Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü Sınıf Öğretmenliği lisans programında öğrenim gören kız öğrencilerin premenstruel sendrom ve depresyon riski ile

aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara PMS olan öğrencilerin depresyona etkisi anlamlı düzeyde ilişkisi bulunmuştur.

Akyol ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada, 18-40 yaş aralığındaki PDD tanısı olan ve PDD tanısı konulmayan kadınlar arasında PMS düzeyleri ile öfke boyutları düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre PDD tanısı olan kadınlarda öfke düzeyinin PDD tanısı olmayan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca PMS ve öfke düzeyleri arasında (öfke dışarı boyutu dışında) pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

Literatürde bulunan bulgulara bakıldığında depresyon, kaygı ve stres düzeylerinin adet öncesinde yaşanan gerginlik sendromu ile arasında anlamlı bir korelatif ilişkinin olduğu görülmektedir. Literatürde depresyon ile ilgili yapılan diğer araştırmalara bakıldığında ise bilhassa çalışmaların ruhsal ve fiziksel sağlık açısından iyi olmayan bireyler üzerinde yapıldığı görülmektedir.

Beasley ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada bilişsel dayanma ve üstesinden gelmenin psikolojik fonksiyonel ve genel sağlık ile olan ilişkisinde durumsal ya da doğrudan etkileri saptanmaya çalışılmıştır. Çalışmada Tasmania Üniversitesi'nde öğrenim gören (N= 81 erkek, N= 106 kadın, 25-59 yaş arasında) lisans ve lisansüstü toplam 187 öğrenci örneklem olarak katılmıştır. Çalışmadaki bağımsız değişkenler stres yaratan olayları ve travmatik deneyimleri, moderatör değişkenler üstesinden gelme şekli ve bilişsel dayanıklılık, bağımsız değişkenler ise yaşam kalitesi (sağlık), depresyon, kaygı ve somatizasyondur. Yapılan çalışma sonucunda stres yaratan olayların psikolojik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi doğrudan etkilediği saptanmıştır. Aynı zamanda üstesinden gelme şekli, bilişsel dayanıklılık ve negatif etkisi olan olayların psikolojik ve somatik sorunlara neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışma sonucunda duygusal üstesinden gelme ya da olumsuz olayların psikolojik bıkkınlık üzerinde bilişsel dayanıklılığa bağlı olarak değişiklik gösterdiği saptanmıştır.

Kim ve arkadaşları (2004) yaptığı bir çalışmada PMS belirtileri geriye dönük bakıldığında çalışmalarda depresif bozukluk görülme sıklığı % 18-69'dur. Yapılan bu çalışmalardan sonuç olarak adet öncesi yakınmaları olan kadınlarda depresyon görülme olasılığını göz önünde bulundurmak gerektiğidir.

Korkmaz Çetin ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada, 13-18 yaş aralığında olan ve depresyon tanısı konulan kızlar ile depresyon tanısı olmayan kızlar arasında PMS düzeyindeki değişimler incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre depresyon tanısı konulan kızların PMS belirtilerinin şiddeti, depresyon tanısı olmayan kızlara göre anlamlı derece yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda depresyon derecesi artıkça PMS düzeyinin de arttığı görülmüştür.

Belancieri (2011) tarafından yapılan ve Brezilya'yı konu alan çalışmada halk sağlığı merkezinde çalışan 430 hemşire örneklem olarak seçilmiş ve hemşirelerin stres, psikolojik dirayet ve yaşam kalitesi seviyeleri ele alınmıştır. Araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin neredeyse tamamının tükenmişlik yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin yaşam kalitelerinin yalnızca fiziksel alanda yüksek olduğu, sosyal ve psikolojik alanda ise orta seviyede olduğu belirlenmiştir.

Wittchen ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir başka çalışma da ise PMDB olan kadınların % 16' sında PMDB ile birlikte major depresyon görülürken PMDB olmayan kadınlarda depresyon görülme oranı % 7' dir.

Sagone ve De Caroli (2014) tarafından yapılan çalışmada, psikolojik öznel iyi oluş boyutları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada 224 ergen örneklem olarak seçilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş boyutları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Adet döngüsü ve özyıkım davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde, özyıkım davranışı ile adet döngüsü arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Fakat belirli

bir adet dönemi evresi arasındaki ilişkinin sonuçları çelişme göstermektedir. Bunun nedeni ise yapılan çalışma da adet döngüsünün evresinin tam saptanmamış olmasıdır. Baca-Garcia ve arkadaşları (2000) de yapılan çalışmalarda özkıym girişimlerinin adet dönemi zamanında daha fazla görüldüğü ileri sürülmüştür.

Irwin (2014) tarafından yapılan çalışmada, 18-45 yaş aralığında bulunan 159 anne örneklem olarak seçilmiştir. Annelerin % 64.3' ünün Kafkas, % 22.3'ünün Afrikalı ve Amerikalı, % 5.1'nin Asya veya Pasifik Adalı, % 3.2'sinin Latin, % 1.9'ünün melez ve % 3.2'sinin ise başka ırklardan olduğu belirlenmiştir. Çalışmada psikolojik dayanıklılık doğum sonrası yaşam kalitesinin yordayıcısı olarak incelenmiştir. Ayrıca çalışmada yıllık gelir, depresif emareler ve travma sonrasında görülen stres belirtileri kovaryet değişken olarak gösterilmiş ve aile işlevselliği ile psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesini nasıl etkilediği incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre aile işlevselliğinin yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği fakat yıllık gelir, depresif emareler ve travma sonrasında görülen stres belirtileri denkleme dahil edildiğinde psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesinin daha da güçlü bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak çalışmada yaşam kalitesine pozitif yordayıcıların negatif yordayıcılardan daha fazla etki ettiği ortaya konulmuştur.

Kirmani, ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada, yaşları 18-23 arasında değişen ve 50'si lisans 48'i lisansüstü olan 98 kız öğrenci örneklem olarak seçilmiştir. Çalışmada psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş seviyeleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada premenstrual sendromun depresyon, kaygı, stres ile ilişkisi ikesitsel araştırma deseni kullanılarak incelenmiştir.

4.2. Evren ve Örneklem

Premenstrual sendromun depresyon, kaygı, stres ile ilişkisi ve etkisinin inceleneceği bu çalışmaya hamile ve menepoz döneminde olma dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Düzenli adet gören kadınlardan oluşacak katılımcıların evren sayısı bilinmediğinden dolayı evreni bilinmeyen örneklem sayısı formülü kullanılarak %95 güven düzeyi ve %5 örnekleme hatası ile çalışmaya 386 kadın alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Alanya ilinde ikamet etmekte olan kadınlara seçkili örnekleme yöntemi kullanılarak evlerinde ve işyerlerinde anket formu araştırmacı tarafından verilmiştir.

4.3. Veri Toplama Araçları

4.3.1.Sosyo-demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durumları, kronik hastalıkları sağlık güvenceleri gibi kişisel bilgileri de bulunmaktadır.

4.3.2.Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PSMÖ): Gençdoğan tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0.75'tir. Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir

ölçektir. Katılımcılar “adetten bir hafta önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddelere işaretleme yapılmaktadır (Gençdoğan, 2006).

4.3.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) kullanılmıştır. Lovibond ve Lovibond tarafından 1995’te geliştirilen bu ölçek 14’ü depresyon, 14’ü anksiyete ve 14’ü stres olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Depresyon maddeleri, hoşnutsuzluk, çaresizlik, değersizlik, ilgi kaybı ve düşük enerji düzeyini ölçmektedir. Anksiyete maddeleri, bireyin otonomik uyarılmışlık, durumsal anksiyete, öznel anksiyete ve kas tepkisi düzeyini değerlendirmektedir. Stres maddeleri ise, rahatlama güçlüğü, sinir uyarımı, kolay üzülme ve sıkılma, rahatsızlık, aşırı tepki verme ve tahammülsüzlük belirtilerinin düzeyini ölçmektedir. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği’nin Türkçeye uyarlama çalışması Akın ve Çetin tarafından 2007’de yapılmıştır. Ölçek öncelikle İngilizce Öğretmenliği bölümünde görev yapan beş öğretim üyesi tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçe form aynı grup tarafından tekrar İngilizceye çevrilerek her iki form arasındaki tutarlılık incelenmiş ve Türkçe form son halini almıştır. Güvenirlilik ve geçerlik çalışmaları için üniversite öğrencileri, öğretmenler ve klinik örneklem kullanılmış ve ölçeğin klinik ve klinik olmayan örneklem için kullanıma uygun olduğu görülmüştür (Akın ve Çetin, 2007).

5. BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 1.

PMS, DAS ölçeklerinin normal dağılımı basıklık ve çarpıklık katsayısı ile incelenmiştir.

	n	Çarpıklık	Basıklık
Depresif Duygulanım	386	0,124	0,206
Anksiyete	386	0,298	-0,227
Yorgunluk	386	-0,335	-0,265
Sinirlilik	386	0,406	-0,747
Depresif Düşünceler	386	-0,330	-0,538
Ağrı	386	-0,376	-0,565
İştah Değişimleri	386	-0,454	-0,746
Uyku Değişimleri	386	-0,101	-1,062
Şişkinlik	386	-0,529	-0,961
PMSÖ Toplam	386	-0,441	0,107
Depresyon	386	0,779	0,307
Anksiyete	386	0,397	-0,477
Stres	386	0,143	0,002

Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Analiz sonucunda puanların basıklık ve çarpıklık değerlerinin istenen aralıkta olduğu

belirlenmiş ve çalışmada parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda karşılaştırma analizleri t testi ve ANOVA testi ile yapılmıştır. PMSÖ, depresyon, stres, anksiyete arasındaki ilişki korelasyon testi ile analiz edilirken, etki analizi regresyon testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıları sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Yaş	18 yaş	26	6,7%
	19-24 yaş	108	28,0%
	25-30 yaş	94	24,4%
	31-35 yaş	68	17,6%
	36-40 yaş	37	9,6%
	41 yaş ve üstü	53	13,7%
Yaşamakta olduğunuz yerleşim birimi	Köy	12	3,2%
	Kasaba	35	9,3%
	Şehir	328	87,5%
Eğitim Durumunuz	Okur- yazar değil	11	2,9%
	İlkokul terk/mezun	33	8,8%
	Ortaeğitim terk/mezun	46	12,2%
	Lise terk/mezun	125	33,2%
	Üniversite ve üstü	161	42,8%
Medeni Durumunuz	Evli	166	44,0%
	Bekar	157	41,6%
	Boşanmış	17	4,5%
	Dul (eş vefat)	9	2,4%
	Söz / Nişan	28	7,4%
Evlenme Biçimi	Görücü Usulü	89	43,0%
	Görücü Usulü/ istemeyerek	4	1,9%
	Severek / flört ederek	114	55,1%
Kaç çocuğunuz var?	Çocuğum yok	202	52,3%
	1 çocuğum var	53	13,7%
	2 çocuğum var	86	22,3%
	3 ve daha fazla	45	11,7%
Çalışma durumunuz?	Çalışıyorum	225	60,6%
	Çalışmıyorum	146	39,4%
Gelir durumunuz	Gelir giderden az	102	31,2%
	Gelir gidere denk	177	54,1%
	Gelir giderden fazla	48	14,7%

Araştırmaya katılanların %28,0'i 19-24 yaşında, %87,5'i şehirde yaşıyor, %44,0'ü evli, %55,1'i severek/flört ederek evlenmiş, %52,3'ünün çocuğu bulunmamakta, %60,9'u çalışmamakta ve %54,1'inin geliri giderine denktir.

Tablo 3.

Kötü alışkanlıklar ve sağlık durumu

		n	%
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	162	42,1%
	Hayır	223	57,9%
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	88	22,9%
	Hayır	296	77,1%
Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?	Evet	18	4,7%
	Hayır	367	95,3%
Herhangi bir fizik rahatsızlığınız var mı?	Evet	27	7,0%
	Hayır	358	93,0%

Araştırmaya katılanların %42,1'i sigara, %22,9'u alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %4,7'sinin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı varken %7,0'sinin herhangi bir fizik rahatsızlığı vardır.

Tablo 4.*PMS, DAS ölçeğinin betimsel istatistikleri*

	n	Minimum	Maximum	Ort.	Ss
Depresif Duygulanım	386	7,00	35,00	21,27	5,46
Anksiyete	386	7,00	34,00	18,65	5,70
Yorgunluk	386	6,00	30,00	20,20	4,88
Sinirlilik	386	5,00	25,00	14,34	5,30
Depresif Düşünceler	386	7,00	34,00	19,50	6,11
Ağrı	386	3,00	15,00	10,47	3,09
İştah Değişimleri	386	3,00	15,00	11,01	3,15
Uyku Değişimleri	386	3,00	15,00	8,96	3,78
Şişkinlik	386	3,00	15,00	10,63	3,89
PMSÖ Toplam	386	52,00	197,00	135,04	27,31
Depresyon	386	0,00	39,00	12,85	8,17
Anksiyete	386	0,00	38,00	14,11	8,14
Stres	386	1,00	40,00	18,83	7,25

Depresif Duygulanım puanları ortalaması 21,27; Anksiyete 18,65; Yorgunluk 20,20; Sinirlilik 14,34; Depresif Düşünceler 19,50; Ağrı 10,47; İştah Değişimleri 11,01; Uyku Değişimleri 8,96; Şişkinlik 10,63 ve PMSÖ Toplam puanları ortalaması 135,04'dir.

Katılımcıların Depresyon puanları ortalaması 12,85; Anksiyete puanları ortalaması 14,11; Stres puanları ortalaması 18,83'tür.

Tablo 5.a.*PMSÖ puanının yaş bakımından farklılık analizi*

		n	Ort.	ss	F	P
Depresif Duygulanım	18 yaş	26	21,77	6,57	0,804	0,547
	19-24 yaş	108	21,58	5,18		
	25-30 yaş	94	21,13	6,33		
	31-35 yaş	68	21,82	4,19		
	36-40 yaş	37	19,86	3,24		
	41 yaş ve üstü	53	20,91	6,36		
Anksiyete	18 yaş	26	22,92	7,88	5,136	0,000*
	19-24 yaş	108	18,28	5,40		
	25-30 yaş	94	19,60	5,97		
	31-35 yaş	68	17,47	4,16		
	36-40 yaş	37	16,84	4,52		
	41 yaş ve üstü	53	18,42	5,96		
Yorgunluk	18 yaş	26	20,31	7,47	2,796	0,017*
	19-24 yaş	108	19,21	4,66		
	25-30 yaş	94	20,61	5,16		
	31-35 yaş	68	20,51	4,37		
	36-40 yaş	37	19,00	3,80		
	41 yaş ve üstü	53	21,85	4,04		
Sinirlilik	18 yaş	26	17,31	5,48	4,599	0,000*
	19-24 yaş	108	12,81	4,24		
	25-30 yaş	94	14,69	5,42		
	31-35 yaş	68	14,78	4,86		
	36-40 yaş	37	13,35	4,02		
	41 yaş ve üstü	53	15,53	7,09		
Depresif düşünceler	18 yaş	26	19,50	8,92	4,482	0,001*
	19-24 yaş	108	20,54	6,08		
	25-30 yaş	94	19,34	5,85		
	31-35 yaş	68	20,91	5,32		
	36-40 yaş	37	15,89	4,77		
	41 yaş ve üstü	53	18,40	5,76		

Tablo. 5.b.

Ağrı	18 yaş	26	7,73	3,44		
	19-24 yaş	108	9,85	2,87		
	25-30 yaş	94	11,39	3,15		
	31-35 yaş	68	10,87	2,54		
	36-40 yaş	37	9,70	3,34	9,281	0,000*
	41 yaş ve üstü	53	11,45	2,57		
İştah Değişimleri	18 yaş	26	8,08	3,80		
	19-24 yaş	108	10,81	3,01		
	25-30 yaş	94	11,35	3,48	5,952	0,000*
	31-35 yaş	68	11,74	2,62		
	36-40 yaş	37	11,19	2,70		
	41 yaş ve üstü	53	11,21	2,68		
Uyku Değişimleri	18 yaş	26	6,00	4,53		
	19-24 yaş	108	9,31	3,76		
	25-30 yaş	94	8,91	4,08	4,277	0,001*
	31-35 yaş	68	9,78	3,59		
	36-40 yaş	37	9,14	2,15		
	41 yaş ve üstü	53	8,62	3,47		
Şişkinlik	18 yaş	26	4,46	2,30		
	19-24 yaş	108	10,28	4,05		
	25-30 yaş	94	11,50	3,61		
	31-35 yaş	68	10,76	3,39	23,365	0,000*
	36-40 yaş	37	10,24	2,89		
	41 yaş ve üstü	53	12,96	2,33		
PMSÖ Toplam	18 yaş	26	128,08	39,59		
	19-24 yaş	108	132,67	27,22		
	25-30 yaş	94	138,52	30,78	2,303	0,044*
	31-35 yaş	68	138,65	18,88		
	36-40 yaş	37	125,22	17,23		
	41 yaş ve üstü	53	139,34	26,87		

*p<0,05

Analiz sonucuna göre anksiyete, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre anksiyete puanı en yüksek grup 18 yaşlıdır.

Yorgunluk, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre yorgunluk puanı en yüksek grup 41 ve daha büyük yaşlılardır.

Sinirlilik, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sinirlilik puanı en yüksek grup 18 ve daha küçük yaşlılardır.

Depresif düşünceler, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre depresif düşünceler puanı en yüksek grup 31-35 yaşlılardır.

Ağrı, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ağrı puanı en yüksek grup 41 ve daha büyük yaşlılardır.

İştah değişimleri, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre iştah değişimleri puanı en yüksek grup 31-35 yaşlılardır.

Uyku değişimleri, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre uyku değişimleri puanı en yüksek grup 31-35 yaşlılardır.

Şişkinlik, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre şişkinlik puanı en yüksek grup 41 ve üstü yaşlılardır.

PMSÖ, yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre PMSÖ puanı en yüksek grup 41 ve üstü yaşlılardır.

Tablo 6.*DAS ölçek puanının yaş bakımından farklılık analizi*

		n	Ort.	ss	F	P
Depresyon	18 yaş	26	13,69	8,68	3,762	0,002*
	19-24 yaş	108	11,81	6,55		
	25-30 yaş	94	10,66	6,62		
	31-35 yaş	68	14,65	8,58		
	36-40 yaş	37	13,76	5,28		
	41 yaş ve üstü	53	15,51	12,40		
Anksiyete	18 yaş	26	15,31	8,46	2,213	0,052
	19-24 yaş	108	12,53	5,87		
	25-30 yaş	94	13,27	8,10		
	31-35 yaş	68	14,87	8,35		
	36-40 yaş	37	15,84	7,66		
	41 yaş ve üstü	53	16,04	11,11		
Stres	18 yaş	26	18,27	6,26	1,922	0,090
	19-24 yaş	108	17,68	6,47		
	25-30 yaş	94	18,14	6,31		
	31-35 yaş	68	19,97	6,87		
	36-40 yaş	37	19,51	5,79		
	41 yaş ve üstü	53	20,75	10,93		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre depresyon puanı yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre depresyon puanı en yüksek grup 41 ve üstü yaş grubudur.

Tablo 7.*PMSÖ Puanının Yaşanan Yer Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	t	P
Depresif	Köy/Kasaba	47	18,66	3,76	-5,050	0,000*
Duygulanım	Şehir	328	21,81	5,41		
Anksiyete	Köy/Kasaba	47	19,30	5,93	0,743	0,458
	Şehir	328	18,63	5,70		
Yorgunluk	Köy/Kasaba	47	20,21	4,47	0,011	0,991
	Şehir	328	20,20	4,94		
Sinirlilik	Köy/Kasaba	47	14,17	4,26	-0,469	0,640
	Şehir	328	14,49	5,43		
Depresif	Köy/Kasaba	47	20,26	5,81	0,922	0,357
Düşünceler	Şehir	328	19,39	6,05		
Ağrı	Köy/Kasaba	47	11,00	2,00	1,809	0,074
	Şehir	328	10,38	3,18		
İştah Değişimleri	Köy/Kasaba	47	11,43	2,97	1,131	0,259
	Şehir	328	10,87	3,16		
Uyku Değişimleri	Köy/Kasaba	47	9,11	2,99	0,362	0,718
	Şehir	328	8,93	3,92		
Şişkinlik	Köy/Kasaba	47	9,60	2,55	-2,626	0,010*
	Şehir	328	10,73	4,04		
PMSÖ Toplam	Köy/Kasaba	47	133,72	25,41	-0,410	0,682
	Şehir	328	135,46	27,36		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre Depresif Duygulanım yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre şehirde yaşayanların puanları daha yüksektir.

Şişkinlik yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre şehirde yaşayanların puanları daha yüksektir.

Tablo 8.*DAS Ölçek Puanının Yaşanan Yer Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	t	P
Depresyon	Köy/Kasaba	47	16,66	7,61	3,373	0,001*
	Şehir	328	12,45	8,06		
Anksiyete	Köy/Kasaba	47	16,62	6,32	2,636	0,010*
	Şehir	328	13,91	8,27		
Stres	Köy/Kasaba	47	18,96	5,66	0,073	0,942
	Şehir	328	18,88	7,40		

***p<0,05**

Depresyon puanı yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre köy/kasabada yaşayanların puanları daha yüksektir.

Anksiyete puanı yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre köy/kasabada yaşayanların puanları daha yüksektir.

Tablo 9.a.*PMSÖ Puanının Eğitim Düzeyi Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	F	P
Depresif Duygulanım	İlkokul terk/mezun	44	21,11	7,07	0,619	0,603
	Ortaeğitimterk/mezun	46	20,37	3,21		
	Lise terk/mezun	125	21,62	4,74		
	Üniversite ve üstü	161	21,39	5,93		
Anksiyete	İlkokul terk/mezun	44	19,77	5,88	7,345	0,000*
	Ortaeğitimterk/mezun	46	20,54	4,99		
	Lise terk/mezun	125	19,57	6,21		
	Üniversite ve üstü	161	17,16	5,08		
Yorgunluk	İlkokul terk/mezun	44	21,93	3,69	6,545	0,000*
	Ortaeğitimterk/mezun	46	21,22	3,83		
	Lise terk/mezun	125	20,79	5,03		
	Üniversite ve üstü	161	19,05	4,92		
Sinirlilik	İlkokul terk/mezun	44	15,05	6,71	0,638	0,591
	Ortaeğitim terk/mezun	46	13,91	4,00		
	Lise terk/mezun	125	14,58	5,38		
	Üniversite ve üstü	161	14,01	5,17		
Depresif Düşünceler	İlkokul terk/mezun	44	20,11	5,86	2,864	0,037*
	Ortaeğitimterk/mezun	46	21,15	2,62		
	Lise terk/mezun	125	20,03	6,41		
	Üniversite ve üstü	161	18,58	6,46		
Ağrı	İlkokul terk/mezun	44	12,05	2,67	10,549	0,000*
	Ortaeğitimterk/mezun	46	12,07	2,48		
	Lise terk/mezun	125	10,10	3,07		
Tablo.9.b.	Üniversite ve üstü	161	10,05	2,97		

İştah Değişimleri						
	İlkokul terk/mezun	44	10,80	3,07		
	Ortaeğitimterk/mezun	46	11,11	2,95	0,491	0,688
	Lise terk/mezun	125	10,86	3,53		
	Üniversite ve üstü	161	11,25	2,86		
	İlkokul terk/mezun	44	7,45	3,53		
	Ortaeğitimterk/mezun	46	8,02	3,44		
Uyku Değişimleri					4,593	0,004*
	Lise terk/mezun	125	9,51	3,48		
	Üniversite ve üstü	161	9,24	4,02		
	İlkokul terk/mezun	44	12,43	3,05		
	Ortaeğitimterk/mezun	46	10,04	2,98		
Şişkinlik					6,726	0,000*
	Lise terk/mezun	125	9,75	4,12		
	Üniversite ve üstü	161	11,11	3,91		
	İlkokul terk/mezun	44	140,70	27,56		
	Ortaeğitimterk/mezun	46	138,43	15,98		
PMSÖ Toplam					1,837	0,140
	Lise terk/mezun	125	136,81	27,13		
	Üniversite ve üstü	161	131,84	28,65		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre anksiyete puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre orta eğitim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Yorgunluk puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ilköğretim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Depresif düşünceler puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre orta eğitim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Ağrı puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ortaöğretim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Uyku değişimleri puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre lise mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Şişkinlik puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ilkokul mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Tablo 10.

DAS Ölçek Eğitim Düzeyi Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	F	P
Depresyon	İlkokul terk/mezun	44	17,16	11,35	16,573	0,000*
	Ortaeğitim	46	17,11	6,40		
	terk/mezun					
	Lise terk/mezun	125	13,37	8,04		
	Üniversite ve üstü	161	10,03	6,51		
Anksiyete	İlkokul terk/mezun	44	19,34	10,67	19,437	0,000*
	Ortaeğitim	46	18,87	6,45		
	terk/mezun					
	Lise terk/mezun	125	14,10	7,77		
	Üniversite ve üstü	161	11,46	6,75		
Stres	İlkokul terk/mezun	44	23,20	10,12	16,063	0,000*
	Ortaeğitim	46	21,98	2,92		
	terk/mezun					
	Lise terk/mezun	125	19,31	6,75		
	Üniversite ve üstü	161	16,42	6,64		

*** $p<0,05$**

Analiz sonucuna göre depresyon puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ilkokul mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Anksiyete puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ilköğretim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Stres puanı eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre ilköğretim mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Tablo 11.

PMSÖ Puanının Evlenme Biçimi Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	t	P
Depresif	Görücü Usulu	93	21,17	4,64	0,744	0,458
Duygulanım	Severek / flört ederek	114	20,61	5,90		
Anksiyete	Görücü Usulu	93	19,11	4,86	3,541	0,000*
	Severek / flört ederek	114	16,48	5,64		
Yorgunluk	Görücü Usulu	93	21,51	4,10	1,983	0,049*
	Severek / flört ederek	114	20,28	4,66		
Sinirlilik	Görücü Usulu	93	15,02	5,43	1,083	0,280
	Severek / flört ederek	114	14,18	5,72		
Depresif	Görücü Usulu	93	20,58	5,04	4,076	0,000*
Düşünceler	Severek / flört ederek	114	17,26	6,40		
Ağrı	Görücü Usulu	93	11,10	2,48	1,527	0,128
	Severek / flört ederek	114	10,48	3,17		
İştah Değişimleri	Görücü Usulu	93	10,86	2,78	-2,476	0,014*
	Severek / flört ederek	114	11,80	2,65		
Uyku Değişimleri	Görücü Usulu	93	8,98	3,24	-1,820	0,070
	Severek / flört ederek	114	9,84	3,52		
Şişkinlik	Görücü Usulu	93	11,35	2,70	-0,103	0,918
	Severek / flört ederek	114	11,40	3,85		
PMSÖ Toplam	Görücü Usulu	93	139,68	20,82	2,054	0,041*
	Severek / flört ederek	114	132,34	28,85		

*** $p<0,05$**

Analiz sonucuna göre anksiyete puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü ile evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Yorgunluk puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü ile evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Depresif düşünceler puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü ile evlenenlerin puanları daha yüksektir.

İştah değişimleri puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre severek/flört ederek evlenenlerin puanları daha yüksektir.

PMSÖ toplam puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü ile evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Tablo 12.

DAS Ölçek Puanının Evlenme Biçimi Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	t	P
Depresyon	Görücü Usulü	93	17,53	10,17	7,030	0,000*
	Severek / flört ederek	114	9,45	6,20		
Anksiyete	Görücü Usulü	93	17,66	8,96	5,762	0,000*
	Severek / flört ederek	114	10,96	7,74		
Stres	Görücü Usulü	93	22,10	7,78	5,465	0,000*
	Severek / flört ederek	114	16,41	7,16		

*** $p<0,05$**

Depresyon puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Anksiyete puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Stres puanı evlenme biçimine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre görücü usulü evlenenlerin puanları daha yüksektir.

Tablo 13.a.

PMSÖ Puanının Çocuk Sayısı Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	F	P
Depresif Duygulanım	Çocuğum yok	202	21,81	5,60	2,794	0,040*
	1 çocuğum var	53	19,45	6,35		
	2 çocuğum var	86	20,97	3,36		
	3 ve daha fazla	45	21,56	6,49		
Anksiyete	Çocuğum yok	202	19,34	5,98	4,535	0,004*
	1 çocuğum var	53	16,47	6,89		
	2 çocuğum var	86	17,91	4,15		
	3 ve daha fazla	45	19,53	4,73		
Yorgunluk	Çocuğum yok	202	19,70	5,25	4,102	0,007*
	1 çocuğum var	53	19,19	4,76		
	2 çocuğum var	86	21,34	4,00		
	3 ve daha fazla	45	21,44	4,24		
Sinirlilik	Çocuğum yok	202	14,00	5,25	0,622	0,601
	1 çocuğum var	53	14,92	5,32		
	2 çocuğum var	86	14,59	4,68		
	3 ve daha fazla	45	14,71	6,52		
Depresif Düşünceler	Çocuğum yok	202	20,15	6,38	1,774	0,152
	1 çocuğum var	53	18,75	6,15		
	2 çocuğum var	86	18,53	5,49		
	3 ve daha fazla	45	19,31	5,79		
Ağrı	Çocuğum yok	202	10,17	3,31	1,562	0,198
	1 çocuğum var	53	10,62	2,47		
	2 çocuğum var	86	10,74	2,95		
	3 ve daha fazla	45	11,11	2,93		
İştah Değişimleri	Çocuğum yok	202	10,76	3,46	3,209	0,023*
	1 çocuğum var	53	12,00	3,06		

	2 çocuğum var	86	11,34	2,38		
	3 ve daha fazla	45	10,33	2,86		
	Çocuğum yok	202	8,57	4,11		
	1 çocuğum var	53	9,79	3,71		
	2 çocuğum var	86	9,57	3,00		
Uyku Değişimleri	3 ve daha fazla	45	8,58	3,48	2,499	0,059
	1 çocuğum var	53	10,87	3,72		
	2 çocuğum var	86	11,00	3,17		
	3 ve daha fazla	45	12,07	2,62		
	Çocuğum yok	202	134,61	30,42		
PMSÖ Toplam	1 çocuğum var	53	132,08	28,40	0,519	0,669
	2 çocuğum var	86	135,99	18,45		
	3 ve daha fazla	45	138,64	25,69		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre depresif duygulanım puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre çocuğu olmayanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Anksiyete puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Yorgunluk puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

İştah değişimleri puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 1 çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Şişkinlik puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Tablo 14.*DAS Ölçek Puanının Çocuk Sayısı Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	F	P
Depresyon	Çocuğum yok	202	11,93	6,89	6,304	0,000*
	1 çocuğum var	53	10,60	7,01		
	2 çocuğum var	86	14,70	8,67		
	3 ve daha fazla	45	16,11	11,67		
Anksiyete	Çocuğum yok	202	13,78	7,34	4,624	0,003*
	1 çocuğum var	53	11,26	6,70		
	2 çocuğum var	86	15,19	7,67		
	3 ve daha fazla	45	16,87	12,07		
Stres	Çocuğum yok	202	18,36	6,50	4,160	0,006*
	1 çocuğum var	53	16,98	7,43		
	2 çocuğum var	86	19,60	6,25		
	3 ve daha fazla	45	21,67	10,57		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre depresyon puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Anksiyete puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Stres puanı çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre 3 ve daha fazla çocuğu olanların puanları diğer gruplara göre daha yüksektir.

Tablo 15.*PMSÖ Puanının Sigara Kullanma Durumu Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	t	P
Depresif Duygulanım	Evet	162	20,66	4,73	-1,881	0,061
	Hayır	223	21,72	5,91		
Anksiyete	Evet	162	19,44	5,12	2,350	0,019*
	Hayır	223	18,07	6,05		
Yorgunluk	Evet	162	19,81	4,62	-1,320	0,188
	Hayır	223	20,48	5,06		
Sinirlilik	Evet	162	13,10	4,49	-4,037	0,000*
	Hayır	223	15,27	5,65		
Depresif Düşünceler	Evet	162	19,54	6,02	0,136	0,892
	Hayır	223	19,46	6,20		
Ağrı	Evet	162	10,99	3,21	2,856	0,005*
	Hayır	223	10,09	2,96		
İştah Değişimleri	Evet	162	11,17	3,26	0,814	0,416
	Hayır	223	10,90	3,09		
Uyku Değişimleri	Evet	162	9,69	3,13	3,274	0,001*
	Hayır	223	8,42	4,12		
Şişkinlik	Evet	162	11,19	3,33	2,447	0,015*
	Hayır	223	10,22	4,21		
PMSÖ Toplam	Evet	162	135,60	26,00	0,349	0,727
	Hayır	223	134,62	28,33		

***p<0,05**

Anksiyete puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içenlerin puanları daha yüksektir.

Sinirlilik puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içmeyenlerin puanları daha yüksektir.

Ağrı puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içenlerin puanları daha yüksektir.

Uyku Değişimleri puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içenlerin puanları daha yüksektir.

Şişkinlik puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içenlerin puanları daha yüksektir.

Tablo 16.

DAS Ölçek Puanının Sigara Kullanma Durumu Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	t	P
Depresyon	Evet	162	12,93	6,09	0,132	0,895
	Hayır	223	12,82	9,42		
Anksiyete	Evet	162	15,53	7,41	2,937	0,004*
	Hayır	223	13,09	8,51		
Stres	Evet	162	19,06	6,18	0,522	0,602
	Hayır	223	18,66	7,96		

*** $p<0,05$**

Analiz sonucuna göre anksiyete puanı sigara kullanma durumuna göre anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre sigara içenlerin puanları daha yüksektir.

Tablo 17.*PMSÖ Puanının Alkol Kullanma Durumu Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	Ss	t	P
Depresif Duygulanım	Evet	88	20,94	4,14	-0,660	0,509
	Hayır	296	21,38	5,80		
Anksiyete	Evet	88	17,65	4,92	-1,881	0,061
	Hayır	296	18,95	5,91		
Yorgunluk	Evet	88	18,98	4,77	-2,720	0,007*
	Hayır	296	20,58	4,87		
Sinirlilik	Evet	88	12,26	4,05	-4,367	0,000*
	Hayır	296	15,00	5,46		
Depresif Düşünceler	Evet	88	19,25	5,94	-0,479	0,632
	Hayır	296	19,60	6,15		
Ağrı	Evet	88	10,98	3,14	1,711	0,088
	Hayır	296	10,34	3,06		
İştah Değişimleri	Evet	88	11,74	3,27	2,431	0,015*
	Hayır	296	10,81	3,09		
Uyku Değişimleri	Evet	88	9,50	3,19	1,505	0,133
	Hayır	296	8,81	3,93		
Şişkinlik	Evet	88	11,81	3,36	3,244	0,001*
	Hayır	296	10,30	3,96		
PMSÖ Toplam	Evet	88	133,10	23,60	-0,808	0,420
	Hayır	296	135,78	28,26		

***p<0,05**

Yorgunluk puanı alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre alkol kullanmayanların puanları daha yüksektir.

Sinirlilik puanı alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre alkol kullanmayanların puanları daha yüksektir.

İştah Değişimleri puanı alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre alkol kullananların puanları daha yüksektir.

Şişkinlik puanı alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre alkol kullananların puanları daha yüksektir.

Tablo 18.

DAS Ölçek Puanının Alkol Kullanma Durumu Bakımından Farklılık Analizi

Alkol kullanıyor musunuz?		n	Ort.	Ss	t	P
Depresyon	Evet	88	12,22	5,61	-0,886	0,376
	Hayır	296	13,09	8,78		
Anksiyete	Evet	88	14,73	6,70	0,763	0,446
	Hayır	296	13,97	8,51		
Stres	Evet	88	18,40	6,25	-0,672	0,502
	Hayır	296	18,99	7,53		

Analiz sonucuna göre depresyon, anksiyete ve stres alkol kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 19.*PMSÖ Puanının Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	t	P
Depresif Duygulanım	Evet	18	16,56	2,55	-3,819	0,000*
	Hayır	367	21,50	5,46		
Anksiyete	Evet	18	24,89	3,76	4,890	0,000*
	Hayır	367	18,34	5,62		
Yorgunluk	Evet	18	18,78	1,06	-1,266	0,206
	Hayır	367	20,27	4,99		
Sinirlilik	Evet	18	11,67	2,38	-2,220	0,027*
	Hayır	367	14,49	5,36		
Depresif Düşünceler	Evet	18	21,61	1,20	1,507	0,133
	Hayır	367	19,39	6,24		
Ağrı	Evet	18	12,17	1,54	2,397	0,017*
	Hayır	367	10,39	3,13		
İştah Değişimleri	Evet	18	8,78	2,24	-3,110	0,002*
	Hayır	367	11,12	3,16		
Uyku Değişimleri	Evet	18	6,11	3,14	-3,304	0,001*
	Hayır	367	9,09	3,76		
Şişkinlik	Evet	18	8,56	2,09	-2,326	0,021*
	Hayır	367	10,73	3,93		
PMSÖ Toplam	Evet	18	129,11	8,70	-0,941	0,347
	Hayır	367	135,32	27,91		

***p<0,05**

Analiz sonucuna göre Depresif Duygulanım psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Anksiyete psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Sinirlilik psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Ağrı psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

İştah değişimleri psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Uyku değişimleri psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Şişkinlik psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Tablo 20.

DAS Ölçek Puanının Psikiyatrik Rahatsızlık Durumu Bakımından Farklılık Analizi

		n	Ort.	ss	t	P
Depresyon	Evet	18	19,89	4,17	3,798	0,000*
	Hayır	367	12,52	8,17		
Anksiyete	Evet	18	22,11	4,81	4,365	0,000*
	Hayır	367	13,72	8,08		
Stres	Evet	18	21,89	3,53	1,838	0,067
	Hayır	367	18,68	7,36		

*** $p<0,05$**

Analiz sonucuna göre depresyon puanı psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Anksiyete puanı psikiyatrik rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre psikiyatrik rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Tablo 21.*PMSÖ Puanının Fiziki Rahatsızlık Durumu Bakımından Farklılık Analizi*

		N	Ort.	ss	t	P
Depresif	Evet	27	19,63	2,92	-1,624	0,105
Duygulanım	Hayır	358	21,40	5,59		
Anksiyete	Evet	27	22,56	4,12	3,751	0,000*
	Hayır	358	18,35	5,71		
Yorgunluk	Evet	27	21,07	4,08	0,964	0,336
	Hayır	358	20,13	4,94		
Sinirlilik	Evet	27	12,41	3,17	-1,993	0,047*
	Hayır	358	14,51	5,40		
Depresif Düşünceler	Evet	27	21,56	4,06	1,823	0,069
	Hayır	358	19,34	6,22		
Ağrı	Evet	27	12,04	2,56	2,751	0,006*
	Hayır	358	10,35	3,10		
İştah Değişimleri	Evet	27	10,52	3,53	-0,843	0,399
	Hayır	358	11,05	3,13		
Uyku Değişimleri	Evet	27	7,63	3,44	-1,890	0,059
	Hayır	358	9,05	3,80		
Şişkinlik	Evet	27	10,78	3,26	0,210	0,834
	Hayır	358	10,61	3,94		
PMSÖ Toplam	Evet	27	138,19	21,16	0,621	0,535
	Hayır	358	134,80	27,76		

***p<0,05**

Anksiyete fiziki rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre fiziki rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Sinirlilik fiziki rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre fiziki rahatsızlığı olmayanların puanları daha yüksektir.

Ağrı fiziki rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre fiziki rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Tablo 22.*DAS Ölçek Puanının Fiziki Rahatsızlık Durumu Bakımından Farklılık Analizi*

		n	Ort.	ss	t	P
Depresyon	Evet	27	14,63	6,10	1,162	0,246
	Hayır	358	12,73	8,30		
Anksiyete	Evet	27	18,48	5,81	2,917	0,004*
	Hayır	358	13,78	8,21		
Stres	Evet	27	21,93	3,56	2,312	0,021*
	Hayır	358	18,59	7,41		

***p<0,05**

Anksiyete fiziki rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre fiziki rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Stres fiziki rahatsızlık olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$) ve ortalama puanlara göre fiziki rahatsızlığı olanların puanları daha yüksektir.

Tablo 23.*PMSÖ, DAS Arasında İlişki*

		Depresif Duygulanım	Anksiyete	Yorgunluk	Sinirlilik	Depresif Düşünceler	Ağrı	İştah Değişimleri	Uyku Değişimleri	Şişkinlik	PMSÖ Toplam
Depresyon	r	,227**	,362**	,230**	,315**	,429**	0,092	-,103*	-,100*	-0,025	,300**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,070	0,042	0,050	0,627	0,000
	n	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386
Anksiyete	r	,236**	,394**	,247**	,214**	,426**	,243**	0,007	-0,028	,143**	,355**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,889	0,585	0,005	0,000
	n	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386
Stres	r	,426**	,346**	,390**	,402**	,449**	,234**	,130*	0,007	,245**	,483**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,884	0,000	0,000
	n	386	386	386	386	386	386	386	386	386	386

*p<0,05 **p<0,01

PMSÖ, depresyon, anksiyete, stres arasında ilişkinin analiz edilmesi amacıyla yapılan korelasyon sonuçları verilmiştir.

PMSÖ ölçeğinin depresif duygulanım alt boyutu ile psikolojik alan arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, sosyal alan arasında pozitif yönlü zayıf, çevre alanı arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin depresif duygulanım alt boyutu ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf, stres arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin anksiyete alt boyutu ile fiziksel alan, sosyal alan arasında negatif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin anksiyete alt boyutu ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf, stres arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin yorgunluk alt boyutu ile psikolojik alan arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin yorgunluk alt boyutu ile depresyon ve anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf, stres arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin sinirlilik alt boyutu ile fiziksel alan arasında negatif yönlü zayıf, psikolojik alan arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin sinirlilik alt boyutu ile depresyon ve stres arasında pozitif yönlü orta kuvvetli, anksiyete arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin depresif düşünceler alt boyutu ile fiziksel alan, sosyal alan ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin depresif düşünceler alt boyutu ile depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin ağrı alt boyutu ile fiziksel alan, sosyal alan, çevre alanı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin ağrı alt boyutu ile anksiyete ve stres arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin iştah değişimleri alt boyutu ile fiziksel alan, sosyal alan, çevre alanı ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin iştah değişimleri alt boyutu ile depresyon arasında negatif yönlü zayıf, stres arasında pozitif yönlü zayıf ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin uyku değişimleri alt boyutu ile fiziksel alan, sosyal alan, çevre alanı ve arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin uyku değişimleri alt boyutu ile depresyon arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

PMSÖ ölçeğinin şişkinlik alt boyutu ile fiziksel alan, psikolojik alan ve sosyal alan arasında pozitif yönlü zayıf, çevre alanı arasında pozitif yönlü kuvvetli bir

ilişki bulunmaktadır. PMSÖ ölçeğinin şişkinlik alt boyutu ile anksiyete ve stres arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 24.

PMSÖ'nün Depresyon Etkisi

Bağımlı	Bağımsız	B	sh	t	p	F	R ²
Depresyon	Depresif Duygulanım	-0,193	0,093	-2,080	0,038*		
	Anksiyete	0,093	0,094	0,991	0,322		
	Yorgunluk	0,169	0,109	1,547	0,123		
	Sinirlilik	0,253	0,093	2,731	0,007*		
	Depresif Düşünceler	0,567	0,087	6,536	0,000*	16,306	0,281
	Ağrı	-0,068	0,171	-0,399	0,690		
	İştah Değişimleri	-0,645	0,161	-3,996	0,000*		
	Uyku Değişimleri	-0,152	0,115	-1,321	0,187		
	Şişkinlik	0,064	0,120	0,535	0,593		

***p<0,05**

PMSÖ'nün depresyona olan etkisinin analiz edilmesi amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=16,306; p<0,05). Bununla birlikte Depresif Duygulanım depresyonu negatif yönde (B=-0,193; p<0,05), sinirlilik pozitif yönde (B=0,253; p<0,05), depresif düşünceler pozitif yönde (B=0,567; p<0,05) ve iştah değişimleri negatif yönde (B=-0,645; p<0,05) etkilemektedir.

Tablo 25.*PMSÖ'nün Anksiyeteye Etkisi*

Bağımlı	Bağımsız	B	sh	t	p	F	R ²
Anksiyete	Depresif Duygulanım	-0,137	0,094	-1,454	0,147	13,939	0,250
	Anksiyete	0,282	0,095	2,965	0,003*		
	Yorgunluk	0,156	0,111	1,404	0,161		
	Sinirlilik	-0,023	0,094	-0,239	0,811		
	Depresif Düşünceler	0,418	0,088	4,735	0,000*		
	Ağrı	0,148	0,174	0,848	0,397	13,939	0,250
	İştah Değişimleri	-0,476	0,164	-2,901	0,004*		
	Uyku Değişimleri	-0,255	0,117	-2,184	0,030*		
	Şişkinlik	0,361	0,122	2,957	0,003*		

***p<0,05**

PMSÖ'nün anksiyeteye olan etkisinin analiz edilmesi amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=13,939; p<0,05). Bununla birlikte PMSÖ'nün anksiyete boyutu anksiyeteyi pozitif yönde (B=0,282; p<0,05), depresif düşünceler pozitif yönde (B=0,418; p<0,05), iştah değişimleri negatif yönde (B=-0,476; p<0,05), uyku değişimleri negatif yönde (B=-0,255; p<0,05) ve şişkinlik pozitif yönde (0,361; p<0,05) etkilemektedir.

Tablo 26.*PMSÖ'nün Strese Etkisi*

Bağımlı	Bağımsız	B	sh	t	p	F	R ²
Stres	Depresif Duygulanım	0,150	0,080	1,865	0,063	19,323	0,316
	Anksiyete	0,012	0,081	0,154	0,878		
	Yorgunluk	0,249	0,095	2,635	0,009*		
	Sinirlilik	0,181	0,080	2,262	0,024*		
	Depresif Düşünceler	0,318	0,075	4,233	0,000*		
	Ağrı	-0,197	0,148	-1,331	0,184		
	İştah Değişimleri	-0,233	0,140	-1,667	0,096		
	Uyku Değişimleri	-0,204	0,100	-2,052	0,041*		
	Şişkinlik	0,455	0,104	4,379	0,000*		

***p<0,05**

PMSÖ'nün strese olan etkisinin analiz edilmesi amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F=19,323; p<0,05). Bununla birlikte yorgunluk stresi pozitif yönde (B=0,249; p<0,05), sinirlilik pozitif yönde (B=0,181; p<0,05), depresif düşünceler pozitif yönde (B=0,318; p<0,05), uyku değişimleri negatif yönde (B=-0,204; p<0,05) ve şişkinlik pozitif yönde (B=0,455; p<0,05) etkilemektedir.

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı premenstruel sendromun depresyon, kaygı, stres ile ilişkisine etkisidir.

PMSÖ puanları ve bazı sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında PMSÖ toplam puan ortalamaları ve yaş grupları arasında istatistiksel bir fark tespit edilmiştir. 41 yaş ve üstü kadınlarda PMSÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular ile paralellik gösteren Demir vd. (2006) ve Gençdoğan (2006) tarafından yapılan çalışmalarda ise yaşı 30 ve üzerinde olan kadınlarda PMS' nin arttığı saptanmıştır. Chayachinda vd. (2008) tarafından ve Tayvan'da yaşayan hemşireler üzerinde yapılan, PMS'nin yaşa bağlı olarak değiştiği ve yaşı 30 ve altında olan kadınlarda %70.8, yaşı 30 ve üstünde olan kadınlarda %29.2 olduğu saptanmıştır. Yine Min (2002) tarafından yapılan çalışmada genç yaş grubunda olan kadınlarda PMS'nin ileri yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

PMSÖ, fiziksel rahatsızlık ve ağrı toplam puanları anlamlı bir şekilde yüksek olduğu çıkmıştır. Güneş ve arkadaşları (1997) yaptığı bir çalışmada PMS en sık rastlanan fiziksel rahatsızlıkların, göğüslerde hassasiyet, karında şişlik ve baş ağrıları gibi semptomlar olduğu elde edilmiştir.

PMSÖ toplam puan ortalamaları görücü usulü evlenen kadınlarda daha yüksek puan elde edilmiştir. Premenstrüel durum, ayrı yaşama, boşanma, işinden memnun olmama gibi emosyonel sorunlar ile belirtilerin daha yoğun olduğu ve PMS' li kadınların iç çatışmalardan meydana gelen stres ile çevresel

stresle mücadele edebilme becerilerinde azalma olduğu gözlenmiştir. Psikolojik güçlük ile stres, sinir sistemi yolu, hormonları ve over bölümlerine etki ederek PMS'nin yoğunluğunu fazlalaştırır. Evlilik ile cinsel doyumsuzluklar, boşanma, alkolizm gibi faktörlerde PMS'nin şiddetine etkisi oldukça fazladır (Gümüş vd., 2012:) Görücü usulü evlenen kadınlarda sıkça rastlanabilen iç çatışmalar, işinden ve evliliğinden memnun olmama durumdan dolayı stresi arttıracığından PMS nin de stresle birlikte puanı artmaktadır. Bu nedenle görücü usulü evlenen kadınlarda PMSÖ puanı yüksek çıktığı düşünülmektedir.

PMSÖ puanının eğitim düzeyine göre PMSÖ; anksiyete, yorgunluk depresif düşünceler, ağrı , uyku düzensizliği ve şişkinlik bakımından sonuçları eğitim seviyesinin ilkökul ve ortaöğretim seviyelerinde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erbil ve arkadaşları (2007) de yaptığı bir çalışmada bizim sonuçlarımızla paralellik gösterdiği görülmektedir. Yapılan araştırmada kadınların okur- yazar olmayanlarının PMSÖ puanlarının okur-yazar olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

PMSÖ puanının sigara içme durumu bakımından incelendiğine; PMSÖ; sinirlilik, ağrı, uyku değişimleri ve şişkinlik puanı sigara içenlerde anlamlı derece de yüksek çıkmıştır. Başka bir çalışmada, çalışmamıza paralellik gösteren sigara içme durumu ile PMS varlığını etkileyebileceği düşünülmektedir (Erbil ve ark 2010, Bertone-Johnson ve ark 2008).

Depresyonun PMSÖ puanları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Korkmaz ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir araştırmada depresyon ve PMS arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; depresyon tanısı alan kızlarda PMS belirtilerinin şiddeti, depresyon tanısı almayan kızlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmada depresyon düzeyi arttıkça PMS düzeyinin de anlamlı derecede arttığı görülmüştür.

Stres PMSÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında stres PMSÖ puanları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. PMS puanları arttıkça stresin de arttığı yönünde bulgular literatürde yer almıştır (Gollenberg vd 2009).

Anksiyete PMSÖ puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anksiyetenin PMSÖ puanları arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Erbil ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan bir diğer çalışmada; PMS kaynaklı en yaygın semptomların anksiyete, depresif duygulanım, sinirlilik, yorgunluk ve depresif düşünceler olduğu saptanmıştır. Bulguların, yapılmış diğer çalışmalar ile uyumlu olduğu görülmektedir (Cheng ve ark., 2013; Selçuk ve ark., 2014). Amerika’da yapılan bir araştırmada PMS’nin temel belirtilerinin; anksiyete/gerginlik, ağrı ve iştah değişikliği olduğu belirlenmiştir. PMS grubundaki kadınlarda PMS’ si olmayanlara göre kaygı ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur (Firoozi vd 2012). Smith ve Thomas (1996) tarafından 72 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada PMS ile stres ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre PMS ile stres ve kaygı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır.

7.BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1 Sonuç

Bu araştırma da PMS' nin depresyon, stres ve kaygı anlamında kadınları negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Kadınların çoğunda görülen adet öncesi sendrom (PMS) farklı şiddette görülmekte ve kadınları etkilemektedir. Duygudurum bozukluğu olan kadınlarda ise zaten etkilenmiş olan işlevsellik PMS döneminde daha ağırlaşmasına sebep olmaktadır. Yaptığımız çalışma da PMS, depresyonu, anksiyeti ve stresi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

7.2. Öneriler

Adet öncesi yakınmaların depresyon olan hastalarda ilişkisi ve kullanılan tedavi yöntemlerinin PMS dönemlerini dikkate alarak tedaviyi yol çizilmelidir. Kadının ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen bu dönemin uzmanlar tarafından dikkate alınması ve daha sağlıklı geçirebilmesi için gerekli bilgilerin verilmesi gerekmektedir. Kadınlar bu dönemleri farklı şiddete deneyimleyebilmektedirler.

Alanda çalışan uzmanların özellikle bu dönemin sebep olduğu duygu değişimlerini göz önünde bulundurarak danışanlara farkındalık kazandırabilir. Bir sonra ki çalışmalar da PMS' nin kadının yaşamsal olaylarına, sosyal çevre, ve ilişkilerine etkisine bakılabilir. Çünkü bu çalışmada ve daha önce yapılan çalışmalarda da PMS dönemi kadını depresyon, stres ve kaygı anlamında negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Bu dönemde ruh sağlığında değişimler olması nedeniyle kadını yaşamsal, sosyal ve ilişkisel anlamda olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Abela, J. R. Z., Hankin, B. L. (2007) Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective, *Childhood and adolescent depression: Causes, treatment, and prevention. Behaviour Research and Theraphy*. New York.
- Abramson, J. (2001). Depression and Risk of Heart Failure Among Older Persons With Isolated Systolic Hypertension. *American Medical Association*. 161; (14) New York.
- Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. (2007) The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18: 215-222. Manisa
- Ainsworth M. D., Blehar M. C., Waters E., & Wall S. (1978). Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Akdeniz F, Gönül AS. (2004) The relationship between depression in women with reproductive events. *Klinik Psikiyatri* ;1: 70-4.
- Akgün, A., Gönen, S. ve Aydın, M. (2007). İlköğretim Fen ve Matematik Öğretmenliği öğrencilerinin kaygı düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (20); 283-299. Kocaeli
- Akman D. (2004). K.K.T.C. üniversite kütüphaneleri personelinin çalışma ortamındaki stres düzeyinin belirlenmesi. *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*. Lefkoşa
- Aksu H, Sokullu G. (2008). Premenstruel sendromun günlük yaşama etkisi. 17:111-9. Manisa.
- Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG, (2003). Premenstruel sendrom görülme sıklığı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 18 (2), 106-9.
- Akyol, E. S., Arısoy, E. Ö. K., & Çayköylü, A. (2013). Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: Its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 850-855.

- Atasü T, Şahmay S. (2001). Overin Selim Tümörleri. In Atasü T, Şahmay S ed. Jinekoloji., İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, :339-47.
- Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Leon J ve ark. (2000) The relationship between menstrual cycle phases and suicide attempts. *Psychosom Med*, 62:50-60.
- Baker, F.C, Driver H.S, (2007). Circadian rhythms, sleep, and the menstrual cycle. *Sleep Medicine*, 8,p. 613-22.
- Batıgün, A. D. Şahin, Nesrin. H. (2006), “İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt.17, Sayı.1, (32-45).
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003), Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness, *Personality and Individual Differences*, 34 (1), 77-95.
- Beck AT, Alford, BA. (2009). *Depression Causes and Treatment*. Philadelphia.
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2006). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler* (V. Öztürk, Çev.). Litera Yayıncılık. İstanbul.
- Belancieri, M. F. (2011). Stress, levels of resilience and life quality nursing professionals of public health institutions. *Extension in Focus*, Curitiba, n. 7, p. 21-30. Publisher UFPR.
- Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Bendich A, Johnson SR, Willett WC, Manson JE, (2005) Calcium and vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Arch Intern Med*,165(11),1246–51.
- Bölükbaş N., Tiryaki N., (2003) Öğrencilerin Premenstruel Sendrom Hakkında Bilgi,tutum ve Davranışları”,*Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6:3,44-49.
- Braham, P. Ve Janes, L. (2002) *Social Differences and Divisions (Sociology and Society)*, Wiley-Blackwell, New Jersey.
- Brosschot, Jos F.- Pieper, Suzanne-Thayer, Julian F. (2005), “Expanding Stres Theory: Prolonged Activation and Perseverative Cognition”, *Psychoneuroendocrinology*, Cilt.30, Sayı.10, (1043–1049).
- Cesur C. (2017). Bir grup çalışan yetişkinde kaygı düzeyi, mükemmeliyetçilik ve öfke arasındaki ilişki.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi, İstanbul.

- Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S., & Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual Syndrome in Thai Nurses. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29(3): 199-205.
- Davidson RJ, (2002). Pizzagalli D, Nitschke JB, Putnam K. Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*.;53:545-574.
- Davidson, R J. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, Vol 55(11), 1196-1214
- Demir B, Algül LY, Güven ES, (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3,4,262-70
- Demir, B., Algül, Y. L., & Güvendağ Güven S. E. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 3: 262- 270.
- Demir, B., Algül, Y. L., & Güvendağ Güven S. E. (2006). Sağlık Çalışanlarında Premenstrual Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*. 3: 262- 270.
- Derman O, Kanbur NO, Tokur TE, Kutluk T.(2004) Adolesan kızlarda premenstrüel sendrom ve ilişkili semptomlar. *Eur j Obsted Gynecol Reprod Biol*; 116 (2): 201-6.
- Eğicioğlu H, (2008). Üreme Çağındaki Kadınlarda Premenstrual Sendromun Yaşam Kalitesine Etkisinin Araştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* , Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Erbil N, Karaca A, Kırış T, (2010) Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci*, 40 (4), 565-73.
- Erbil N, Karaca A, Kırış T, (2010) Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci*, 40 (4), 565-73.

- Ernst, C., Angst JV, M Merikangas, K. R. (1990). Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich cohort study of young adults. In Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders (ed. Maser, J. D. and Cloninger, R. C.), pp. 123–137. American Psychiatric Press: Washington, DC.
- Everson, Rose Suzan A.-Lewis, Tene T. (2005), "Psychosocial Factors and Cardiovascular Diseases", Annu. Rev. Public Health, Cilt.26, (469-500).
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstrual Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. Türkiye'de Psikiyatri. 8(2), 81-87.
- Gökçe G, (2006) Bir Grup Çalışan Kadında Premenstrual Semptom Görülme Sıklığı ve etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Mersin
- Göktepe, E.O. (2002) İşitme Engelli Çocuğu Olan Annelerin Stres ve Aile İçi Uyum Düzeylerinin İncelenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Güleç MY. (2009) PSİKİYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR; Psikosomatik Hastalıklarda Mizaç ve Karakter1:201-214
- Gümüş A, Babacan N, Can N, Kader E. (2012) Üniversite öğrencisi premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme. Anadolu Psikiyatri. 13 Sayı
- Halbreich U. (2006) Are there Differential Symptom Profiles that Improve in Response to Different Pharmacological Treatments of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder ? CNS Drugs. Cilt 20, Sayı 7 , sayfa 523–547
- Hillary R. Bogner , Joseph J, (2004) Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting. Gallo Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Volume 39, Issue 2, pp 126–132
- Irwin, J. L., (2014). "Resilience As A Predictor Of Postpartum Quality Of Life In A Sample Of Women With A History Of Trauma". Wayne State University Theses. Paper 304.
- Karaman, S. (2009). Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri. Erciyes

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi

- Kaya B, Kaya M (2007) 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri 10 (Suppl. 6) 3-10.
- Kaya, M. ve Varol, K. (2004) İlahiyat Fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun örneği). Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 17; 31-63.
- Kendler, K. S., Pedersen, N. L., Neale, M. C. & Mathé, A. A. (1995). A pilot Swedish twin study of affective illness including hospital and population ascertained subsamples: results of model-fitting. Behavior Genetics 25, 217–232.
- Kılıç BG, Oral N. (2006) Çocuklarda öğrenilmiş çaresizlik üzerine bir gözden geçirme. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 13 (2)
- Kierkegaard, S. (2004). Kaygı Kavramı. (Çev. Vefa Taşdelen). (Birinci basım). Ankara: Hece Yayınları.
- Kim DR, Gyluai L, Freeman EW ve ark. (2004) Premenstrual dysphoric disorder. Korkmaz Çetin, S., Akdeniz, I. F., & Tamar, M. (2005). Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 145-153. order and psychiatric co-morbidity. Arch Womens Ment Health, 7:37-47.
- Kirmani, M. N., Sharma, P., Anas, M., & Sanam, R. (2015). Hope, Resilience and Subjective Well-being among college going Adolescent Girls. International Journal of Humanities & Social Science Studies.
- Kuehner C. (2003) Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatrica Scandinavica
- Lazarus, Richard S. (1993), "From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks", Annual Review of Psychology, Cilt.44, (1-21).
- McCabe RE, Antony MM, Summerfeldt LJ, Liss A, Swinson RP. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. Cognitive Behaviour Therapy. 32:187–193.

- Min, A. K. (2002). The Effects of an Educational Program for Premenstrual Syndrome on Women of Korean Industrial Districts. *Health Care for Women International*, 23: 503-511.
- Nolen, S, Hoeksema. (2000) Further Evidence for the Role of Psychosocial Factors in Depression Chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice* banner
- Oğur P, (2004) Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi ile İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Ohayon MM (2007) Epidemiology of depression and its treatment in the general population, *J Psych Res*, 41:207-213
- Özdemir, E. (2013). Türkçeyi yabancı dil olarak öğrenenler konuşma kaygıları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztürk A. (2008) Manisa Celal Bayar Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğretmenlik programı öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile akademik başarıları arasında ki ilişki. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Manisa
- Öztürk, MO. (2001). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Pehlivan, İ. (1995) Yönetimde Stres Kaynakları, Pegem Yayınları, Ankara
- Pınar A, Öncel S, (2011) 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 21(4), 227-37.
- Picinelli M, Wilkinson G. (2000) Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 486-492.
- Reihane Firoozi MSc, Mousa Kafi Ph.D, Iraj Salehi Ph.D, Maryam Shirmohammadi MSc,(2012) The Relationship between Severity of Premenstrual Syndrome and Psychiatric Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry*, 36-40.
- Rutz, W, Wålinder, J. (2001) International Clinical Psychopharmacology: Male depression and suicide. Suicide: The Differences in Age and Gender: Proceedings from a Lundbeck Institute Symposium Held in Prague, Czech Republic, 21-24.

- Sagone, E., De Caroli, M. E. (2014). Relationships Between Psychological Well-Being And Resilience In Middle And Late Adolescents, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 141, 881 – 887
- Sauter, Steven-Murphy, Lawrence-Colligan, Michael (1998), *Stress at Work*. National Institute for Occupational Safety and Health.
- Sofu, S. M.(2012) Öğretmen adaylarının konuşma kaygıları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Şahin, Nesrin H. (1995), “Stres Nedir Ne Değildir”, (Ed) Nesrin. H. Şahin, *Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım*, Sistem Yayıncılık, İstanbul, (1-23).
- Taşçı KD.(2006) Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi.TAF Preventive Medicine Bulletin 5(6): 434-443
- Tokinan BÖ. (2013) Kenny müzik performans kaygısı envanterini Türkçe'ye uyarlama çalışması. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD) Cilt 14, Sayı 1, Nisan 2013, Sayfa 53-65
- Topçuoğlu, A., Koç, Ö., Duran, B., Dönmez, M. (2009) Cerrahi ve doğal yolla menopoza giren kadınların anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırılması. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43(2), 89–92.
- Weissman, M, Jim Johnson, Ewald Horwath, MD; Myrna. (1991) The Validity of Major Depression With Psychotic Features Based on a Community Study. *Arch Gen Psychiatry*;48(12):1075-1081.
- Wilhelm, K. & Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychological Medicine* 24, 97–111
- Wittchen HU, Becker E, Lieb R ve ark. (2002) Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*, 32:119-132
- Yücel, U. T., Bilge, A. T., Oran, N. T., Ersoy, M. T., Gençdoğan, B. T., & Özveren, Ö. T. (2009). Adölesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Riski Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 55-61.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ANKET FORMU

Değerli katılımcı, bu araştırma premenstruel sendromun depresyon, kaygı, stres ile ilişkisi etkisini belirlemek amacı ile yapılmaktadır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Bu soru formunda kimlik bilgileriniz sorulmamaktadır, isminiz veya kişisel olarak kimliğinizi ortaya çıkarabilecek bir soru yer almamaktadır.

Anket formu bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Cevaplarınızı içten ve doğru olarak vermeniz sonuçların toplum yararına kullanılmasına imkan verecektir. Cevap vermek istemediğiniz bir soru varsa boş bırakabilirsiniz. Her soruda sizin durumunuzu en iyi değerlendiren cevabı işaretleyiniz.

Sorulara yanlış cevap vermeniz araştırma için verilen emeklerin boşa gitmesine yol açacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz

Çalışmayla ilgili herhangi bir sorunuz için aysetasdalgi@gmail.com araştırmacıya ulaşabilirsiniz.

Katkınız için teşekkür ederim.

Ayşe Taş Dalgıç

Bölüm I

1-Yaşınız.....

2- Yaşamakta olduğunuz yerleşim birimi:

a) Köy b) Kasaba c) Şehir

3-Eğitim Durumunuz:

a) Okur-yazar değil b) İlkokul terk/mezun c) Ortaeğitim terk/mezun

d) Lise terk/mezun e) Üniversite ve üstü

4- Medeni Durumunuz:

a)Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul (eş vefat) e) Söz/Nişan

5-Evlenme Biçimi:

a) Görücü Usülü/isteyerek b) Görücü Usülü/istemeyerek c) Severek/flört ederek

6- Kaç çocuğunuz var? (belirtiniz)

7-Çalışma durumunuz? a)Çalışıyorum b) Çalışmıyorum

8- Gelir durumunuz:

a)Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c)Gelir giderden fazla

9- Sigara kullanıyormusunuz? a) Evet b) Hayır

10- Alkol kullanıyormusunuz? a) Evet b) Hayır

11-Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı? a) Evet b) Hayır

12- Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı? a) Evet b) Hayır

Ek-2 Premenstrüel Sendrom Ölçeği

Bölüm II

PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ

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

	HİÇ	ÇOK AZ	BAZEN	SIK SIK	S Ü R E K L İ
1. Kendimi üzgün hissediyorum	1	2	3	4	5
2. İçimden ağlamak geliyor	1	2	3	4	5
3. Canım sıkılıyor.	1	2	3	4	5
4. Kendimi bezgin hissediyorum.	1	2	3	4	5
5. Hiçbir şey zevk vermiyor.	1	2	3	4	5
6. Her şey üzerime geliyor.	1	2	3	4	5
7. Karamsar oluyorum.	1	2	3	4	5
8. Derin nefes almak istiyorum.	1	2	3	4	5
9. Her an kötü bir şey olacakmış gibi korkuyorum.	1	2	3	4	5
10. Seslere karşı hassasiyetim artıyor.	1	2	3	4	5
11. Arkamdan biri saldıracakmış gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
12. Kendimi yorgun hissediyorum.	1	2	3	4	5
13. Sanki her şey kötü olacak.	1	2	3	4	5
14. Çok çabuk yoruluyorum.	1	2	3	4	5
15. Anlam vermediğim korkularım oluyor.	1	2	3	4	5
16. Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor.	1	2	3	4	5
17. Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum.	1	2	3	4	5
18. Her zamanki işler beni yoruyor.	1	2	3	4	5
19. Kendimi sinirli hissediyorum.	1	2	3	4	5
20. En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum.	1	2	3	4	5
21. Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum.	1	2	3	4	5
22. Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor.	1	2	3	4	5
23. Sinirlerim geriliyorum.	1	2	3	4	5
24. Kendimi çok endişeli hissediyorum.	1	2	3	4	5
25. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.	1	2	3	4	5
26. Kendiimi değersiz hissediyorum.	1	2	3	4	5
27. Dikkatim toplamakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4	5
28. Dikkatim çok çabuk dağılıyor.	1	2	3	4	5

29. Dalıp gidiyorum.	1	2	3	4	5
30. Doğru düzgün düşünemiyorum.	1	2	3	4	5
31. Baş ağrısı oluyor.	1	2	3	4	5
32. Kaslarım ağrıyor.	1	2	3	4	5
33. Eklem yerlerim ağrıyor.	1	2	3	4	5
34. İştahım artıyor.	1	2	3	4	5
35. Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum.	1	2	3	4	5
36. Daha fazla yemek yiyorum.	1	2	3	4	5
37. Uyku uyuma isteğim artıyor	1	2	3	4	5
38. Uykumda bölünme oluyor.	1	2	3	4	5
39. Uykumda bölünme oluyor.	1	2	3	4	5
40. Uykumda bölünme oluyor.	1	2	3	4	5
41. Göğüslerim şişiyor	1	2	3	4	5
42. Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı.	1	2	3	4	5
43. Kendimi şişmiş hissediyorum.	1	2	3	4	5
44. Kimseyle görüşmek istemiyorum.	1	2	3	4	5

Ek-3 Daso Ölçeği

Bölüm III

DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ (DASÖ)

DASÖ 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, fleklinde 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Likert tipi ölçekler bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi istenmektedir.

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HIÇIR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim	0	1	2	3
2	Ağızımda kuruluk olduğunu farkettim	0	1	2	3
3	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı farkettim	0	1	2	3
4	Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi)	0	1	2	3
5	Hiçbir şey yapamaz oldum	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim	0	1	2	3
7	Bir sarsaklık duygusu vardı (sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi)	0	1	2	3
8	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi	0	1	2	3
9	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım	0	1	2	3
11	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdiği hissine kapıldım	0	1	2	3

12	Sınırsal enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim	0	1	2	3
13	Kendimi üzgün ve depressif hissettim	0	1	2	3
14	Herhangi bir şekilde geciktirildiğimde (asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde) sabırsızlandığımı hissettim	0	1	2	3
15	Baygınlık hissine kapıldım	0	1	2	3
16	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim	0	1	2	3
17	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
18	Alıngan olduğumu hissettim	0	1	2	3
19	Fızık egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (örneğin ellerim terliyordu)	0	1	2	3
20	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim	0	1	2	3
21	Hayatın değersiz olduğunu hissettim	0	1	2	3
22	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim	0	1	2	3
23	Yutma güçlüğü çektim	0	1	2	3
NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HIÇIR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
24	Yaptığım işlerden zevk almadığımı farkettim	0	1	2	3
25	Fızık egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın	0	1	2	3

	hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim)				
26	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim	0	1	2	3
27	Kolay sınırlendırılebildiğimi farkettim	0	1	2	3
28	Panik haline yakın olduğumu hissettim	0	1	2	3
29	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi farkettim	0	1	2	3
30	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım	0	1	2	3
31	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu	0	1	2	3
32	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi farkettim.	0	1	2	3
33	Sınırlarımın gergin olduğunu hissettim	0	1	2	3
34	Oldukça değersiz olduğumu hissettim	0	1	2	3
35	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum	0	1	2	3
36	Dehşete düştüğümü hissettim	0	1	2	3
37	Gelecekte ümit veren birşey göremedim	0	1	2	3
38	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım	0	1	2	3
39	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim	0	1	2	3
40	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle	0	1	2	3

	endişelendim.				
41	Vücudumda (örneğin ellerimde)titremeler oldu.	0	1	2	3
42	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım	0	1	2	3

Ek-4 PMS Ölçek İzini

Kimden: "Ayşe Taş dalgıç" <aysetasdalgi@gmail.com>

Kime: basaran@atauni.edu.tr

Gönderilenler: 16 Ağustos Perşembe 2018 22:35:49

Konu: Fwd: pms ölçek izin

Merhaba hocam ben yakın Doğu üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Ayşe taş dalgıç tez danışmanım yard.doç.deniz Ergün ile birlikte tezimde sizin pms ölçeğinizi kullanmak için izin istiyorum teşekkür ederim iyi çalışmalar

----- Forwarded message -----

From: Basaran Gencdogan <basaran@atauni.edu.tr>

Date: 18 Ağu 2018 Cmt, 08:31

Subject: Re: pms ölçek izin

To: Ayşe Taş dalgıç <aysetasdalgi@gmail.com>

Merhaba Ayşe hanım

Geliştirmiş olduğum Premenstrüel Sendrom Sendrom Ölçeğini araştırmalarınıza kaynak gösterme kurallarına bağlı kalarak kullanabilirsiniz.

Ekte PMSÖ ve yayınlandığı makaleyi gönderiyorum. Kolay gelsin.

Prof. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi

K.K. Eğitim Fakültesi

Psikolojik Danışma ve Rehberlik ABD Başkanı

Yoncalık-ERZURUM

GSM=05437251288

Ek-5 DAS Ölçek İzini

AHMET AKIN <ahmet.akin@medeniyet.edu.tr>

Alıcı: ben

[Android için Outlook](#) uygulamasını edinin

On Thu, Aug 16, 2018 at 6:03 PM +0300, "Ayşe Taş dalgıç" <aysetasdalqic@gmail.com> wrote:

Hocam sizden mesaj geldi fakat açılmıyor hatalı. Diyor

Bu e-posta (ve ekler) mesajı, mesajın alıcı kısmında belirtilmiş olan kullanıcı içindir ve sadece gönderilen kişiye yöneliktir. Mesajın alıcısı lütfen doğrudan veya dolaylı olarak mesajı kullanmayınız, yollayan kişiyi bilgilendirip mesajın tüm kopyalarını sisteminizden derhal siliniz veya eksik iletim veya içerik ve bilgilerde eksiklik, kayıp, değişiklik veya virüs olabileceğinden, bu mesajın iletiminden, içerikteki hatadan, depolanması gibi herhangi bir kullanımdan Üniversitemiz hiçbir şekilde sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup hiçbir şekilde bağlayıcı da değildir.

This e-mail (and the attachments), is solely for the individual or the entity who has been mentioned specifically in the recipient section of message or the intended addressee (or if you have received it accidentally), please do not use it directly or indirectly and delete the message. The safe and healthy transmission of an e-mail cannot be guaranteed and there is a possibility of delayed or incomplete delivery of a message. Medeniyet University is not liable for the delivery of the message; the fault and incompleteness in the content; violation of confidentiality. The content of the message does solely belong to the writer of it and under no circumstances can be endorsed by İstanbul Medeniyet University whatsoever for the content of the message.

Ek alanı

6.Turkish DASS (DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ) Akin.doc adlı eki önizle



6.Turkish DASS (DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ) Akin.doc

ÖZGEÇMİŞ

Ayşe Taş Dalgıç. 10 Ocak 1991 tarihinde İstanbul/ Eminönü' nde dünyaya geldi. 3 çocuklu bir ailenin ortanca çocuğu.ilkokul ve lisenin yarısına kadar İstanbul da eğitim gördü. Daha sonra Antalya' nın Alanya ilçesine taşındıktan sonra liseyi burada devam etti. Üniversite öğrenimimi Akdeniz Üniversitesi Felsefe bölümünü 2014 yılında tamamladıktan sonra 2 yıl sözleşmeli öğretmenlik yaptı. 2016 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji master programına kayıt yaptırdı. Hala orada eğitim görmekte.

İNTİHAL RAPORU

PREMENSTRUEL SENDROMUN DEPRESYON, KAYGI, STRES İLE İLİŞKİSİ

ORIJİNALLIK RAPORU

% 10	% 9	% 7	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	TUNA, Muharrem and TÜRKMEN, Fatih. "Turizm İşletmesi Yöneticilerinin Kişilik Tiplerinin Belirlenebilmesine Yönelik Bir Araştırma", Gazi Üniversitesi, Turizm Fakültesi, 2013. Yayın	% 1
3	katalog.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
5	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	oaji.net İnternet Kaynağı	<% 1
7	sbe.kmu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL RAPORU**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ****BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

04.10.2018

Sayın Yrd. Doç. Dr. Deniz Ergün

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/136 proje numaralı ve **“Premenstrual Sendromun Depresyon, Kaygı ve Stres ile İlişkisi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

A handwritten signature in black ink, reading 'Direnç Kanol'.

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.