

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME
EĞİTİMİNİN YETİ YİTİMİ, AKTİVİTE PERFORMANSI,
RUHSAL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Erg. Huri Şeyma ÇİFTÇİ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2021**

**T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME
EĞİTİMİNİN YETİ YİTİMİ, AKTİVİTE PERFORMANSI,
RUHSAL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Erg. Huri Şeyma ÇİFTÇİ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR**

**ANKARA
2021**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME EĞİTİMİNİN YETİ
YİTİMİ, AKTİVİTE PERFORMANSI, RUHSAL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Öğrenci: Huri Şeyma Çiftçi

Danışman: Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar

Bu tez çalışması 18.11.2021 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Tezli Yüksek Lisans Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar*
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Hatice Abaoğlu*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Sinem Salar*
(Trakya Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

19 Kasım 2021

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

18/11/2021

Huri Şeyma Çiftçi

i

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.*

*Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Erg. Huri Şeyma Çiftçi

TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca değerli bilgileriyle bana yol gösteren, tez çalışmamın planlanmasında ve sürdürülmesinde en başından beri tecrübesini ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca tecrübelerini ve bilgilerini benimle paylaşan Prof. Dr. Gonca Bumin, Prof. Dr. Hülya Kayıhan, Prof. Dr. Mine Uyanık, Prof. Dr. Esra Akı, Prof. Dr. Çiğdem Öksüz, Prof. Dr. Burcu Semin Akel, Doç. Dr. Meral Huri, Doç. Dr. Gökçen Akyürek, Doç. Dr. Sedef Şahin, Dr. Öğr. Üyesi Onur Altuntaş ve tüm Ergoterapi Bölümü öğretim elemanlarına,

Tez sürecinde desteğini hep hissettiğim mesai arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca beni ve aldığım kararları destekleyen, annem Ülkü Çiftçi, babam Ramazan Çiftçi ve kardeşim Berkay Çiftçi'ye

Teşekkür ve saygılarımı bir borç bilirim,

Sonsuz teşekkürler...

ÖZET

Çiftçi, H.Ş., Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Yeti Yitimi, Aktivite Performansı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021. Bu çalışma premenstrüel disforik bozuklukta (PMDB) gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans, ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Altmış üç PMDB’li kadının tamamladığı çalışmada, randomize olarak 33’ü tedavi almazken, diğer 30’una haftada 3 kez, 4 hafta boyunca gevşeme eğitimi verilmiştir. Katılımcıların premenstrüel semptomları aybaşı öncesi belirtileri tarama gereciyle, yeti yitimi Sheehan yeti yitimi ölçeğiyle, okupasyonel performans Kanada aktivite performans ölçümüyle, ruhsal durumu hastane anksiyete ve depresyon skalasıyla, yaşam kalitesi Nottingham sağlık profiliyle değerlendirilmiş olup ilk ve son değerleri karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak, gevşeme grubunun premenstrüel semptomları ($p=0,001$), yeti yitimi ($p=0,001$), sırasıyla okupasyonel performansı ve okupasyonel memnuniyeti açısından bakıldığında “ev idaresi ($p=0,001$, $p=0,001$), okul ($p=0,014$, $p=0,024$), kişisel bakım ($p=0,026$, $p=0,026$), sessiz rekreasyon ($p=0,023$, $p=0,024$), aktif rekreasyon ($p=0,014$, $p=0,016$), sosyalleşme ($p=0,015$, $p=0,011$)” alanlarında, ruhsal durumu ($p=0,001$) ve yaşam kalitesinde ($p=0,001$) anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür. Kontrol grubunda aktif rekreasyonun okupasyonel performans ($p=0,011$) ve memnuniyet ($p=0,014$) puanları ve yaşam kalitesinin “emosyonel reaksiyonlar ($p=0,049$), fiziksel aktivite ($p=0,026$), toplam ($p=0,023$)” parametrelerinde kötüleşme görülürken diğer tüm parametrelerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu bulgular ışığında gevşeme eğitiminin olumlu etkileri nedeniyle, PMDB tedavisine dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Buna rağmen, bu yaklaşımın uzun dönem takibinin yapıldığı ileri çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Premenstrüel disforik bozukluk; gevşeme; okupasyon; ruhsal durum; yaşam kalitesi

ABSTRACT

Çiftçi, H.Ş., Investigation of the Effects of Relaxation Training on Disability, Occupational Performance, Mental Status and Quality of Life in Premenstrual Dysphoric Disorder, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Master Thesis in Occupational Therapy, Ankara, 2021. This study was planned to investigate the effect of relaxation training on premenstrual symptoms, disability, occupational performance, mental status and quality of life in premenstrual dysphoric disorder (PMDD). In the study completed by sixty-three women with PMDD, 33 randomly not received any training, while the other 30 received relaxation training 3 times a week for 4 weeks. The premenstrual symptoms of the participants were evaluated with the Premenstrual Symptoms Screening Tool, disability with the Sheehan Disability Scale, occupational performance with the Canadian Occupational Performance Scale, mental status with the Hospital Anxiety and Depression Scale, and quality of life with the Nottingham Health Profile, and their first and last values were compared. As a result, a significant improvement in the relaxation group was observed in the premenstrual symptoms ($p=0.001$), disability ($p=0.001$), in areas of "household management ($p=0.001$, $p=0.001$), school ($p=0.014$, $p=0.024$), personal care ($p=0.026$, $p=0.026$), quiet recreation ($p=0.023$, $p=0.024$), active recreation ($p=0.014$, $p=0.016$), socialization ($p=0.015$, $p=0.011$)" in terms of occupational performance and occupational satisfaction, respectively, and also in mental status ($p=0.001$) and quality of life ($p=0.001$). There was worsened in the control group in areas of active recreation in the occupational performance ($p=0.011$) and occupational satisfaction ($p=0.014$) and in the parameters of "emotional reactions ($p=0.049$), physical activity ($p=0.026$), total ($p=0.023$)" in the quality of life while no significant difference was found in all other parameters in the study. In the light of these findings, it is thought that it would be beneficial to include relaxation training in the treatment of premenstrual disorder because of its positive effects. Despite these, there is a need for further studies which a long-term follow-up of relaxation training.

Keywords: Premenstrual dysphoric disorder; relaxation; occupation; mental status;

quality of life

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Menstrüel Siklus	3
2.2. Premenstrüel Sendrom	4
2.3. Premenstrüel Disforik Bozukluk	4
2.3.1. Tanımı	4
2.3.2. Tanı Kriterleri	4
2.3.3. Epidemiyolojisi	6
2.3.4. Etiyolojisi	6
2.3.5 Klinik Semptomlar	7
2.3.5.1. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Premenstrüel Semptomlar	7
2.3.5.2. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Yeti Yitimi	7
2.3.5.3. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Okupasyonel Performans	7
2.3.5.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Ruhsal Durum	7
2.3.5.5. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Yaşam Kalitesi	7
2.4. Premenstrüel Disforik Bozuklukta Kullanılan Tedavi Yaklaşımları	8
2.4.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları	8
2.4.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları	8
2.5. Jacobson'un İlerleyici Kas Gevşeme Yöntemi	9
2.5.1. Klinik Sonuçları	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12

3.1. Bireyler	12
3.2. Yöntem	12
3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	16
3.2.2. Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci	16
3.2.3. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği	16
3.2.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	16
3.2.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası	17
3.2.6. Nottingham Sağlık Profili	17
3.3. Gevşeme Eğitimi Uygulaması	18
3.4. İstatistiksel Analiz	26
4. BULGULAR	27
4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler	27
4.2. Bireylerin Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gerecine İlişkin Bulguları	29
4.3. Bireylerin Sheehan Yeti Yitimi Ölçeğine İlişkin Bulguları	34
4.4. Bireylerin Okupasyonel Performans ve Memnuniyet Düzeyleri	37
4.5. Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri	42
4.6. Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri	45
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	73
EK-1. Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri	
EK-2. Tez Çalışması Orijinallik Raporu	
EK-3. Dijital Makbuz	
EK-4. Onam Formları	
EK-5. Sosyodemografik Bilgi Formu	
EK-6. Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci	
EK-7. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği	
EK-8. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	
EK-9. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası	
EK-10. Nottingham Sağlık Profili	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

%	Yüzde
AÖBTG	Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
dk	Dakika
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
HADS	Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
Kg	Kilogram
m	Metre
m²	Metrekare
n	Kişi sayısı
NSP	Nottingham Sağlık Profili
PMDB	Premenstrüel Disforik Bozukluk
PMS	Premenstrüel Sendrom
SSGİ	Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
sn	Saniye
SYÖ	Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği
TMS	Transkraniyal Manyetik Stimülasyon
VKİ	Vücut Kitle İndeksi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Menstrüel siklus boyunca hormon seviyelerindeki değişim.	3
3.1. Akış şeması.	15
3.2. Gevşeme pozisyonu.	19
3.3. Birinci kas grubu.	20
3.4. İkinci kas grubu.	21
3.5. Üçüncü kas grubu.	21
3.6. Dördüncü kas grubu.	22
3.7. Beşinci kas grubu.	22
3.8. Altıncı kas grubu.	23
3.9. Yedinci kas grubu.	23
3.10. Sekizinci kas grubu.	24
3.11. Dokuzuncu kas grubu.	24
3.12. Onuncu kas grubu.	25

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2. 1. DSM-V Premenstrüel Disforik Bozukluk tanı ölçütleri.	4
2. 2. Premenstrüel Disforik Bozukluğun etiyojisi.	6
4.1. Bireylerin sosyo-demografik bulguları ve premenstrüel belirti süreleri.	27
4.2. Kadınların gebelik ve çocuk sayısı ile ilgili bulguları.	28
4.3. Kadınların medeni durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık ile ilgili bulguları.	28
4.4. Gevşeme ve kontrol gruplarında aybaşı öncesi belirtileri tarama gereci puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	30
4.5. Aybaşı öncesi belirtileri tarama gereci puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	32
4.6. Gevşeme ve kontrol gruplarında sheehan yeti yitimi ölçeği puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	35
4.7. Sheehan yeti yitimi ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	36
4.8. Gevşeme ve kontrol gruplarında okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	38
4.9. Okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	39
4.10. Gevşeme ve kontrol gruplarında okupasyonel memnuniyet puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	40
4.11. Okupasyonel memnuniyet puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	41
4.12. Gevşeme ve kontrol gruplarında hastane anksiyete ve depresyon skalası puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	43
4.13. Hastane anksiyete ve depresyon skalası puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	44
4.14. Gevşeme ve kontrol gruplarında nottingham sağlık profili puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.	46
4.15. Nottingham sağlık profili puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.	47

1. GİRİŞ

Menstrüel siklus boyunca, östrojen ve progesteron hormonları farklı düzeylerde seyretmektedir (1). Üreme çağındaki birçok kadında, genellikle menstrüel siklusun luteal fazında, hormon seviyelerindeki dalgalanmalara bağlı olarak, fiziksel ve psikolojik durumlarda değişiklikler yaşanmaktadır (2, 3). Premenstrüel dönemde yaşanan bu değişimler Premenstrüel Sendrom (PMS) olarak adlandırılmaktadır (3). PMS’de orta düzeyden şiddetli düzeye kadar farklı düzeylerde premenstrüel semptomların yaşandığı bilinmektedir. PMS’nin en şiddetli seyrettiği durum ise Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB) olarak adlandırılmaktadır (4).

PMDB, luteal fazda ortaya çıkan ve menstrüasyondan sonra ortadan kaybolan, şiddetli fiziksel ve psikolojik semptomlarla karakterize bir durumdur. Bu semptomlar, kişinin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve fonksiyonel bozukluklara sebep olmaktadır (2, 5, 6). PMDB'nin prevalansının üreme çağı boyunca yaklaşık % 3-8 olduğu bildirilmektedir (7, 8).

PMDB’de, irritabilite, öfke, ruh halinde ani değişimler, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlar; eklem ve kas ağrısı, şişkinlik ve baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar yaşanmaktadır (6, 9). Bu semptomlara günlük yaşam aktivitelerine karşı ilginin azalması da eşlik edebilmektedir (4). PMDB’de yaşanan şiddetli semptomlar bireylerin ev, iş ve sosyal yaşamdaki okupasyonlara katılımını ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (5).

PMDB’ye yönelik tedavi yaklaşımlarında hedef, fiziksel ve psikolojik semptomların hafifletilmesidir. PMDB’de farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları mevcuttur. Farmakolojik tedavi yaklaşımları incelendiğinde, antidepresanlar içinde yer alan, selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ), PMDB’de birinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir (4). Bunun yanı sıra, hormonal tedavi, antikonvülzanlar ve antiadrenerjikler kullanılan diğer farmakolojik tedaviler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda farmakolojik yaklaşımların, PMDB’de semptomları hafiflettiği ancak yan etkilerinin olduğu bildirilmiştir (4, 5). Farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımları incelendiğinde, ışık terapisinin fiziksel ve psikolojik semptomları hafiflettiği ancak hafif düzeyde yan etkilerinin olduğu saptanmıştır. Diyet düzenlemesi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), akupunktur, masaj, aerobik egzersiz ve yoga gibi yaklaşımların PMDB’de semptomları hafifletmek

amacıyla kullanıldığı bildirilmiştir (5, 10, 11). Ayrıca, yapılan çalışmalarda gevşeme yöntemlerinin premenstrüel semptomları hafiflettiği sonucuna ulaşılmıştır (9, 12).

Vücudun bütününde oluşan gevşeme ruhsal durumu da olumlu yönde etkilemektedir (13). Bu yöntemi kişi kolayca öğrenebilmekte ve uygulayabilmektedir. Yan etkisi olmayan, uygun maliyetli bir yöntem olması nedeniyle klinikte çok sık tercih edilmektedir (14).

Gevşeme eğitiminin, pek çok hastalığın tedavisinde olduğu gibi PMS'nin tedavisinde de etkili olduğu saptanmıştır (9, 12, 15-21). Buna rağmen PMDB'de gevşeme eğitiminin etkilerinin incelenmesi gerektiği bildirilmiştir (5, 9, 12).

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda, PMDB'de gevşeme eğitiminin bireydeki premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans, ruhsal durum ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bağlamda hipotezlerimiz;

1. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin premenstrüel semptomları üzerinde etkisi yoktur.
2. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin yeti yitimi üzerinde etkisi yoktur.
3. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin okupasyonel performansı üzerinde etkisi yoktur.
4. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin okupasyonel memnuniyeti üzerinde etkisi yoktur.
5. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin anksiyete bulguları üzerinde etkisi yoktur.
6. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin depresyon bulguları üzerinde etkisi yoktur.
7. H0: PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde etkisi yoktur.

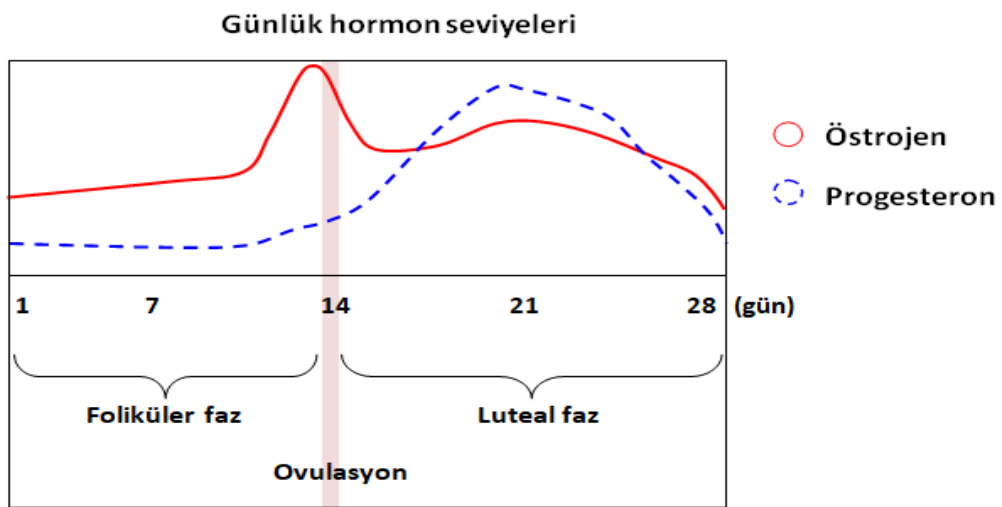
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Menstrüel Siklus

Menstrüel siklus 2 temel faza ayrılır. Foliküler faz: menstrüasyonun ilk gününde başlar ve ovulasyonun gerçekleşmesiyle birlikte sona erer; luteal faz: ovulasyonun ardından başlar ve menstrüasyonun başlangıcında biter (22).

Östrojen ve progesteron seviyeleri tipik 28 günlük bir menstrüel siklus boyunca dalgalanma göstermekte ve erken foliküler faz sırasında en düşük konsantrasyonda seyretmektedir. Foliküler faz boyunca, östrojen konsantrasyonu artar, geç foliküler fazda zirveye ulaşır ve ovulasyondan sonra östrojen konsantrasyonunda hızlı bir azalma olur. Luteal fazda, östrojen konsantrasyonu tekrar artmaya başlar, orta luteal fazda en yüksek seviyeye ulaşır ve geç luteal fazda minimum seviyeye düşer. Luteal faz boyunca, progesteron konsantrasyonu da bunlarla beraber yükselerek, orta luteal fazda en yüksek seviyeye ulaşır ve daha sonra geç luteal fazda tekrar minimum seviyeye düşer (Şekil 2.1.) (1, 23).

Üreme fonksiyonunun döngüsel yapısı kadınların hayatının doğal bir parçasıdır. Bu döngüsel hormonal işleyişe, fiziksel ve psikolojik durumdaki değişiklikler premenstrüel semptomlar şeklinde eşlik etmektedir. Bu semptomlar şiddet bakımından kadınlar arasında farklılık göstermekte, premenstrüel sendrom olarak karşımıza çıkmakta, aynı zamanda kişinin tüm yaşamının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir (3).



Şekil 2.1. Menstrüel siklus boyunca hormon seviyelerindeki değişim

2.2. Premenstrüel Sendrom

PMS; menstrüel siklusun geç luteal fazında meydana gelen şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik, kilo alımı gibi fiziksel semptomlar ve depresyon, anksiyete, öfke, gerginlik, irritabilite gibi psikolojik semptomlarla karakterize bir tablodur. Bu tablo genellikle menstrüasyonun başlamasıyla ortadan kalkmaktadır (3, 12, 24).

Kadınların yaklaşık % 85'inin hafif premenstrüel semptomların en az birini deneyimlediği tahmin edilmektedir. Orta-şiddetli premenstrüel semptomların eşlik ettiği PMS'nin ise kadınların % 20-25'inde görüldüğü bildirilmektedir (4). PMS'nin en şiddetli formu premenstrüel disforik bozukluk (PMDB) olarak bilinmektedir (3, 4).

2.3. Premenstrüel Disforik Bozukluk

2.3.1. Tanımı

Geçmişte "geç luteal faz disforik bozukluk" olarak da bilinen PMDB, tipik olarak luteal fazda ortaya çıkar ve menstrüasyondan sonra kaybolur. PMDB, fiziksel semptomlar ve sinirlilik, disfori, ruh halinde ani değişimlerle karakterize bir tablodur. PMDB, kişisel ilişkiler, iş ve sosyal işlevsellik ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve kişilerin okupasyonel katılımlarını kısıtlayabilmektedir. Ayrıca PMDB, kadınların ruhsal durumu ve yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (5, 25).

2.3.2. Tanı Kriterleri

Günümüzde PMDB tanısı için DSM-V'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) göre, Tablo 2.1.'de gösterilen kriterlerin olması gerekmektedir (26).

Tablo 2. 1. DSM-V Premenstrüel Disforik Bozukluk tanı ölçütleri.

A. Menstrüasyon siklusların büyük bir çoğunluğunda, menstrüasyon başlamasından önceki son hafta, en az beş semptom bulunmalıdır, bu semptomlar menstrüasyonun başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

Tablo 2.1. (Devam) DSM-V Premenstrüel Disforik Bozukluk tanı ölçütleri.

B. Aşağıdaki semptomlardan biri (ya da daha çoğu) bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal değişkenlik (Örn: duygudurum dalgalanmaları; birden kendini üzüntülü ya da ağlamaklı hissetme ya da kabul görmemeye karşı artmış duyarlılık).

2. Belirgin bir biçimde kolay kızma, öfkelenme ya da kişiler arası çatışmalarda artma.

3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları ya da kendini küçümseyen düşünceler.

4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik ve /ya da diken üzerinde ya da sinirli olma.

C. B tanı ölçütündeki semptomlarla birleştirilince toplam beş semptoma çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki semptomlardan biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilginin azalması (Örn: iş, okul, arkadaşlar, eğlence).

2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.

3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.

4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.

5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.

6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duygumu.

7. Meme dokusunda hassasiyet ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, "davul gibi şişme" duygumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

Not: A-C tanı ölçülerindeki semptomlar bir önceki yılın menstrüasyon sikluslarının çoğunluğunda bulunmuş olmalıdır.

D. Bu semptomlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla ya da işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulmayla (Örn: toplumsal etkinliklerden kaçınma; işte, okulda ya da evde üretkenlikte ve verimlilikte azalma) karakterizedir.

E. Bu bozukluk, yalnızca, major depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süre giden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun semptomlarının alevlenmesi değildir.

Tablo 2.1. (Devam) DSM-V Premenstrüel Disforik Bozukluk tanı ölçütleri.

F. A tanı ölçütü, en az iki semptomlu siklus sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır. (Not: böyle bir doğrulamadan önce tanı geçici olarak konabilir.)

G. Bu semptomlar, bir maddenin (Örn: kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (Örn: hipertiroidizm) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

2.3.3. Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalarda, PMDB'nin tahmini prevalansının üreme çağı boyunca yaklaşık % 3-8 olduğu bildirilmiştir (7, 8).

2.3.4. Etiyolojisi

PMDB'nin etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte konuyla ilgili yapılan çalışmalarda etiyojik teoriler Tablo 2.2.'deki gibi sıralanmaktadır (4, 27).

Tablo 2. 2. Premenstrüel Disforik Bozukluğun etiyolojisi.

-
1. Hipotalamus-hipofiz-gonad ekseninin normal dalgalanmalarına karşı verilen anormal yanıt
 2. Gamma aminobütirik asit A reseptörünün allopregnanolona karşı azalmış veya paradoksik duyarlılığı
 3. Serotonin sistem fonksiyonundaki değişiklikler
 4. Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen yanıtındaki değişiklikler
 5. Bağışıklık fonksiyonunun değişmesi
 6. Kalsiyum homeostazının değişmesi
 7. Sirkadyen ritminin değişmesi
 8. Genetik faktörler
 9. Luteal faz boyunca beyin bölgelerindeki emosyonel işleme ve düzenlemeye verilen anormal yanıtlar
-

2.3.5 Klinik Semptomlar

2.3.5.1. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Premenstrüel Semptomlar

PMDB’de fiziksel ve psikolojik olmak üzere farklı klinik semptomlar mevcuttur (4, 5).

PMDB’de yaşanan *fiziksel semptomlar*: meme dokusunda hassasiyet veya şişkinlik, eklem veya kas ağrısı, şişkinlik hissi ve kilo alımı; *psikolojik semptomlar*: depresif duygudurum, anksiyete, sinirlilik, irritabilite, gerginlik olarak tanımlanmıştır (9, 24).

2.3.5.2. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Yeti Yitimi

Luteal fazda yaşanan premenstrüel semptomlar, üreme çağının büyük bir çoğunluğunda, ayda ortalama 6 gün olmak üzere her ay tekrar etmektedir (6). Premenstrüel semptomların yaşanması; iş ve sosyal işlevsellik, kişiler arası ilişkiler ve evdeki sorumluluklar dahil olmak üzere günlük yaşamdaki pek çok alanda yeti yitimine neden olabilmektedir (5, 9, 28, 29, 30).

2.3.5.3. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Okupasyonel Performans

PMDB’li kadınlarda, iş verimi ve üretkenlik azalabilmekte, ev, iş ve sosyal yaşamdaki okupasyonlara katılım kısıtlanabilmektedir. Premenstrüel dönemde, ev işleri yapma, aile ve arkadaşlarla vakit geçirme, serbest zaman aktivitelerini gerçekleştirme gibi günlük yaşamdaki aktivitelerin olumsuz yönde etkilenebileceği ve okupasyonel performansta düşüş yaşanabileceği belirtilmiştir (5, 9, 25, 31).

2.3.5.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Ruhsal Durum

Menstrüel siklus boyunca meydana gelen hormonal dalgalanmalar sebebiyle yaşanan psikolojik semptomların özkıyım girişimlerine neden olabileceği bildirilmiştir (3, 9). Yapılan çalışmalarda, menstrüel siklusun diğer fazlarına kıyasla geç luteal fazda özkıyım girişimlerinin daha sık olduğu belirtilmiştir (6, 9, 32, 33).

2.3.5.5. Premenstrüel Disforik Bozukluk ve Yaşam Kalitesi

PMDB'li kadınların, üreme çağıının dörtte birlik dönemini içeren bir süre boyunca, kişinin yaşamında zorluklar meydana getiren klinik semptomları yaşaması, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (4, 6, 9).

2.4. Premenstrüel Disforik Bozuklukta Kullanılan Tedavi Yaklaşımları

PMDB'de tedavideki temel hedef, semptomların hafifletilmesi ve kişiler arası ilişkiler ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkilerinin iyileştirilmesi dolayısıyla da yaşam kalitesinin artırılmasıdır (24).

Yapılan sistematik derlemelere göre, PMDB'de kullanılan tedavi yaklaşımları içinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler yer almaktadır (5, 9).

2.4.1. Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

PMDB'nin tedavisinde kullanılan farmakolojik tedaviler arasında; antidepresan desteği, hormonal tedavi, antikonvülzanlar, antiadrenerjikler, vitaminler, mineraller, bitkisel ilaçlar ve ayrıca cerrahi tedavi yer almaktadır (5, 9, 27).

2.4.2. Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları

PMDB'de uygulanan farmakolojik olmayan tedavilerden en sık kullanılanları aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Işık terapisi: Beyindeki serotonin düzeyini ve üretimini artırmada etkili olmaktadır. PMDB'li kadınlarda fiziksel ve depresif semptomları hafifletmek amacıyla kullanılmaktadır (5, 34).

Transkraniyal manyetik stimülasyon (TMS): Başarılı bir şekilde tedavi edilen sadece 1 tane PMDB vakası olduğu, TMS'nin depresif duygudurumu azaltmada etkili olduğu ancak tedaviden elden edilen olumlu etkinin uzun süreli olmadığı bildirilmiştir (5, 35).

Diyet düzenlemesi: Kafeinin azaltılması, sık atıştırmalıklar veya yemekler, rafine şeker ve yapay tatlandırıcıların azaltılması ve kompleks karbonhidratların artırılması şeklindedir. Diyet düzenlemesiyle, premenstrüel dönemde yemek arzusunu ve disforiyi azaltmak amaçlanmaktadır (4).

BDT: Olumsuz veya uyumsuz bilişsel deneyimlerin veya düşüncelerin tanımlandığı ve düzeltildiği, davranış değişikliğini amaçlayan psikososyal bir tedavi şeklidir (9). Premenstrüel semptomları, özellikle anksiyeteyi hafifletmede etkilidir (4).

Akupunktur: Premenstrüel semptomları iyileştirmek amacıyla uygulanan bir yöntemdir (4).

Masaj: PMDB'de anksiyete, ağrı ve şişkinlik gibi semptomları hafifletmeyi amaçlamaktadır (5).

Aerobik egzersiz: PMDB'de fiziksel ve psikolojik semptomları iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır (4, 10).

Yoga: Premenstrüel semptomların hafifletilmesi amacıyla uygulanan bir yöntemdir (11).

Yukarıda sayılan farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımlarına ek olarak, güncel literatürde, gevşeme yöntemlerinin premenstrüel semptomları iyileştirmede etkili olduğundan bahsedilmiştir (5, 9).

2.5. Jacobson'un İlerleyici Kas Gevşeme Yöntemi

Gevşeme, sempatik sinir sistemi üzerine inhibe edici etki ile iskelet kaslarının gevşemesi, gerginliğin giderilmesi ve rahatlamayı içeren bir durum olarak tanımlanabilir (36, 37).

Gevşemeyi sağlamak için kullanılan çok sayıda yöntem vardır. Kullanılan yöntemler arasında: biyolojik geri bildirim, hipnoz, meditasyon, otojenik eğitim ve ilerleyici kas gevşeme yöntemi yer almaktadır (38, 39). Kolay uygulanabilir, kolay öğrenilebilir, etkili, güvenli, non-invaziv ve uygun maliyetli olması nedeniyle klinik ortamda en sık uygulanan yöntem Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yöntemidir (38, 40).

İlerleyici kas gevşeme yöntemi, 1920'lerin sonunda Amerikalı Dr. Edmund Jacobson tarafından geliştirilmiş ve 1929'da Jacobson'un "İlerleyici Gevşeme" adlı kitabında tanımlanmıştır (41, 42).

İlerleyici kas gevşeme yöntemi, "çeşitli kas gruplarını dereceli olarak, belirli bir sıra dahilinde distalden proksimale doğru kasarak ve tam tersi yönde gevşeterek;

kasların kontraksiyonları ve kontraksiyonun serbest bırakılması (gevşeme) arasında ayırım yapmayı öğrenme prensibine dayanan bir yöntem” olarak tanımlanmaktadır (13, 36, 43, 44). Diğer gevşeme yöntemlerinde, vücudun tümünde değil sadece belirli kas gruplarında gevşeme hedeflenirken, ilerleyici kas gevşeme yönteminde vücudun tümünde gevşeme hedeflenmektedir (36). Bu yöntemle, anksiyete, depresyon gibi psikolojik semptomların hafifletilmesi ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesi amaçlanmaktadır (45).

Jacobson, ruh ve vücut sağlığı arasında bir ilişki olduğunu, kasların gevşemesi ile birlikte olumsuz duygu ve düşüncelerin azalacağını ileri sürmüştür (13). Anksiyete, depresyon gibi psikolojik semptomlar genellikle kas gerginliğinin artmasına neden olmaktadır (41, 42). Ayrıca, stres anında kişide “dövüş veya kaç” yanıtı ortaya çıkmaktadır. Tekrarlayan strese maruz kalma durumları ise vücutta fizyolojik, davranışsal ve subjektif semptomlara sebep olmaktadır. İlerleyici gevşeme yöntemi uygulandığında, gevşeme yanıtı ortaya çıkmaktadır. Gevşeme “dövüş veya kaç” yanıtının tamamen tersi olup gevşemeyle beraber sempatik sinir sistemi aktivasyonu azalırken parasempatik sinir sistemi aktivasyonu artmaktadır (13, 36, 46).

Bu yöntemle kişi stres anında meydana gelen kas gerginliklerinin farkına vararak vücudundaki kas gruplarını rahatlatmayı ve bilinçli olarak kaslarını gevşetmeyi öğrenmektedir. Bu yöntemle bireyde ruhsal ve fiziksel gevşeme hedeflenmektedir (41, 42, 44).

2.5.1. Klinik Sonuçları

İlerleyici kas gevşeme yönteminin; ağrı, yorgunluk, anksiyete ve depresyon gibi çeşitli durumların tedavisinde kullanıldığı, uykuya geçişi kolaylaştırdığı ifade edilmiştir (41, 42).

Ruhsal hastalıklardan biri olan şizofrenide, ayrıca anksiyete bozukluğu ve depresyonda, klinik semptomlar üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ve sosyal işlevselliği artırdığı bildirilmiştir (14, 15, 16). Hafif ve orta şiddette demansı olan bireylerde, psikiyatrik ve davranışsal semptomlar üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir (17). Pulmoner arteriyel hipertansiyonlu hastalarda, anksiyete ve depresyon semptomlarını hafifleterek ruhsal durum ve yaşam kalitesini iyileştirmede

etkili olduğu saptanmıştır (18). Kronik obstrüktif akciğer hastalığında, yorgunluğu azaltma ve uyku kalitesini artırmada etkili olduğu bildirilmiştir (19). Bunlara benzer olarak geriatric bireylerde de, yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırdığı; yorgunluk şiddetini azalttığı belirlenmiştir (20). Kanser hastalarında, kemoterapinin neden olduğu anksiyete, mide bulantısı, yorgunluk gibi yan etkileri iyileştirdiği saptanmıştır (21).

Literatürde, PMDB'ye göre daha hafif seyreden PMS'de, gevşeme eğitiminin bu olumsuz semptomları hafifletmeye yardımcı olduğu, anksiyete ve depresyon bulgularını azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (5, 9, 12). PMDB'de ise gevşeme eğitiminin etkilerinin araştırılması gerektiği bildirilmiştir (5, 9, 12).

Yukarıdaki bilgilere istinaden çalışmamız, PMDB'de gevşeme eğitiminin bireyin premenstrüel semptomları, yeti yitimi, okupasyonel performansı, ruhsal durumu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Çankaya Sağlıklı Hayat Merkezi'nde, PMDB'li bireyler ile, Haziran 2019- Ekim 2021 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2019/07-07 karar numarası ile (EK 1) 07.03.2019 tarihli etik kurul toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışmanın orijinallik raporu EK 2'de ve dijital makbuzu EK 3'te verilmiştir.

3.1. Bireyler

Çalışmaya 18 yaş üstü, PMDB'li 63 kadın dahil edilmiştir. Bireyler müdahale ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Müdahale grubu 30, kontrol grubu 33 kişi olmak üzere, gruplar randomizasyon uygulanarak oluşturulmuştur.

Katılımcılar çalışma öncesinde bilgilendirilmiş ve katılımcılara aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Ayrıca, gevşeme eğitimi görsellerini sunmak amacıyla, müdahale grubunda bulunan bir katılımcının fotoğrafları çekilmiş, bu katılımcıdan fotoğraflarının tez sayfalarına basılabilmesi için yazılı onam alınmıştır (EK 4).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci'ne (AÖBTG) göre PMDB'li olmak,
- 18 yaş üstü olmak,
- Düzenli menstrüel döngüye sahip olmak,
- Bir önceki yılın menstrüasyon döngülerinin en az 9'unda PMDB semptomlarını yaşamış olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Psikiyatrik ve jinekolojik başka bir hastalığı olmak

3.2. Yöntem

PMDB'nin görülme sıklığına (% 3-8) göre (3) örneklem büyüklüğünün belirlenme yöntemi aşağıdaki formülasyona göre yapılmıştır:

N: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

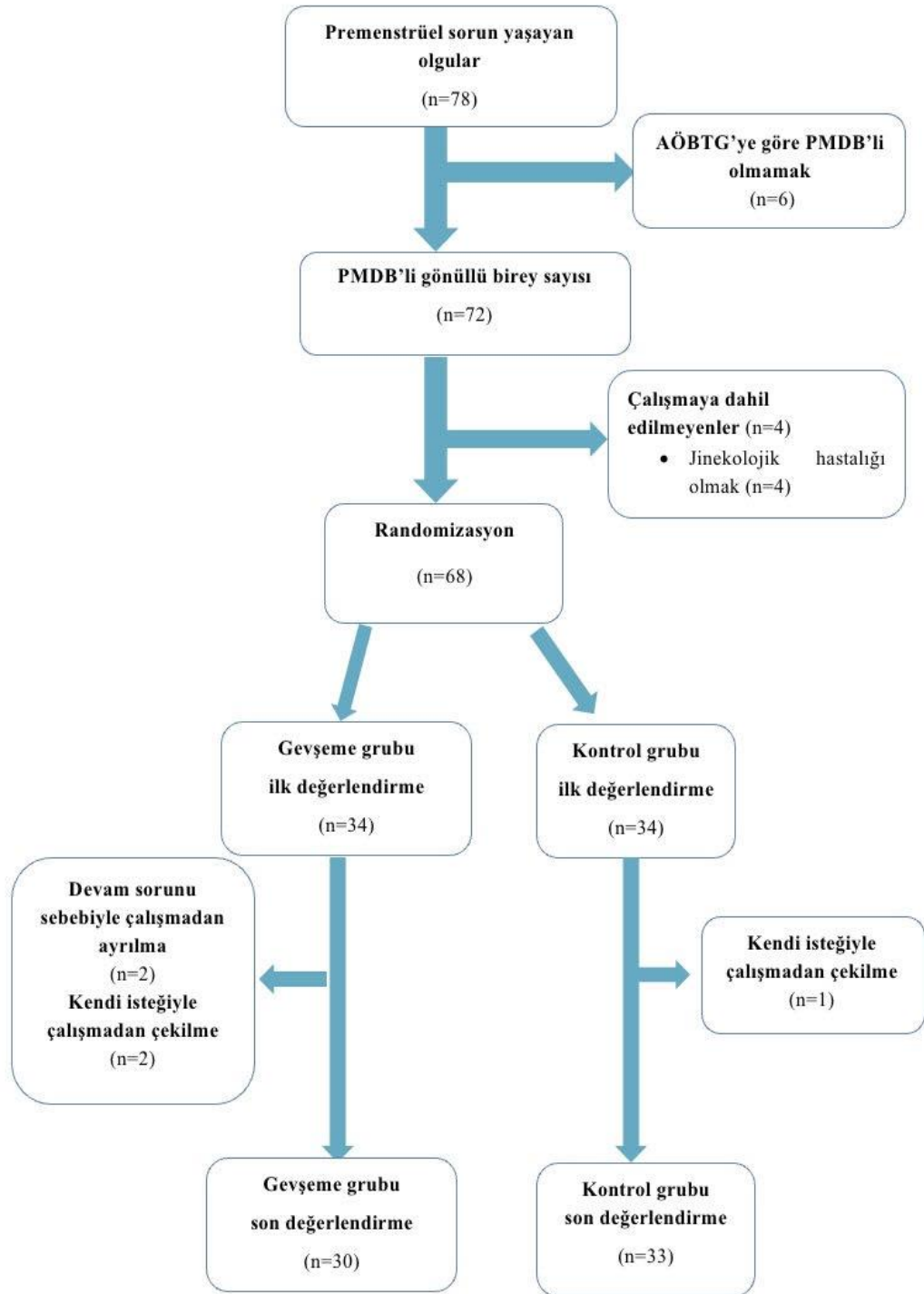
- q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)
 t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer
 d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.
 t= 1.96 (anlamlılık değeri olan p=0.05 değerinin tablo karşılığıdır)
 p= 0.04 (% 4)
 q= 0.96 (100-4=96 % 96)
 d= 0.05 olarak belirlenmiştir.

N= t.t.p.q/d.d formülasyonuna göre (47) örneklem büyüklüğünün en az 60 kişi olması gerekmektedir. Çalışmadan ayrılma ihtimali olan kişiler için % 20 oranı alınmış, buna göre çalışmaya başlanmıştır. AÖBTG'ye göre 6 kişi PMDB kriterlerine uygun bulunmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Jinekolojik başka bir hastalığı olan 4 kişi ise dahil edilme kriterleri dışında kaldığı için çalışmada yer almamıştır. Çalışma 68 gönüllü birey ile sürdürülmüştür. Bireyler rastgele ve basit randomizasyon yöntemi ile müdahale ve kontrol gruplarına atanmıştır. Randomizasyon tablosunun oluşturulmasında *Research Randomizer* çevrimiçi randomizasyon uygulaması kullanılmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler; rastgele, eşit olasılıkla ve eşit sayıda olacak şekilde müdahale grubu (n=34) ve kontrol grubuna (n=34) ayrılmıştır. Müdahale grubunda, her bireye gevşeme eğitimi bireysel olarak verilmiştir. Gevşeme grubunda 4, kontrol grubunda 1 katılımcı çeşitli sebeplerden dolayı çalışmadan ayrılmıştır. Çalışma, gevşeme eğitimi grubu 30 ve kontrol grubu 33 gönüllü olmak üzere 63 bireyle tamamlanmıştır (Şekil 3.1. Akış şeması).

Tüm katılımcılara çalışma hakkında detaylı bilgi içeren, aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerin sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Katılımcılar müdahale öncesi ve sonrası olmak üzere AÖBTG, Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği (SYYÖ), Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası (HADS), Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada dahil edilme kriterleri ve sosyodemografik bilgi incelemesi dışındaki ilk ve son değerlendirmeler, bir kadın doğum uzmanı tarafından ergoterapist ile iş birliği içerisinde bireylerin hangi gruba dahil edileceği bilinmeksizin yapılmıştır.

İlk değerlendirme sonrasında m¼dahale için belirlenen gruba, her bir seans 30-40 dk olmak ¼zere 4 hafta boyunca, haftada 3 seans olacak Şekilde, 12 seans gevşeme eğitimi verilmiştir. Değerlendirmeler luteal faza denk gelecek Şekilde yapılmıŐ ancak eğitim menstr¼el d¼ng¼n¼n farklı fazlarında gerçekleştirilmiştir. M¼dahale seanslarına ek olarak, katılımcılar 4 hafta boyunca her g¼n gevşeme eğitimini evlerinde de uygulamıŐtır. Ev programının takibi, telefon aracılığıyla kişi beyanı ile yapılmıştır. Kontrol grubu herhangi bir tedavi almamıştır.

4 hafta sonunda her iki grup tekrar değerlendirilmiştir.



Şekil 3.1. Akış şeması

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini kaydetmek için bir form oluşturulmuştur. Katılımcıların yaş (yıl), boy (m), kilo (kg), vücut kitle indeksi (VKİ) (kg/m^2), medeni durumu, çalışma durumu, premenstrüel belirtilerin ne kadar süredir var olduğu (yıl), çocuk sayısı, doğum şekli, kronik hastalık bilgileri gibi tanımlayıcı verileri kaydedilmiştir. Form EK 5’te sunulmuştur.

3.2.2. Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci

Steiner ve arkadaşları tarafından 2003 yılında tasarlanmış, PMDB’li kadınların ayırt edilmesinde ve premenstrüel belirtileri yaşayan kadınların belirtilerinin tespitinde kullanılan bir gereçtir. 0:hiç, 1:hafif, 2:orta, 3:şiddetli olacak şekilde 0-3 arasında puanlama yapılmıştır. Gerece göre PMDB için, “sinirlilik, disfori, gerginlik ve duygudurum bozukluğu” belirtilerinden (1-4 numaralı belirtiler) en az birisinin şiddetli ve buna ek olarak 1-14 numaralı belirtilerden en az dördünün orta ila şiddetli, ayrıca A,B,C,D,E grubu sorularından en az birisinin şiddetli olarak işaretlenmiş olması gerekmektedir (48, 49).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özdel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (49).

Form EK 6’da verilmiştir.

3.2.3. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

Ölçek Sheehan ve arkadaşları tarafından 1996 yılında tasarlanmıştır. İş, sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alt ölçeklerini içeren, bu alanlarda görülen yeti yitimi şiddetini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama 0 ve 10 arasında değişen bir derecelendirmeye göre kişinin kendisi tarafından yapılmakta ve puan yükseldikçe yeti yitimi şiddeti artmaktadır (50).

Form EK 7’de sunulmuştur.

3.2.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

KAPÖ, Kanada Ergoterapistleri Derneği tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin problem yaşadığı performans alanlarını ve okupasyonel performans ile memnuniyet

düzenini belirlemek için kullanılan yarı-yapılandırılmış bir ölçüm aracıdır. Ölçek, bireyin okupasyon tercihlerini kendisi tarafından verilen performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirir. Kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında kişinin karşılaştığı okupasyonel performans problemleri kaydedilir. Bu alanlar içerisinde kişinin öncelik verdiği 5 okupasyonu seçmesi ve her bir problem alanı için 1 ile 10 arasında performans ve memnuniyet puanı belirlemesi istenir. Bu derecelendirmede puanın yükselmesi performans ve memnuniyetteki artışı ifade eder. Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanarak bireyin önemli olduğunu belirttiği okupasyon sayısına bölünür ve performans ile memnuniyet puanları elde edilir (51, 52).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Torpil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,9-1 aralığında bulunmuştur (53).

Form EK 8'de verilmiştir.

3.2.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen, 7'si anksiyete, 7'si depresyon belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşan bir skaladır. Skalanın amacı, hastaneye başvuran bireylerde klinik olarak anlamlı anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Yanıtlar dörtlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 puan arasında puanlanmaktadır. Kesme puanları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar anksiyete ve depresyon açısından risk altında olarak değerlendirilir (54, 55).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.77 olarak bulunmuştur (55).

Form EK 9'da sunulmuştur.

3.2.6. Nottingham Sağlık Profili

Hunt ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. NSP, kişinin algıladığı sağlık problemlerini ve bu problemlerin günlük yaşam aktivitelerini etkileme düzeyini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. 38 maddeden oluşur ve sağlık

statüsü ile ilgili altı boyutu değerlendirir: Enerji (3 madde), ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde) ve fiziksel aktivite (8 madde). Sorulara evet veya hayır şeklinde cevap verilir. Her bir bölüme 0-100 arası puanlama yapılır. Puanın artması sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kötüye gittiğini göstermektedir (56, 57).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri enerji seviyesi için 0,70, ağrı için 0,67, emosyonel reaksiyonlar için 0,83, uyku için 0,72, sosyal izolasyon için 0,56, fiziksel aktivite için 0,72 olarak saptanmıştır (57).

Form EK 10'da verilmiştir.

3.3. Gevşeme Eğitimi Uygulaması

Katılımcılara, zihinde canlandırma (imağınasyon) ve Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yöntemi kullanılarak enstrümantal müzik eşliğinde gevşeme eğitimi verilmiştir. Tedavi programı, 4 hafta süre ile uygulanmıştır. Program, haftada 3 seans olacak şekilde 12 seansı içermektedir. Seanslar, tek kişiden oluşacak şekilde planlanmış ve 30-40 dk süre ile araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Her seans müzik eşliğinde ve loş, sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Seanslarda her bir katılımcı için 1 adet yatak ve 4 adet yastık kullanılmıştır.

İlk görüşme sırasında bireylere, müdahale seanslarına ek olarak, 4 hafta boyunca her gün gevşeme eğitimini evlerinde de uygulamaları gerektiği bildirilmiştir. Katılımcılara seanslara eşofman gibi rahat kıyafetler giyerek, mesane ve bağırsaklarını boşaltmış bir şekilde gelmeleri gerektiği bildirilmiştir. Seanslara başlamadan önce katılımcıdan birkaç dakika dinlenmesi istenmiştir.

Seanslar sırasında, zihinsel odaklanmayı sağlayan zihinde canlandırma yöntemi kullanılmıştır. Katılımcıdan supin pozisyondayken gözlerini kapatıp seansta çalacak olan müziğe odaklanması ve kendini huzurlu, mutlu hissettiği bir yerde (deniz kenarı, yeşillikler içinde bir orman vb.) olduğunu hayal etmesi istenmiştir. Kişiye vücuduna odaklanması ve verilecek komutları zihninde canlandırıp yapması söylenmiştir. Seanslar enstrümantal müzik eşliğinde devam ettirilmiştir.

Supin pozisyondayken, Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yöntemi ile devam edilmiştir. Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yöntemini uygularken, 4 adet yastık kullanılmıştır. Yastıklardan bir tanesi katılımcının başının altına, bir tanesi dizlerinin altına, geriye kalan 2 tanesi kollarının altına gelecek şekilde yerleştirilmiştir. Kişiye, omuzlar hafif abduksiyon, dirsekler hafif fleksiyon, önkollar pronasyon ve ayak bilekleri nötral pozisyonda olacak şekilde gevşeme pozisyonu verilmiştir (Şekil 3.2.) (36).



Şekil 3.2. Gevşeme pozisyonu

Fotoğrafi çekilen kişiden yazılı onam alınmıştır.

Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminde, ilk aşama çeşitli kas gruplarını kasmak, bu vücut bölgesinde kasılmanın nasıl bir his olduğunu fark etmek; ikinci aşama, bu kasılmış kas gruplarını serbest bırakmak ve kasılma azalırken gevşemiş bir kasın nasıl hissettirdiğini fark etmektir (43, 58).

Bu yöntemde, alt ekstremitedeki kas gruplarından başlanarak ilerlenir. Kişi distalden proksimale ilerleyecek şekilde sırasıyla; “ayak parmakları, ayak bileği, uyluk kasları, kalça, abdomen, el parmakları, triceps, omuzlar, servikal kaslar, yüz” kasar ve tam tersi yönde gevşetir (37, 59, 60-62).

Seanslarda kişiden, “ayak parmaklarını bükmesi, ayak bileklerini vücuduna doğru çekmesi; ayak bileklerindeki kasılmayı hissetmesi, bacaklarını yatağa doğru bastırarak uyluk kaslarını kasması; dizlerini kilitlemesi, kalça ekstansörlerini çalıştırarak kalça kaslarını sıkıştırması, karnını içine çekerek abdomen kaslarını

kasması, ellerini yumruk yapması, önkol ekstansiyona gelecek şekilde dirseğini kilitlemesi, omuzlarını yatağa doğru bastırarak omuz kaslarının kasıldığını hissetmesi, başını yastığa doğru bastırarak servikal kaslarını kasma, yüzünü kırıştırarak yüzündeki kasların kasıldığını hissetmesi” istenmiştir. Bütün bu aşamalar sırasında kasılmayı 5 sn sürdürmesi, 10 sn ise gevşeyerek dinlenmesi sağlanmıştır. Araştırmacı bu aşamaların tümünde kas gruplarını kasma ile ilgili komutlarda ses tonunu artırırken gevşeme ile ilgili komutlarda ise ses tonunu azaltır. Her bir aşamada yeni bir kas grubu eklenerek eğitime devam edilir ve tüm aşamalar üçer kez tekrarlanır. Herhangi bir aşama tam olarak öğrenilmeden bir sonraki kas grubuna geçilmez. Katılımcı herhangi bir aşamada sıralamayı karıştırırsa tekrar başa dönlür ve o aşamadaki komutları doğru bir sıralamada yapabilece kadar komutlar tekrarlanır. Seanslar kişinin ilerleme durumu dikkate alınarak yürütülmüştür. Seansların sonunda katılımcılara o seanstan öğrendiklerini tekrar etmeleri istenerek ev ödevi verilmiştir.

Seans Örneği

“Ayak parmaklarınızı ayak tabanına doğru bükün ve ardından gevşetin.”



Şekil 3.3. Birinci kas grubu

“Ayak bileklerinizi vücudunuza doğru çekin ve ardından serbest bırakın.”



Şekil 3.4. İkinci kas grubu

“Dizlerinizi kilitleyin, dümdüz olacak şekilde yastığa bastırın ve daha sonra gevşetin. Gerginliğin azaldığını hissedin.”



Şekil 3.5. Üçüncü kas grubu

“Kalçanızı sıkıştırın ve ardından gevşetin. Vücudunuzun rahatladığını hissedin.”



Şekil 3.6. Dördüncü kas grubu

“Karnınızı içinize çekin ve sonra gevşetin. Vücudunuzdaki gerginliğin hafiflemesine izin verin.”



Şekil 3.7. Beşinci kas grubu

“Ellerinizi yumruk yapın ve daha sonra gevşetin. Gerginliği yok olup gittiğini hayal edin.”



Şekil 3.8. Altıncı kas grubu

“Dirseklerinizi dümdüz olacak şekilde kilitleyin ve ardından gevşetin.”



Şekil 3.9. Yedinci kas grubu

“Omuzlarınızı yatağa doğru bastırın ve ardından gevşetin.”



Şekil 3.10. Sekizinci kas grubu

“Başınızı yastığa doğru bastırın ve ardından gevşetin. Vücudunuzun rahatladığını hissedin.”



Şekil 3.11. Dokuzuncu kas grubu

“Son olarak yüzünüzü kırıştırın ve ardından gevşetin. Ayağınızdan başlayıp yüzünüze kadar tüm vücudunuza bir rahatlamanın yayıldığını hayal edin.



Şekil 3.12. Onuncu kas grubu

Fotoğrafi çekilen kişiden yazılı onam alınmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizlerde ‘SPSS 20 for Windows’ istatistik programı kullanılmıştır. Çalışmaya dahil edilen PMDB’li kadınların sosyodemografik bilgileri gibi tanımlayıcı verilerde uygunluğuna göre frekans ve yüzde değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri bulunarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. AÖBTG, SYYÖ, KAPÖ, HADS VE NSP’nin ilk ve son değerlendirmelerinden elde edilen sonuçlarda normal dağılım gösteren değişkenler için “iki eş arasındaki farkın önemlilik testi (paired t-testi)”, normal dağılım göstermeyen değişkenler için “Wilcoxon eşleştirilmiş test” kullanılmıştır. Gevşeme ve kontrol grupları arasındaki fark normal dağılım gösteren değişkenler için “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi)” ile normal dağılım göstermeyen değişkenler için “Mann-Whitney U” testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler

Çalışmamız, gevşeme ve kontrol grubu için toplamda 63 PMDB'li kadınla tamamlanmıştır. Gevşeme grubunda 30 kadın, kontrol grubunda ise 33 kadın yer almıştır.

Çalışmada yer alan katılımcıların sosyo-demografik bilgileri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Gevşeme ve kontrol grubundaki bireyler yaş (yıl), boy (m), kilo (kg), VKİ (kg/m²) bakımından homojen olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.1. Bireylerin sosyo-demografik bulguları ve premenstrüel belirti süreleri.

	Gevşeme grubu (n=30) X±SS	Kontrol grubu (n=33) X±SS	z	p
Yaş (yıl)	29.83±8.91	29.52±8.27	0.331	0.741
Boy (m)	1.63±0.04	1.63±0.05	0.501**	0.618
Kilo (kg)	60.07±9.26	60.15±10.82	0.033**	0.974
VKİ (kg/m²)	22.39±3.29	22.64±4.11	0.083	0.934
Premenstrüel belirti süreleri (yıl)	8.27±7.48	7.91±6.07	0.720	0.471

VKİ: Vücut Kütle İndeksi.

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlar premenstrüel belirti süreleri (yıl) açısından değerlendirilmiştir. Gevşeme ve kontrol grubundaki kadınların premenstrüel belirti süreleri bakımından homojen dağılım gösterdikleri saptanmıştır.

Kadınların gebelik ve çocuk sayısı ile ilgili bulguları Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların gebelik ve çocuk sayısı ile ilgili bulguları.

	Gevşeme grubu (n=30) n (%)	Kontrol grubu (n=33) n (%)
Doğum şekli		
Sezaryen	3 (10)	3 (9.1)
Normal	10 (33.3)	8 (24.2)
Doğum yapmamış	17 (56.7)	22 (66.7)
Çocuk sayısı		
Hiç çocuğu olmayan	17 (56.7)	22 (66.7)
1 çocuğu olan	4 (13.3)	4 (12.1)
2 çocuğu olan	7 (23.3)	5 (15.1)
3 çocuğu olan	2 (6.7)	2 (6.1)

Kadınların medeni durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık dağılımları Tablo 4.3.'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların medeni durumu, çalışma durumu ve kronik hastalık ile ilgili bulguları.

	Gevşeme grubu (n=30) n (%)	Kontrol grubu (n=33) n (%)
Medeni durum		
Bekar	13 (43.3)	19 (57.6)
Dul	0 (-)	1 (3.0)
Evli	17 (56.7)	13 (39.4)
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	16 (53.3)	12 (36.4)
Çalışıyor	3 (10)	10 (30.3)
Öğrenci	11 (36.7)	11 (33.3)
Kronik hastalık		
Evet	1 (3.3)	0 (-)
Hayır	29 (96.7)	33 (100)

Kronik hastalık: Astım

4.2. Bireylerin Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gerecine İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılan bireyler için AÖBTG'nin alt bölümlerindeki ilk ve son değerlendirme puanlarının grup içi karşılaştırması Tablo 4.4.'te sunulmuştur. Gevşeme grubunda, semptomların tümü ve semptomların günlük yaşam üzerindeki etkisinde iyileşme görülmüştür. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak değişiklik gözlenmemiştir.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki bireylerin AÖBTG'nin alt parametrelerinin ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.5'te verilmiştir. Grupların ilk değerlendirmelerinde, yorgunluk ve fiziksel semptomlar dışındaki diğer tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların son değerlendirmeleri incelendiğinde, AÖBTG'nin tüm alt parametrelerinde gevşeme grubu kontrol grubuna göre daha iyi durumda olmasına karşın iş ve işteki aktivitelere ilginin azalması, aşırı yemek yeme/yeme isteği, aşırı uyuma, çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler alanlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.4. Gevşeme ve kontrol gruplarında Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gerci puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)				Kontrol grubu (n=33)			
	İlk	Son	z	p	İlk	Son	z	p
	değerlendirme	değerlendirme			değerlendirme	değerlendirme		
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
AÖBTG								
Semptomlar								
Öfke/sinirlilik (0-3)	2.53±0.62	1.77±0.62	4.065	0.001*	2.27±0.76	2.36±0.74	1.000	0.317
Gerginlik (0-3)	2.43±0.56	1.57±0.56	4.735	0.001*	2.55±0.61	2.64±0.54	0.832	0.405
Ağlamaklı/redde karşı artmış hassasiyet (0-3)	2.23±0.67	1.40±0.62	4.134	0.001*	2.00±0.90	2.12±0.78	1.000	0.317
Depresif ruh hali (0-3)	2.37±0.55	1.43±0.50	5.112	0.001*	2.18±0.76	2.39±0.65	1.698	0.090
İş ve işteki aktivitelere ilginin azalması (0-3)	2.13±0.73	1.57±0.77	4.123	0.001*	1.82±0.68	1.85±0.66	0.378	0.705
Ev işlerine ilginin azalması (0-3)	2.37±0.71	1.63±0.76	4.491	0.001*	2.21±0.60	2.39±0.65	1.604	0.109
Sosyal aktivitelere ilginin azalması (0-3)	2.00±0.83	1.30±0.70	3.827	0.001*	2.09±0.63	2.18±0.63	1.000	0.317
Konsantr olmada zorluk (0-3)	1.93±0.69	1.43±0.72	3.873	0.001*	1.94±0.42	2.03±0.46	1.134	0.257
Yorgunluk (0-3)	2.37±0.76	1.47±0.68	4.508	0.001*	2.03±0.63	2.18±0.68	1.213	0.225
Aşırı yemek yeme/yeme isteği (0-3)	2.07±0.82	1.77±0.85	2.324	0.020*	1.61±0.93	1.55±0.90	0.410	0.682
Uykusuzluk (0-3)	1.27±0.90	0.97±0.76	3.000	0.003*	1.70±0.88	1.76±0.83	0.632	0.527
Aşırı uyuma (0-3)	1.60±1.03	1.23±0.81	2.887	0.004*	1.64±0.78	1.67±0.77	0.447	0.655
Bunalmış/kontrolden çıkmış hissetme (0-3)	2.03±0.85	1.37±0.76	4.066	0.001*	1.85±0.61	2.03±0.72	1.414	0.157
Fiziksel semptomlar (0-3)	2.60±0.56	1.73±0.45	4.914	0.001*	2.30±0.58	2.33±0.54	0.378	0.705
Toplam (0-42)	29.83±4.96	20.63±5.37	13.623**	0.001*	28.18±3.96	29.48±4.00	1.833	0.067

AÖBTG: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gerci.

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “paired t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.4. (Devam) Gevşeme ve kontrol gruplarında Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)				Kontrol grubu (n=33)			
	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
<u>Semptomların günlük yaşam üzerindeki etkisi</u>								
İş verimliliği/üretkenlik (0-3)	2.10±0.71	1.50±0.57	4.243	0.001*	1.97±0.68	2.00±0.75	0.447	0.655
Çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler (0-3)	1.63±0.71	1.37±0.55	2.828	0.005*	1.55±0.56	1.64±0.60	1.342	0.180
Aile ilişkileri (0-3)	2.10±0.66	1.57±0.62	3.771	0.001*	2.06±0.78	2.21±0.74	1.508	0.132
Sosyal yaşam aktiviteleri (0-3)	2.27±0.69	1.53±0.50	4.300	0.001*	2.12±0.65	2.18±0.63	0.632	0.527
Evdeki sorumluluklar (0-3)	2.40±0.67	1.57±0.50	4.456	0.001*	2.33±0.59	2.42±0.70	0.832	0.405
Toplam (0-15)	10.53±1.40	7.53±1.77	4.839	0.001*	10.03±1.31	10.45±1.46	1.763	0.078

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 4.5. Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)		Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
AÖBTG								
Semptomlar								
Öfke/sinirlilik (0-3)	2.53±0.62	2.27±0.76	1.375	0.169	1.77±0.62	2.36±0.74	3.222	0.001*
Gerginlik (0-3)	2.43±0.56	2.55±0.61	0.932	0.352	1.57±0.56	2.64±0.54	5.530	0.001*
Ağlamaklı/redde karşı artmış hassasiyet (0-3)	2.23±0.67	2.00±0.90	0.969	0.332	1.40±0.62	2.12±0.78	3.478	0.001*
Depresif ruh hali (0-3)	2.37±0.55	2.18±0.76	0.815	0.415	1.43±0.50	2.39 ±0.65	5.000	0.001*
İş ve işteki aktivitelere ilginin azalması (0-3)	2.13±0.73	1.82±0.68	1.936	0.053	1.57±0.77	1.85±0.66	1.296	0.195
Ev işlerine ilginin azalması (0-3)	2.37±0.71	2.21±0.60	1.248	0.212	1.63±0.76	2.39±0.65	3.770	0.001*
Sosyal aktivitelere ilginin azalması (0-3)	2.00±0.83	2.09±0.63	0.409	0.682	1.30±0.70	2.18±0.63	4.393	0.001*
Konsantre olmada zorluk (0-3)	1.93±0.69	1.94±0.42	0.133	0.895	1.43±0.72	2.03±0.46	3.670	0.001*
Yorgunluk (0-3)	2.37±0.76	2.03±0.63	2.205	0.027*	1.47±0.68	2.18±0.68	3.670	0.001*
Aşırı yemek yeme/yeme isteği (0-3)	2.07±0.82	1.61±0.93	1.943	0.052	1.77±0.85	1.55±0.90	0.893	0.372
Uykusuzluk (0-3)	1.27±0.90	1.70±0.88	1.823	0.068	0.97±0.76	1.76±0.83	3.684	0.001*
Aşırı uyuma (0-3)	1.60±1.03	1.64±0.78	0.065	0.948	1.23±0.81	1.67±0.77	1.901	0.057
Bunalmış/kontrolden çıkmış hissetme (0-3)	2.03±0.85	1.85±0.61	1.561	0.119	1.37±0.76	2.03±0.72	3.112	0.002*
Fiziksel semptomlar (0-3)	2.60±0.56	2.30±0.58	2.083	0.037*	1.73±0.45	2.33±0.54	4.113	0.001*
Toplam (0-42)	29.83±4.96	28.18±3.96	1.464**	0.148	20.63±5.37	29.48±4.00	7.455**	0.001*

AÖBTG: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci.

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.5. (Devam) Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme						
	Gevşeme grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=33)			Gevşeme grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=33)			
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p	
<u>Semptomların günlük yaşam üzerindeki etkisi</u>									
İş verimliliği/üretkenlik (0-3)	2.10±0.71	1.97±0.68	0.748	0.454	1.50±0.57	2.00±0.75	2.597	0.009*	
Çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler (0-3)	1.63±0.71	1.55±0.56	0.292	0.770	1.37±0.55	1.64±0.60	1.648	0.099	
Aile ilişkileri (0-3)	2.10±0.66	2.06±0.78	0.164	0.870	1.57±0.62	2.21±0.74	3.336	0.001*	
Sosyal yaşam aktiviteleri (0-3)	2.27±0.69	2.12±0.65	0.888	0.375	1.53±0.50	2.18±0.63	3.859	0.001*	
Evdeki sorumluluklar (0-3)	2.40±0.67	2.33±0.59	0.576	0.565	1.57±0.50	2.42±0.70	4.538	0.001*	
Toplam (0-15)	10.53±1.40	10.03±1.31	1.231	0.218	7.53±1.77	10.45±1.46	5.534	0.001*	

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4.3. Bireylerin Sheehan Yeti Yitimi Ölçeğine İlişkin Bulguları

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki iş/okul, sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri, aile yaşamı/evdeki sorumluluklar puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunulmuştur. Gevşeme grubunda yeti yitimi iyileşirken kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki bireylerin SYYÖ'nün alt parametrelerindeki ilk ve son değerlendirmelerinin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.7.'de yer almaktadır. Gevşeme ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmelerinde, sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alanlarındaki yeti yitimi gevşeme grubunda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Grupların son değerlendirmelerine bakıldığında ise, gevşeme grubundaki bireylerin yeti yitimi tüm alanlarda kontrol grubundakilere göre daha azdır.

Tablo 4.6. Gevşeme ve kontrol gruplarında Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)				Kontrol grubu (n=33)			
	İlk	Son	z	p	İlk	Son	z	p
	değerlendirme	değerlendirme			değerlendirme	değerlendirme		
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
SYYÖ								
İş/okul (0-10)	5.50±1.52	3.83±1.17	4.609	0.001*	4.64±1.99	5.06±1.91	1.666	0.096
Sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri (0-10)	5.83±1.74	3.93±1.36	4.592	0.001*	4.91±1.48	5.39±1.56	1.966**	0.058
Aile yaşamı/evdeki sorumluluklar (0-10)	6.63±1.40	4.37±1.29	4.860	0.001*	5.55±1.39	6.09±1.52	1.747	0.081

SYYÖ: Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği, İş: Ücretli iş, ücretsiz gönüllü iş ya da eğitimi kapsamaktadır.

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “paired t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.7. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)		Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
SYÖ								
İş/okul (0-10)	5.50±1.52	4.64±1.99	1.469	0.142	3.83±1.17	5.06±1.91	2.633	0.008*
Sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri (0-10)	5.83±1.74	4.91±1.48	2.223	0.026*	3.93±1.36	5.39±1.56	3.732	0.001*
Aile yaşamı/evdeki sorumluluklar (0-10)	6.63±1.40	5.55±1.39	2.579	0.010*	4.37±1.29	6.09±1.52	4.122	0.001*

SYÖ: Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği, İş: Ücretli iş, ücretsiz gönüllü iş ya da eğitimi kapsamaktadır.

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

4.4. Bireylerin Okupasyonel Performans ve Memnuniyet Düzeyleri

Çalışmaya katılan bireyler için okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlendirmelerinin grup içi karşılaştırması Tablo 4.8.'de verilmiştir. Buna ek olarak, aynı tablo içinde okupasyonların dağılımları da gösterilmiştir. Gevşeme grubunda üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alanlarındaki okupasyonel performans tedaviden sonra iyileşmiştir. Kontrol grubunda ise aktif rekreasyon alanındaki okupasyonel performans kötüleşirken diğer alanlarda istatistiksel olarak değişiklik görülmemiştir.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki bireylerin üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alt bölümlerindeki okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlendirmelerinin gruplar arası karşılaştırmaları ise Tablo 4.9'da yer almaktadır. Grupların ilk değerlendirmelerinde, aktif rekreasyon dışındaki diğer tüm alt parametrelerde gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Grupların son değerlendirmelerine bakıldığında, tüm alanlardaki okupasyonel performans kontrol grubuna göre gevşeme grubunda daha iyidir.

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki okupasyonel memnuniyet puanlarının grup içi karşılaştırması Tablo 4.10.'da verilmiştir. Gevşeme grubunda tedaviden sonra tüm alanlarda okupasyonel memnuniyet iyileşmiştir. Kontrol grubunda ise aktif rekreasyon alanındaki okupasyonel memnuniyet kötüleşirken diğer alanlarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki kişilerin üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alt bölümlerindeki okupasyonel memnuniyet puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları ise Tablo 4.11'de yer almaktadır. Grupların ilk değerlendirmelerinde, ev idaresi, kişisel bakım, aktif rekreasyon dışındaki diğer parametrelerde iki grup arasında istatistiksel olarak değişiklik bulunmamıştır. Grupların son değerlendirmelerinde, tüm alanlarda gevşeme grubunun okupasyonel memnuniyeti kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmasına karşın okul ve kişisel bakım parametrelerinde gruplar arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır.

Tablo 4.8. Gevşeme ve kontrol gruplarında okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Okupasyon dağılımı n (%)	Gevşeme grubu (n=30)				Kontrol grubu (n=33)				
		İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p	
		X±SS	X±SS			X±SS	X±SS			
<u>Üretkenlik</u>										
Ücretli/ücretsiz iş (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Ev idaresi (1-10)	31 (47)	3.73±1.30	5.76±0.95	4.239	0.001*	28 (40.58)	4.20±1.04	3.40±1.48	1.725	0.085
Okul (1-10)	6 (9.10)	3.50±1.22	5.50±1.22	2.449	0.014*	8 (11.60)	3.62±0.74	2.62±1.59	1.543	0.123
<u>Kendine bakım</u>										
Kişisel bakım (1-10)	6 (9.10)	4.00±0.63	5.83±0.75	2.232	0.026*	8 (11.60)	4.64±0.85	3.50±1.38	1.633	0.102
Fonksiyonel mobilite (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Topluluk yönetimi (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
<u>Serbest zaman</u>										
Sessiz rekreasyon (1-10)	6 (9.10)	3.33±0.81	6.00±0.89	2.271	0.023*	7 (10.14)	4.57±1.13	3.14±1.06	1.730	0.084
Aktif rekreasyon (1-10)	9 (13.60)	3.42±1.30	6.14±1.10	2.460	0.014*	11 (15.94)	4.81±0.87	2.81±1.40	2.547	0.011*
Sosyalleşme (1-10)	8 (12.10)	3.25±1.90	5.50±1.06	2.428	0.015*	7 (10.14)	4.85±0.69	3.14±1.46	1.947	0.052

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 4.9. Okupasyonel performans puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)		Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
<u>Üretkenlik</u>								
Ücretli/ücretsiz iş (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Ev idaresi (1-10)	3.73±1.30	4.20±1.04	1.364	0.173	5.76±0.95	3.40±1.48	4.644	0.001*
Okul (1-10)	3.50±1.22	3.62±0.74	0.418	0.755	5.50±1.22	2.62±1.59	2.593	0.008*
<u>Kendine bakım</u>								
Kişisel bakım (1-10)	4.00±0.63	4.64±0.85	1.387	0.234	5.83±0.75	3.50±1.38	2.546	0.008*
Fonksiyonel mobilite (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Topluluk yönetimi (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
<u>Serbest zaman</u>								
Sessiz rekreasyon (1-10)	3.33±0.81	4.57±1.13	1.922	0.073	6.00±0.89	3.14±1.06	2.901	0.002*
Aktif rekreasyon (1-10)	3.42±1.30	4.81±0.87	2,275	0.027*	6.14±1.10	2.81±1.40	3.183	0.001*
Sosyalleşme (1-10)	3.25±1.90	4.85±0.69	2.015	0.054	5.50±1.06	3.14±1.46	2.588	0.009*

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 4.10. Gevşeme ve kontrol gruplarında okupasyonel memnuniyet puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)					Kontrol grubu (n=33)				
	Okupasyon dağılımı n (%)	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p	Okupasyon dağılımı n (%)	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p
		X±SS	X±SS				X±SS	X±SS		
Üretkenlik										
Ücretli/ücretsiz iş (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Ev idaresi (1-10)	31 (47)	3.06±1.16	5.21±1.18	10.271**	0.001*	28 (40.58)	3.93±0.92	3.06±1.61	1.909	0.056
Okul (1-10)	6 (9.10)	2.83±2.22	4.83±1.83	2.264	0.024*	8 (11.60)	3.37±1.40	2.62±2.44	1.298	0.194
Kendine bakım										
Kişisel bakım (1-10)	6 (9.10)	3.16±0.75	4.83±0.75	2.232	0.026*	8 (11.60)	5.00±0.81	3.78±1.95	1.667	0.096
Fonksiyonel mobilite (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Topluluk yönetimi (1-10)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)	0 (-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Serbest zaman										
Sessiz rekreasyon (1-10)	6 (9.10)	3.33±0.51	5.83±0.75	2.251	0.024*	7 (10.14)	4.28±0.75	3.00±1.15	1.667	0.096
Aktif rekreasyon (1-10)	9 (13.60)	3.14±1.43	5.85±1.37	2.410	0.016*	11 (15.94)	4.54±1.12	2.63±1.56	2.449	0.014*
Sosyalleşme (1-10)	8 (12.10)	3.25±2.05	5.62±1.40	2.555	0.011*	7 (10.14)	3.85±0.89	2.71±1.70	1.510	0.131

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “paired t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.11. Okupasyonel memnuniyet puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme					
	Gevşeme grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=33)			Gevşeme grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=33)		
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
<u>Üretkenlik</u>								
Ücretli/ücretsiz iş (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Ev idaresi (1-10)	3.06±1.16	3.93±0.92	2.886	0.004*	5.21±1.18	3.06±1.61	3.970	0.001*
Okul(1-10)	2.83±2.22	3.37±1.40	0.799	0.491	4.83±1.83	2.62±2.44	1.971	0.059
<u>Kendine bakım</u>								
Kişisel bakım (1-10)	3.16±0.75	5.00±0.81	2.788	0.005*	4.83±0.75	3.78±1.95	1.372	0.181
Fonksiyonel mobilite (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
Topluluk yönetimi (1-10)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
<u>Serbest zaman</u>								
Sessiz rekreasyon (1-10)	3.33±0.51	4.28±0.75	2.133	0.051	5.83±0.75	3.00±1.15	2.910	0.002*
Aktif rekreasyon (1-10)	3.14±1.43	4.54±1.12	2.170	0.035*	5.85±1.37	2.63±1.56	2.984	0.002*
Sosyalleşme (1-10)	3.25±2.05	3.85±0.89	1.020	0.336	5.62±1.40	2.71±1.70	2.590	0.009*

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

4.5. Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki anksiyete ve depresyon puanlarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.12’de sunulmuştur. Gevşeme grubunda tedaviden sonra anksiyete ve depresyon iyileşmiştir. Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak değişiklik gözlenmemiştir.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarının ilk ve son değerlendirmelerinin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.13’de yer almaktadır. Grupların ilk değerlendirmelerinde istatistiksel olarak bir farklılık yokken, son değerlendirmelerinde ise anksiyete ve depresyon gevşeme grubunda kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Tablo 4.12. Gevşeme ve kontrol gruplarında Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)					
	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p	İlk değerlendirme	Son değerlendirme	z	p
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
HADS-Anksiyete (0-21)	11.53±4.06	6.53±2.64	4.797	0.001*	11.15±3.04	12.00±2.30	2.020**	0.052
HADS-Depresyon (0-21)	9.70±3.63	5.33±2.74	4.744	0.001*	9.55±4.01	10.48±2.75	1.931**	0.062

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası.

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “paired t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.13. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)		Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
HADS-Anksiyete (0-21)	11.53±4.06	11.15±3.04	0.055	0.956	6.53±2.64	12.00±2.30	5.914	0.001*
HADS-Depresyon (0-21)	9.70±3.63	9.55±4.01	0.076	0.939	5.33±2.74	10.48±2.75	7.429**	0.001*

HADS: Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası.

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

4.6. Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Çalışmaya katılan bireyler için NSP'nin enerji, ağrı, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve toplam alt bölümlerindeki ilk ve son değerlendirme puanlarının grup içi karşılaştırması Tablo 4.14'de verilmiştir. Gevşeme grubunda tedaviden sonra yaşam kalitesi iyileşmiştir. Kontrol grubunda ise emosyonel reaksiyonlar, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi toplam puanı son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre daha kötü düzeyde bulunmuştur.

Gevşeme ve kontrol gruplarındaki bireylerin NSP alt parametrelerinin ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.15'de verilmiştir. Gevşeme ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Grupların son değerlendirmelerinde ise gevşeme grubunun yaşam kalitesi kontrol grubuna göre daha iyidir.

Tablo 4.14. Gevşeme ve kontrol gruplarında Nottingham Sağlık Profili puanlarının ilk ve son değerlerinin karşılaştırmaları.

	Gevşeme grubu (n=30)				Kontrol grubu (n=33)			
	İlk	Son	z	p	İlk	Son	z	p
	değerlendirme	değerlendirme			değerlendirme	değerlendirme		
	X±SS	X±SS			X±SS	X±SS		
NSP-Enerji (0-100)	69.62±28.83	18.37±18.21	11.683**	0.001*	68.89±29.12	75.53±27.15	1.403	0.161
NSP-Ağrı (0-100)	34.79±28.42	6.98±9.74	4.705	0.001*	30.61±21.56	33.10±21.77	1.609	0.108
NSP-Emosyonel Reaksiyonlar (0-100)	49.76±23.02	21.79±19.33	4.623	0.001*	48.08±17.69	53.66±17.07	2.039**	0.049*
NSP-Uyku (0-100)	21.53±25.02	12.72±18.77	2.943	0.003*	24.72±16.33	29.01±18.36	1.787	0.074
NSP-Sosyal İzolasyon (0-100)	43.25±28.62	15.70±17.66	4.021	0.001*	42.98±22.73	48.36±21.38	1.512	0.131
NSP-Fiziksel Aktivite (0-100)	19.25±11.75	10.46±8.64	3.833	0.001*	23.15±11.41	26.52±14.26	2.222	0.026*
NSP-Toplam (0-600)	238.23±91.83	86.05±53.06	14.972**	0.001*	238.48±68.66	266.22±77.02	2.390**	0.023*

NSP: Nottingham Sağlık Profili.

Normal dağılıma sahip olmayan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “Wilcoxon Signed rank” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılmasında “paired t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.15. Nottingham Sağlık Profili puanlarının ilk ve son değerlendirmelerindeki gruplar arası karşılaştırmaları.

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)		Gevşeme grubu (n=30)		Kontrol grubu (n=33)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
NSP-Enerji (0-100)	69.62±28.83	68.89±29.12	0.664	0.506	18.37±18.21	75.53±27.15	6.017	0.001*
NSP-Ağrı (0-100)	34.79±28.42	30.61±21.56	0.076	0.940	6.98±9.74	33.10±21.77	5.514	0.001*
NSP-Emosyonel Reaksiyonlar (0-100)	49.76±23.02	48.08±17.69	0.326**	0.745	21.79±19.33	53.66±17.07	5.401	0.001*
NSP-Uyku (0-100)	21.53±25.02	24.72±16.33	1.618	0.106	12.72±18.77	29.01±18.36	4.143	0.001*
NSP-Sosyal İzolasyon (0-100)	43.25±28.62	42.98±22.73	0.132	0.895	15.70±17.66	48.36±21.38	5.479	0.001*
NSP-Fiziksel Aktivite (0-100)	19.25±11.75	23.15±11.41	0.914	0.361	10.46±8.64	26.52±14.26	4.328	0.001*
NSP-Toplam (0-600)	238.23±91.83	238.48±68.66	0.012**	0.990	86.05±53.06	266.22±77.02	10.891**	0.001*

NSP: Nottingham Sağlık Profili.

Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

*İstatistiksel olarak anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

**Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “t-test” (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

5. TARTIŞMA

PMDB'li kadınlarda gevşeme eğitiminin, bireyin premenstrüel semptomları, yeti yitimi, okupasyonel performansı, ruhsal durumu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bütün incelenen parametrelerde iyileşme olduğu görülmüştür.

PMDB kadınların yaşamını olumsuz etkileyen bir durum olup dünya çapında 40 milyondan fazla kişide bu durumun görüldüğü bildirilmektedir (63-65). Bozukluk, menstrüel döngünün luteal fazı sırasında semptomların döngüsel nüksetmesiyle karakterizedir. Premenstrüel semptomların döngüsel olarak tekrarlaması kişiyi, kişinin ailesi ve sosyal çevresiyle ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (63, 66). Psikolojik ve fiziksel semptomların şiddetli düzeyde seyrettiği ve kişilerin günlük yaşamını etkileyecek boyuta geldiği durumlarda PMDB karşımıza çıkmaktadır (67).

Müderis ve ark.'nın (68) PMDB'li kadınlardan oluşan iki grubu karşılaştırdığı çalışmada, yaş ile beraber semptomların şiddetinin arttığı bulgularına ulaşılmıştır. Benzer olarak, Danacı ve ark.'nın (69) yaptığı çalışmada, sosyodemografik bilgilerin semptom şiddeti üzerine etkisi incelenmiş ve yaş arttıkça premenstrüel belirtilerin daha şiddetli düzeyde yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. Özetle, PMDB belirtilerinin menarştan sonra herhangi bir yaşta başladığı, yaş aldıkça premenstrüel semptom şiddetinin arttığı bildirilmekte özellikle 20-35 yaşları arasında en şiddetli düzeyde seyrettiği ve menopoza yaklaştıkça azaldığı belirtilmektedir (49, 69-72). Bu çalışmada da dünya verileriyle uyumlu olarak, hem gevşeme grubu hem de kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalamaları yaklaşık 30 yıl şeklinde bulunmuştur. Freeman ve ark. (73) tarafından yapılan çalışmada, 20-45 yaş aralığındaki kadınlarda premenstrüel belirti sürelerinin 6-10 yıl arasında değiştiği görülmüştür. Yapılan bir diğer çalışmada (74), premenstrüel semptom süresinin 11 yıl olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki bilgilere paralel olarak çalışmamızda da, premenstrüel belirti sürelerinin her iki grupta yaklaşık 8 yıl olduğu görülmüştür.

Premenstrüel semptomlar ile VKİ arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların bazılarında, düşük kilolu kadınlar ile daha yüksek ağırlığa sahip kadınlar karşılaştırıldığında VKİ arttıkça premenstrüel semptomların yaşanma olasılığının da

yükseldiği belirtilmiştir (75, 76). Fransız kadınlarda yapılan bir çalışmada (77), VKİ<18.5 olması bu riski azaltırken VKİ≥30 olmasının riski artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Ancak çalışmamızdaki kadınların VKİ'leri incelendiğinde, her iki grupta da bireylerin VKİ ortalamalarının normal sınırlarda seyrettiği saptanmıştır.

Yücesoy'un (78) premenstrüel semptomlar ve doğum şekli arasındaki ilişkiyi incelediği, 18 yaş ve üzeri doğum yapmış kadınları dahil ettiği çalışmada, sezaryen doğum yapanların premenstrüel semptom şiddetinin normal doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Sundell ve ark.'nın (79) menstrüel problem yaşayan kadınlar ile yaptığı çalışmada, dismenore şiddeti son 5 yıl içerisinde doğum yapmış olan kadınlarda azalma gösterirken, doğum yapmayan kadınlarda ise aynı düzeyde kalmıştır. Çalışmamızda da bunlara benzer olarak, doğum yapmamış olan kadın oranının her iki grup için de daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Doğum yapan kadınlara bakıldığında ise, normal doğum yapanlar sezaryen ile doğum yapanlara göre daha yüksek oranda bulunmuştur. Khella ve ark. (80) tarafından yapılan çalışmada, premenstrüel semptomlar ile gebelik sayısı arasında ilişki olduğu rapor edilmiştir. Literatürde, çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan kadınlarda premenstrüel semptomların daha sık yaşandığı bildirilmiştir (74, 81). Bu çalışmada da benzer olarak, gevşeme ve kontrol grubunda çocuğu olmayan kadın oranının daha fazla olduğu görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda premenstrüel semptomlar ve medeni durum arasındaki ilişkiyle ilgili farklı bulgular saptanmıştır. Demir ve ark. (81) tarafından yapılan çalışmada, evli olanlarda premenstrüel semptomlar daha sık yaşanırken, Adıgüzel ve ark. (82) tarafından yapılan çalışmada, bekarlarda premenstrüel semptom yaşanma riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Polonyalı kadınlarda PMDB risk faktörlerinin incelendiği çalışmalarda (83, 84), PMDB görülme sıklığı ile medeni durum arasında bir ilişki olmadığı bilgisine ulaşılmıştır. Bu çalışmada, gevşeme grubunda evli birey sayısının kontrol grubuna göre biraz daha yüksek olduğu görülmekte fakat literatürdeki bulgular göz önüne alındığında bu durumun premenstrüel semptom prevalansı açısından bir fark oluşturmadığı düşünülmektedir.

PMDB riski ile çalışma durumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, Cohen ve ark.'nın (85) yaptığı çalışmada, premenstrüel semptomların çalışan bireylerde daha sık yaşandığı belirtilmiş öte yandan Plinta ve ark. (83)

tarafından PMDB'de risk faktörlerinin incelediği araştırmada ise, PMDB ile çalışma durumu arasında ilişki saptanmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre, gevşeme ve kontrol grubunda çalışmayan kadınların çoğunlukta olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olmayanlarda premenstrüel semptomların daha sık yaşandığı tespit edilmiştir. Skrzypulec ve ark. (86) tarafından astımın premenstrüel semptom prevalansına etkisini incelediği çalışmada, astımlı kadınlarda premenstrüel semptom yaşanma sıklığı % 20 iken sağlıklı bireylerde bu oran % 46.67 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer olarak, her iki grupta da kronik hastalığı olmayan bireyler çoğunlukta. Gevşeme grubunda kronik hastalık oranı % 3.3 olup kontrol grubunda kronik hastalığı olan birey yer almamaktadır.

Literatür incelendiğinde, premenstrüel semptomlara yönelik pek çok tedavi yaklaşımının olduğu ancak PMDB'de farmakolojik olmayan müdahalelerin yerine bakıldığında bununla ilgili sınırlı sayıda araştırma olduğu tespit edilmiştir (4, 5, 9, 27). Heydari ve ark. (87) tarafından yapılan çalışmada, premenstrüel semptom yönetiminde aromaterapinin etkisi AÖBTG ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda, tedavinin premenstrüel semptom yönetiminde etkili olduğu saptanmıştır. Heydari ve ark. (88) tarafından yürütülen bir diğer çalışmada da benzer olarak, premenstrüel sıkıntıları olan kadınlarda aromaterapinin premenstrüel semptomlar ve semptomların günlük yaşama etkisi incelenmiştir. AÖBTG'den elde edilen bulgulara göre, bu alanlarda iyileşme olmuştur. Bazarganipour ve ark. (89) akupresür uygulamasının premenstrüel semptomlardaki etkinliğini değerlendirmiş ve tedavi grubunda, AÖBTG'den elde edilen sonuçlara göre premenstrüel semptomlar iyileşmiştir. Ilka ve ark. (90) tarafından yapılan çalışmada, premenstrüel problemleri olan bireylere Pilates eğitimi uygulanmış ve tedavinin sonunda semptom yoğunluğunda azalma tespit edilmiştir. Benzer olarak Omidali'nin (91) yaptığı çalışmada, Pilates eğitiminin premenstrüel semptomları azaltmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Kamalifard ve ark. (92) yoganın premenstrüel semptomlara etkisini araştırmıştır. Çalışmanın sonunda, yoga grubunda “öfke, gerginlik, redde karşı artmış hassasiyet, depresif ruh hali, ev işlerine ilginin azalması, konsantre olmada zorluk” gibi premenstrüel semptomlarda iyileşme saptanmıştır.

Abay ve ark.'nın (93) yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinde “bilgi-motivasyon-davranış becerileri modeline dayandırılan premenstrüel semptomlar ile baş etme eğitim programının” etkinliği değerlendirilmiştir. Eğitim programı içerik olarak davranış değişikliği yaklaşımlarını kapsamaktadır. Bunun sonunda AÖBTG sonuçları incelendiğinde, tedavi grubunda sosyal aktivitelere ilgisi azalan kişilerin yüzdesinde düşüş olduğu belirlenmiştir. Tedavinin “premenstrüel değişikliği tanıma, gevşeme yöntemlerini uygulama, aile ve arkadaşlarla iletişim kurma” gibi premenstrüel semptomlar ile başa çıkma davranışlarında olumlu yönde gelişme sağladığı saptanmıştır. Hemedan'da yapılan çalışmada (94), liseli kız öğrencilerde grupla psikolojik danışmanlığın premenstrüel semptomlar üzerine etkisi incelenmiştir. AÖBTG'den elde edilen bulgulara bakıldığında, uygulanan tedavinin premenstrüel semptom şiddetini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Weise ve ark. (95) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, PMDB tanılı bireylere internet tabanlı BDT uygulanmıştır. AÖBTG ile premenstrüel semptomlar değerlendirilmiştir. Tedavinin sonunda, premenstrüel semptom şiddeti ve semptomların günlük yaşama etkisinde iyileşme olmuştur. Maddineshat ve ark. (96) tarafından grup bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının AÖBTG ile premenstrüel semptomlar üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmaya, PMS tanılı bireyler dahil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre uygulanan tedavinin, psikolojik semptomlar ve semptomların bireylerin yaşamları üzerindeki etkisinde iyileşme sağladığı saptanırken fiziksel semptomlarda herhangi bir etkisi olmamıştır. Bu bilgilere paralel olarak, Mirzaei ve ark.'nın (97) yaptığı çalışmada, bilişsel davranışçı stres yönetiminin premenstrüel problem yaşayan kadınlarda anksiyete gibi semptomları hafifletmede etkili olduğu ancak fiziksel semptomlar üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan Davoodvandi ve ark. (98) tarafından yapılan bir çalışmada ise, grup BDT'nin PMS'de fiziksel semptomlar üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmaya, PMS tanılı evli kadınlar dahil edilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında, bilişsel davranışçı eğitimin PMS'de fiziksel semptomların tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın bulgularına bakıldığında, gevşeme eğitiminin fiziksel semptomları iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Jasuja ve ark.'nın (12) yaptığı çalışmada, Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminin premenstrüel semptomlar üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Müdahale grubuna haftada 2 kez olmak üzere 1 ay boyunca gevşeme eğitimi uygulanmış ve kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Çalışmanın sonunda, Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminin semptomları iyileştirmeye yardımcı olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada da literatürdeki bulgulara benzer sonuçlar elde edilmiş; gevşeme grubunun grup içi ilk ve son değerlendirme sonrası AÖBTG sonuçlarına bakıldığında, “öfke/sinirlilik, gerginlik, ağlamaklı/redde karşı artmış hassasiyet ve depresif ruh hali” başta olmak üzere diğer tüm semptomlarda iyileşme saptanmıştır. Kişinin “iş verimliliği/üretkenlik, sosyal yaşam aktiviteleri ve evdeki sorumluluklar” gibi günlük yaşamdaki alanlarında da olumlu yönde gelişme olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda “çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler, aile ilişkileri”nin de daha iyiye gittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, semptomların tümünde görülen iyileşmenin kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde olumlu yönde etkisi olabileceği, aktivitelere katılımını da aynı şekilde artırabileceği düşünülmüştür. Psikolojik semptomların yanı sıra fiziksel semptomlardaki iyileşmenin de aktivitelere katılımın artmasında önemli bir payı olduğu düşünülmektedir. Semptomlarla etkili bir şekilde baş etmeyi öğrenen kadınların aile ve arkadaşlarla ilişkilerini daha iyi yönetebildiği görülmüştür. Kontrol grubunda ise premenstrüel semptomlar ve semptomların günlük yaşama etkisinde bir değişiklik olmamıştır.

Gevşeme ve kontrol grubunun ilk değerlendirme sonuçlarında AÖBTG'nin tüm alt parametrelerinde iki grup arasında fark olmamasına karşın “yorgunluk ve fiziksel semptomlar”ın gevşeme grubunda daha şiddetli düzeyde olduğu görülmüştür. Bu durumun ise gevşeme grubundaki bireylerin kontrol grubundaki bireylere göre premenstrüel semptomları biraz daha uzun süredir yaşıyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Grupların son değerlendirme sonuçlarına bakıldığında, AÖBTG'de yer alan tüm parametrelerde gevşeme grubunun semptom şiddeti kontrol grubuna göre daha düşük düzeydedir. Sonuç olarak, gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar ve semptomların günlük yaşama etkisinde iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Bu iyileşmenin sebebi olarak, Jacobson'un ilerleyici

kas gevşeme yönteminin, sempatik sinir sistemi aktivasyonunu azaltarak fiziksel ve ruhsal sağlığa fayda sağlaması ile açıklanabilir (12, 36).

Literatürde, PMDB'de major psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi neredeyse eşit derecede yeti yitimi yaşandığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda bu dönemde okula/işe gitme oranı ve üretkenlikte düşüş olduğu, aile ilişkilerinin bozulduğu, evdeki sorumlulukların aksadığı, serbest zaman aktivitelerine katılımın kısıtlandığı saptanmıştır. Literatür incelememiz doğrultusunda, çalışmaların çoğunlukla PMDB'de yaşanan yeti yitimini ortaya koymakla sınırlı kaldığı ancak bu durumun farmakolojik olmayan tedavisine yönelik çalışılmadığı bilgisine ulaşılmıştır (9, 30, 48, 99-101). Diefenbach ve ark. (102) obsesif-kompulsif bozuklukta BDT'nin etkinliğini araştırmıştır. Çalışmada yeti yitimi SYYÖ ile değerlendirilmiş ve çalışmanın sonunda, yeti yitiminde iyileşme olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak, Camart ve ark. (103) sosyal fobisi olan bireylerde bilişsel-davranışçı grup tedavisinin etkisini araştırmıştır. SYYÖ ile bozukluğa bağlı yeti yitimi değerlendirilmiş ve çalışmanın sonunda SYYÖ'nün tüm alanlarında iyileşme görülmüştür.

McCarthy ve ark. (104) panik bozukluğu olan kişilerde panik odaklı psikodinamik psikoterapi, BDT ve gevşeme eğitiminin uzun vadeli sonuçlarını incelemiştir. Elden edilen bulgulara göre, tedavilerin sona ermesini takip eden bir yıl boyunca yeti yitimindeki iyileşme düzeylerinin korunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Wang ve ark. (105) şizofrenili bireylerde eğitim ile kombine gevşeme yöntemi yaklaşımının yeti yitimi üzerindeki etkinliğini araştırmıştır. Yeti yitimi SYYÖ aracılığıyla değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda, uygulanan müdahalenin yeti yitimini iyileştirmede etkili olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Melo-Dias ve ark. (14) tarafından yapılan sistematik çalışmada, şizofrenide Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminin etkinliği değerlendirilmiş ve bu yöntemin yeti yitimini iyileştirdiği saptanmıştır.

Yaptığımız literatür incelemesine göre, ciddi boyutta yeti yitimi yaşayan PMDB'li kadınlarda farmakolojik olmayan müdahalelerin yeti yitimine etkisini inceleyen herhangi bir çalışmanın yapılmamış olması dikkatimizi çekmiştir (4, 5, 9). Bu anlamda çalışmamız, gevşeme eğitiminin PMDB'li bireylerde yeti yitimine etkisini incelemesi açısından önemlidir. Bu çalışma kapsamında gevşeme grubunun, grup içi ilk ve son değerlendirme sonrası SYYÖ sonuçlarına bakıldığında iş/okul,

sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar olmak üzere tüm alanlarda yeti yitimini iyileştirdiği saptanmıştır. Bu durumun sebebi olarak, gevşeme eğitiminin vücut mekanizmasındaki rahatlatıcı etkisiyle beraber kişilerin günlük yaşamdaki aktivitelere katılımını artırdığı, insan ilişkilerinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağladığı söylenebilir (12, 37). Kontrol grubunda ise yeti yitiminde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gevşeme ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmelerine bakıldığında sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alanlarındaki yeti yitimi gevşeme grubunda daha fazla bulunmuştur. Kontrol grubuna göre gevşeme grubundaki bireyler biraz daha uzun süredir premenstrüel semptomları yaşadığı için bu kişilerin yeti yitimi düzeylerinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Grupların son değerlendirmelerinde ise gevşeme grubundaki kadınların yeti yitimi düzeylerinin kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum ise tedavimizin etkinliğini ortaya koymakta, gevşeme eğitiminin bireylerin yeti yitimini iyileştirdiğini göstermektedir.

Persson ve ark. (106) ağrı rehabilitasyon programına kayıtlı kas-iskelet ağrısı olan bireylerin okupasyonel problemlerini tanımlamak amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada yer alan kadınların en sık yaşadığı okupasyonel problemin üretkenlik alanında yer alan ev idaresi alt başlığında olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada da benzer olarak gevşeme ve kontrol grubunda yer alan bireylerin en sık bildirdiği okupasyonel problemlerin ev idaresi alanında olduğu belirlenmiştir.

Literatür taramamız sonucunda, PMDB’de günlük yaşam aktivitelerine katılımın kısıtlandığı belirtilmiş fakat üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alanlarındaki okupasyonel performans ve memnuniyet üzerinde yapılan herhangi bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır (5, 9). Bu anlamda bakıldığında çalışmamızın, PMDB’de gevşeme eğitiminin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyindeki değişimi tespit etmesi bakımından literatüre yeni bir bakış açısı kazandırdığını düşünmekteyiz.

Schmid ve ark. (107) yoganın kronik ağrısı olan kişilerde okupasyonel performans üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmanın sonunda KAPÖ performans ve memnuniyet puanlarında olumlu gelişmeler bulunmuş, sonuç olarak yoganın kronik ağrı çeken bireylerde okupasyonel performansı iyileştirdiği saptanmıştır. Nesbitt ve ark.’nın (108) lise öğrencilerinde fiziksel aktivitenin okupasyonel

performans üzerine etkisini incelediği çalışmanın sonucunda da benzer olarak, katılımcıların okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinde artış saptanmıştır. Mead ve ark. (109) kronik ağrısı olan bireylerde “ağrıyla başa çıkma stratejileri” programının okupasyonel performansa etkisini araştırmıştır. Program; egzersiz, gevşeme yöntemleri gibi ağrı yönetimi programının temel bileşenlerinden oluşmaktadır. Müdahale sonunda, KAPÖ sonuçları incelendiğinde hem performans hem de memnuniyet puanlarında olumlu bir gelişme olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada gevşeme grubunun grup içi ilk ve son değerlendirme sonrası KAPÖ sonuçlarına bakıldığında, “ev idaresi, okul, kişisel bakım, sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşme” alanlarındaki okupasyonel performans ve memnuniyet puanlarında artış saptanmıştır. Kontrol grubuna bakıldığında ise, aktif rekreasyon alanındaki okupasyonel performans ve memnuniyette kötüleşme olurken diğer alanlarda bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, kontrol grubunun herhangi bir tedavi almamış olmasıyla açıklanabilir. Grupların ilk değerlendirmelerinde, aktif rekreasyon alanındaki okupasyonel performans ve ayrıca “ev idaresi, kişisel bakım, aktif rekreasyon” alanındaki okupasyonel memnuniyet gevşeme grubunda daha düşükken diğer tüm alanlarda gruplar arasında farklılık yoktur. Bu farklılığın sebebi, gevşeme grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre premenstrüel belirtileri biraz daha uzun süredir yaşıyor olmasından kaynaklanabilir. Grupların son değerlendirmelerinde, gevşeme grubunda kontrol grubuna göre, tüm alanlarda okupasyonel performans ve memnuniyet daha yüksek bulunmuştur. Sonuçta, uyguladığımız gevşeme eğitiminin okupasyonel performans ve memnuniyete önemli ölçüde katkı sağlamış olduğu görülmüştür.

Literatürde PMDB ile major depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiştir. PMDB ile ilişkili olarak, döngünün premenstrüel fazında ortaya çıkan şiddetli psikiyatrik semptomların sadece duygudurum semptomları ile değil, aynı zamanda anksiyete ve depresyon semptomları ile de karakterize edildiği bildirilmiştir. Ek olarak, PMDB'li kadınlar arasında yaşam boyu depresyon ve anksiyete bozuklukları öyküsünün de yaygın olduğu belirtilmiştir (110, 111). Bunların yanı sıra, Sepede ve ark. (5) tarafından yapılan sistematik bir derlemede, saf PMDB'li bireylerin tedavisinin komorbid depresif ve anksiyete bozukluğu olan PMDB'li kişilerin tedavisinden farklı olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu

anlamda çalışmamız saf PMDB'li kadınlardan oluşması ve gevşeme eğitiminin saf PMDB üzerindeki etkisini incelemesi bakımından değerlidir. Öte yandan PMDB'de ruhsal durumu ele alan farmakolojik olmayan çalışma sayısının kısıtlı olduğu fark edilmiştir. Hunter ve ark. (112) PMDB'de BDT'nin ruhsal durum üzerine etkisi araştırmıştır. Çalışma sonunda HADS puanları incelendiğinde, BDT'nin anksiyete ve depresyonu iyileştirdiği bulunmuştur. Mead ve ark. (109) tarafından kronik ağrılı bireylerde ağrıyla başa çıkma stratejileri programının ruhsal durum üzerine etkisi incelenmiş ve çalışmanın sonunda HADS'a göre anksiyete ve depresyonda iyileşme saptanmıştır. Hampson ve ark. (113) nörolojik rahatsızlık yaşayan bireylerde gevşeme eğitiminin ruhsal durum üzerindeki etkilerini incelemiştir. Katılımcılara 5 seans gevşeme eğitimi verilmiştir. Bireyler müdahale öncesi ve sonrası HADS ile değerlendirilmiştir. Son seanstan 5 hafta sonra ise takip yapılmıştır. Çalışmanın sonunda, gevşeme eğitiminin anksiyete ve depresyonu azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Takipteki puanlar, anksiyete için iyileşmenin korunduğunu ve depresyon için daha fazla iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Benzer olarak, Kumar ve ark. (114) depresif bozukluklarda yoganın ruhsal durum üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmaya major depresif bozukluğu olan bireyler dahil edilmiştir. Çalışmanın sonunda HADS'a göre, ruhsal durumda iyileşme saptanmıştır.

Jasuja ve ark.'nın (12) yaptığı çalışmada premenstrüel problem yaşayan kadınlarda Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminin anksiyete ve depresyon üzerindeki etkileri değerlendirilmiş ve sonuç olarak tedavinin bu semptomların şiddetinde azalma sağladığı saptanmıştır.

Çalışmamızda gevşeme grubunun, grup içi ilk ve son değerlendirme sonrası HADS sonuçlarına bakıldığında literatürdeki sonuçlara benzer olarak anksiyete ve depresyonun iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu iyileşmenin sebebi olarak, Jacobson'un ilerleyici kas gevşeme yönteminin, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomlarda etkili bir yöntem olması gösterilebilir (12, 14, 45). Kontrol grubunda ise ilk ve son değerlendirme sonrasında değişiklik bulunmamıştır. Grupların ilk değerlendirmelerine bakıldığında, anksiyete ve depresyon puanları bakımından homojen oldukları saptanmıştır. Son değerlendirmelerinde ise kontrol grubuyla kıyaslandığında gevşeme grubundaki bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha az olduğu bulunmuştur. Bunlara ek olarak, HADS ölçeğindeki

kesme puanları dikkate alındığında, ilk değerlendirmede gevşeme ve kontrol grubunun anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğu görülmüştür. Son değerlendirmede ise gevşeme grubunda bu risk ortadan kalkarken kontrol grubunun herhangi bir tedavi almadığı için ruhsal durum açısından risk altında olmaya devam ettiği düşünülmüştür.

Yamada ve ark. (115) tarafından yapılan bir çalışmada, PMDB'li kadınlarda kaliteye ayarlanmış yaşam yılı kaybının boyutu incelenmiş ve hastalık tedavi edilmezse bu bireylerin yaklaşık 3 yıllık kaliteye ayarlanmış yaşam yılı kaybı yaşayabilecekleri belirtilmiştir. Ancak literatür araştırmamız sonucunda, PMDB'de yaşam kalitesini inceleyen farmakolojik olmayan müdahale çalışmalarına rastlanmamıştır (5, 9). Küçükkelepçe ve ark.'nın (116) PMS'de akupunktur ve yoganın yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, yaşam kalitesinin iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ulger ve ark. (117) yaptığı çalışmada yoganın kanser hastalarında yaşam kalitesine etkilerini NSP ile değerlendirmiştir. Çalışmaya meme kanseri tedavisi alan kişiler dahil edilmiştir. Tedaviden sonra NSP'nin "enerji, ağrı, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, toplam" parametrelerinde iyileşme saptanmıştır. Benzer olarak, Altan ve ark.'nın (118) yaptığı çalışmada Pilates eğitiminin fibromiyalji sendromlu kişilerde sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir. NSP sonuçları incelendiğinde, tedavinin bireylerin yaşam kalitesinde olumlu yönde gelişme sağladığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda, gevşeme grubunun grup içi ilk ve son değerlendirme sonuçları kıyaslandığında, NSP alt başlıkları arasında yer alan "enerji, ağrı, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite ve toplam" alanlarında yaşam kalitesinin iyileştiği görülmüştür. Bu iyileşme, gevşeme eğitiminin ağrı ve yorgunluğu azaltıcı, uykuya geçişi kolaylaştırıcı etkisiyle açıklanabilir (12, 41, 42). Kontrol grubunda ise, NSP'de yer alan "emosyonel reaksiyonlar, fiziksel aktivite ve toplam" alanlarında yaşam kalitesinin kötüleştiği belirlenmiş ancak diğer alanlarda bir farklılık bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak, kontrol grubunun herhangi bir tedavi almaması gösterilebilir. Grupların ilk değerlendirmelerinde, iki grup arasında farklılık yokken son değerlendirmelerinde gevşeme grubunun yaşam kalitesi her alanda kontrol grubuna göre daha iyi düzeyde bulunmuştur.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; eğitim sırasında menstrüel döngünün farklı fazlarındaki PMDB'li kadınlar ile çalışılmış, bu durumun çalışmamıza olan etkisi belirlenmemiş olması sebebiyle kısıtlılık arasında kabul edilmiştir. Bu çalışmaya, uygulama kolaylığı nedeniyle, kesitsel ölçüm aracı olan AÖBTG'ye göre PMDB'li bireyler dahil edilmiş ancak prospektif ölçüm araçlarıyla da takip yapılması değerli olacaktır. Gevşeme ve kontrol grubunda çalışan oranı az olduğundan bireylerin iş ile ilgili okupasyonlarda problem iletmemiş olabilecekleri düşünülmüştür. Bu nedenle gevşeme eğitiminin iş alanındaki okupasyonel performans üzerine etkinliği değerlendirilememiştir.

Farmakolojik olmayan çalışmalara bakıldığında güncel olarak PMDB'de stresle başa çıkma, BDT gibi eğitimlerin uygulandığı görülmektedir. Yaptığımız literatür incelemesi kapsamında bu çalışma, PMDB'li kadınlarda gevşeme eğitiminin etkisinin incelendiği ilk kontrollü çalışmadır. Çalışma sonucunda gevşeme eğitiminin, PMDB'li kadınların premenstrüel semptomları ile semptomların günlük yaşam üzerindeki etkisinde iyileşmeyle beraber iş/okul, sosyal yaşam/serbest zaman aktiviteleri ve aile yaşamı/evdeki sorumluluklar alanlarındaki yeti yitimini azalttığına dair kayda değer bulgular saptanmıştır. Ayrıca, gevşeme eğitiminin bireylerin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinde artış sağladığı sonucuna ulaşılmış, ruhsal durumunu iyileştirmede umut vadeden bir yaklaşım olarak desteklenmesine dair güçlü kanıtlar elde edilmiştir. Tüm bunlarla beraber yaşam kalitesini de olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bulgularımız ışığında gevşeme eğitiminin PMDB'li kadınlar için uygun bir tedavi sağladığı görülmüştür. Bu sonuçlara rağmen, PMDB'de gevşeme eğitiminin uzun dönem etkisinin incelenmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

PMDB'li kadınlarda uygulanan gevşeme eğitiminin etkisi araştırıldığında çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, PMDB'li kadınlara uygulanan gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans ve memnuniyet, ruhsal durum ve yaşam kalitesini iyileştiren bir uygulama olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gevşeme eğitiminin PMDB'li bireylerde umut vadeden bir müdahale seçeneği olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.
2. Yaptığımız literatür taramasının sonuçlarına göre, PMDB'de gevşeme eğitiminin etkilerini inceleyen ilk çalışma olmamız sebebiyle bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.
3. Eğitim aşamasında menstrüel döngünün farklı fazlarında olan bireylerle çalışılmış, ileride bu durumun çalışma sonuçlarına etkisinin incelenmesinin değerli olabileceği düşünülmüştür.
4. Bu çalışma PMDB'li çalışan, çalışmayan bireyler ve öğrencilerden oluşmaktadır. Bireylerin çalışma durumlarına bakıldığında, her iki grupta da çalışan oranının en düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sebeple bireylerin KAPÖ'de yer alan iş ile ilgili alt bölümde herhangi bir problem ilemedikleri düşünülmektedir. Fakat literatürden edinilen bilgiye göre, PMDB'de iş verimliliğinin düşük oluşu göz önüne alındığında ileride sadece çalışan PMDB'li kadınlarda gevşeme eğitiminin iş performansına etkisinin incelenmesinde fayda olabilir.
5. Menstrüel döngünün aynı fazındaki kadınları bir araya toplamanın zorluğu nedeniyle eğitim bireysel olarak verilmiştir. Gevşeme eğitimi grup eğitimi olarak da uygulanabilecek bir yöntemdir. Grup eğitimi şeklinde uygulamanın araştırmacılar için zaman ve enerji tasarrufu sağlayabileceğini düşünmekteyiz.
6. PMDB'de gevşeme eğitiminin konsantrasyon/dikkat üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, PMDB'li kadınlarda gevşeme eğitiminin bilişsel durum üzerine etkilerini inceleyen çalışmaların yapılmasının faydalı olacağını düşünmekteyiz.

7. Gevşeme eğitiminin PMDB'li kadınlarda uzun dönem etkilerini de görmek amacıyla uzun süreli takip değerlendirmelerinin yapılacağı çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Comasco E, Sundström-Poromaa I. Neuroimaging the Menstrual Cycle and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17(10):619.
2. Batra P, Harper DM. Recognizing and Treating Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Clin Outcomes Manage*. 2002;9:87-98.
3. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Bazi SS, Malehi AS, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): a validation study. *Archives of Women's Mental Health*. 2013;16(6):531–7.
4. Scalea TL, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Medical Clinics of North America*. 2019;103(4):613–28.
5. Sepede G, Sarchione F, Matarazzo I, Di Giannantonio M, Salerno RM. Premenstrual Dysphoric Disorder Without Comorbid Psychiatric Conditions: A Systematic Review of Therapeutic Options. *Clinical neuropharmacology*. 2016;39(5):241-61.
6. Ko CH, Long CY, Chen SY, Chen IJ, Huang TH, Yen JY. Depression, Irritability, and Anxiety in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2013;46(1):39–55.
7. Dennerstein L, Lehert P, Heinemann K. Epidemiology of premenstrual symptoms and disorders. *Menopause International*. 2012;18(2):48–51.
8. Pearlstein T. Prevalence, impact on morbidity and disease burden. *The Premenstrual Syndromes: PMS and PMDD*. 1nd ed. London: CRC Press; 2007. p. 37-45.
9. Rapkin AJ, Lewis EI. Treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Womens Health*. 2013;9(6):537-56.
10. Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;218(1):68–74.
11. Oates J. The Effect of Yoga on Menstrual Disorders: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(6):407-17.

12. Jasuja V, Purohit G, Mendpara S, Palan BM. Evaluation of Psychological Symptoms in Premenstrual Syndrome Using PMR Technique. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014;8(4):1-3.
13. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Disord*. 2007;21(3):243-64.
14. Melo-Dias C, Lopes RC, Cardoso DFB, Bobrowicz-Campos E, Apóstolo JLA. Schizophrenia and Progressive Muscle Relaxation—A systematic review of effectiveness. *Heliyon*. 2019;5(4): e01484.
15. Klainin-Yobas P, Oo WN, Suzanne Yew PY, Lau Y. Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. *Aging Ment Health*. 2015;19(12):1043-55.
16. Lu SM, Lin MF, Chang HJ. Progressive muscle relaxation for patients with chronic schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;56(1):86-94.
17. Suhr J. Progressive muscle relaxation in the management of behavioural disturbance in alzheimer's disease, neuropsychological rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*. 1999; 9: 31-44.
18. Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, Yu F, Wang X. Progressive Muscle Relaxation Improves Anxiety and Depression of Pulmonary Arterial Hypertension Patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015;2015:1–8.
19. Seyedi Chegeni P, Gholami M, Azarsoon A, et al. The effect of progressive muscle relaxation on the management of fatigue and quality of sleep in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018; 31: 64-70.
20. Dehkordi AH, Jalali A. Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among Iranian Aging Persons. *Acta Med Iran*. 2016; 54(7): 430-6.
21. Pelekasis P, Matsouka I, Koumarianou A. Progressive muscle relaxation as a supportive intervention for cancer patients undergoing chemotherapy: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2017;15(4):465-73.

22. Kiesner J. The Menstrual Cycle-Response and Developmental Affective-Risk Model: A multilevel and integrative model of influence. *Psychological Review*. 2017;124(2):215–44.
23. Boudesseul J, Gildersleeve KA, Haselton MG, Bègue L. Do Women Expose Themselves to more Health-Related Risks in Certain Phases of the Menstrual Cycle? A Meta-analytic Review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2019;107:505-24.
24. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2011;14(4):241-53.
25. Ryu A, Kim TH. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*. 2015;82(4):436-40.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
27. Maharaj S, Trevino K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*. 2015;21(5):334-50.
28. Appleton SM. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2018; 61(1):52-61.
29. Schmelzer K, Ditzen B, Weise C, Andersson G, Hiller W, Kleinstäuber M. Clinical Profiles of Premenstrual Experiences Among Women Having Premenstrual Syndrome (PMS): Affective Changes Predominate and Relate to Social and Occupational Functioning. *Health Care Women Int*. 2015;36(10):1104-23.
30. Balık G, Hocaoğlu Ç, Kağıtçı M, Güvenda Güven ES. Comparison of the effects of PMDD and pre-menstrual syndrome on mood disorders and quality of life: A cross-sectional study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;35(6):616–20.
31. Meşeci E. Çalışan Türk Kadınlarında Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Distrofik Bozukluk Prevalansı ve İş Performansına Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2017;48(4):152-6.

32. Akdeniz F, Aldemir E. Kadınlara Özgü Ruhsal Hastalıklar. Klinik Gelişim. 2009;22:80-3.
33. Akdeniz F, Karadağ F. Adet Döngüsünün Duygudurum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var mıdır? Türk Psikiyatri Dergisi. 2006;17(4):296-304.
34. Krasnik C, Montori VM, Guyatt GH, Heels-Ansdell D, Busse JW. The effect of bright light therapy on depression associated with premenstrual dysphoric disorder. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005; 193(3):658–61.
35. Niederhofer H. Repetitive transcranial magnetic stimulation for premenstrual dysphoric disorder: a case report. Prim Care Companion J Clin Psychiatry.2009;11(2):83–4.
36. Otman AS. Egzersiz Tedavisinde Temel Prensipler ve Yöntemler. 4. baskı. Ankara: Pelikan Yayınları; 2014. 6. bölüm, Gevşeme Egzersizleri; s.115-25.
37. Özgündöndü B. Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizlerinin Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Stres, Yorgunluk ve Baş Etme Biçimleri Üzerine Etkisi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
38. Gupta B, Kumari M, Kaur T. Effectiveness of progressive muscle relaxation technique on physical symptoms among patients receiving chemotherapy. Nursing and Midwifery Research Journal. 2016; 12(1):33-40.
39. Yıldızeli Topçu S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
40. Bahçeli A. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastaların Anksiyete Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi;2014.
41. Merakou K, Tsoukas K, Georgios S, Amanaki E, Daleziou A, Kourmousi N, Stamatelopoulou G, Spourdaki E, Barbouni A. The effect of progressive muscle relaxation on emotional competence: depression- anxiety-stress, sense of coherence, health-related quality of life, and well-being of unemployed people in Greece: An intervention study. Explore: The Journal of Science and Healing. 2018;15(1):38-46.

42. Kapucu S, Kütmeç CY. Kronik Hastalıklarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Yararı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2018; 32(2);111-14.
43. McCallie MS, Blum CM, Hood CJ. Progressive muscle relaxation. Journal of Human Behavior in the Social Environment. 2006;13(3):51-66.
44. Alan H. Jinekolojik Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisi Sürecinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri ve Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
45. Arıoğlu B. Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Ağrı Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2012.
46. Öztürk D. Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri Ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı Ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
47. Sumbuloglu K., Sumbuloglu V. Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri, Bölüm 7, Örneklem (4. Baskı), Hatipoğlu yayımları, 2002.
48. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Arch Womens Ment Health. 2003;6(3):203-9.
49. Özdel K, Kervancıoğlu A, Taymur İ, Efe C, Türkçapar AF, Güriz SO ve ark. Aybaşı öncesi belirtileri tarama gereci: DSM-5 aybaşı öncesi disfori bozukluğunu taramada kullanışlı bir gereç. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2015; 6(5): 581-5.
50. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. Int Clin Psychopharmacol. 1996;11(3):89-95.
51. Law M, Baptiste S, McColl MA, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: An outcome measure for occupational therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy. 1990;57(2):82-7.

52. Law M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, MA., Polatajko, H. & Pollock, N. Canadian Occupational Performance Measure Manual, 5th Edition. Canada. CAOT Publications ACE. 2014. 56 p.
53. Torpil B, Ekici-Çağlar G, Bumin G. Reliability and validity of the Canadian occupational performance measure in people with multiple sclerosis. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*. 2018;5(2):68.
54. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.
55. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280-7.
56. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring Health Status: A New Tool For Clinicians and Epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1985;35(273):185-8.
57. Küçükdeveci AA, McKenna SP, Kutlay S, Gürsel Y, Whalley D, Arasil T. The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *Int J Rehabil Res*. 2000; 23 (1): 31-8.
58. Shilagh A. 2018. Whole Health: Change the Conversation. Power of the Mind Educational Overview. Madison: Wisconsin University. URL <https://www.va.gov/PATIENTCENTEREDCARE/veteran-handouts/index.asp> [accessed 8 January 2018].
59. Ak Türkiş N. Ameliyat Öncesi Uygulanan Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete Düzeyine Etkisi [Yüksek lisans tezi]. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi; 2019.
60. Motley M. 2018. Whole Health: Information for Veterans. Progressive Muscle Relaxation and Progressive Relaxation. Madison: Wisconsin University. URL <https://www.va.gov/PATIENTCENTEREDCARE/veteran-handouts/index.asp> [accessed 8 January 2018].
61. Shilagh A. 2018. Whole Health: Change The Conversation. Progressive Muscle Relaxation Clinical Tool. Madison: Wisconsin University. URL <https://wholehealth.wisc.edu> [accessed 8 January 2018].
62. Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). Univ. Chicago Press.

63. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician*. 2003 Apr 15;67(8):1743-52.
64. Yesildere Saglam H, Orsal O. Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. *Complement Ther Med*. 2020 Jan;48:102272. doi: 10.1016/j.ctim.2019.102272. Epub 2019 Nov 27.
65. Palas Karaca, P. & Kızılkaya Beji, N. Premenstrual Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(3): 178-186.
66. Şimşek-Küçükkeleş D. Premenstrual Sendrom ile Baş Etmeye Yönelik Sağlık İnanç Modeli Rehberliğinde Verilen Eğitim ve Akupresurun Premenstrual Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi [Doktora tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi;2018.
67. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016 Aug 1;94(3):236-40.
68. Müderris İİ, Gönül AS, Sofuoğlu S, Taşçı S, Bayatlı M. Genç Kadınlarda Premenstrüel Disforik Bozukluk Prevalansı. *Klinik Psikiyatri*. 1999;2:197-201.
69. Danacı AE, Taşkın EO, Koltan SO, Uyar Y. Premenstrüel disforik bozuklukta semptomatolojinin adet döngüsüyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(1):15-20.
70. Ünal S, Erbay PD. Manisa'da İki Aile Hekimi Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2016; 25(6):240-6.
71. Erbil N, Bölükbaşı N, Tolan S, Uysal F. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011;8(1):428-38.
72. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. 2003 Aug;28(3):25-37.
73. Freeman EW, Rickels K, Schweizer E, Ting T. Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. *Psychological Medicine*. 1995;25(02):309.

74. Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğul Ö, Okan G. İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastalarındaki Premenstrüel Sendrom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. 2012; 26(3):111-4.
75. Masho SW, Adera T, South-Paul J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2005;26(1): 33–9.
76. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Willett WC, Johnson SR, Manson JE. Adiposity and the development of premenstrual syndrome. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Nov;19(11):1955-62.
77. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(1):31-9.
78. Yücesoy H. Premenstruel Sendromun Doğum Sonrası Depresyon ve Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi [Doktora tezi]. Ordu: Ordu Üniversitesi;2017.
79. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1990 Jul;97(7):588-94.
80. Khella AK. Epidemiologic Study of Premenstrual Symptoms. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*. 1992; 67:109-18.
81. Demir B, Algül LY, Güvendağ-Güven ES. Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*. 2006;3(4):262-70.
82. Adıgüzel H, Taşkın O, Danacı A. Manisa İlinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18 (3):215-222.
83. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol A, Nowosielski K, Plinta R. The complexity of premenstrual dysphoric disorder-risk factors in the population of Polish women. *Reprod Biol Endocrinol*. 2010 Nov 14;8:141.
84. Sveindóttir H, Bäckström T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicality and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women

- using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000 May;79(5):405-13.
85. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. *The Harvard Study of Moods and Cycles. J Affect Disord.* 2002 Jul;70(2):125-32.
86. Skrzypulec V, Doniec Z, Drosdzol A, Nowosielski K, Pawlińska-Chmara R. The influence of bronchial asthma on premenstrual syndrome prevalence among girls. *J Physiol Pharmacol.* 2007 Nov;58 Suppl 5(Pt 2):639-46.
87. Heydari N, Abootalebi M, Jamalimoghadam N, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzaded M. Evaluation of aromatherapy with essential oils of *Rosa damascena* for the management of premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Aug;142(2):156-161.
88. Heydari N, Abootalebi M, Tayebi N, Hassanzadeh F, Kasraeian M, Emamghoreishi M, Akbarzadeh M. The effect of aromatherapy on mental, physical symptoms, and social functions of females with premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. *J Family Med Prim Care.* 2019 Sep 30;8(9):2990-2996.
89. Bazarganipour F, Taghavi SA, Allan H, Beheshti F, Khalili A, Miri F, Rezaei M, Mojgori M, Imaninasab F, Irani F, Salari S. The effect of applying pressure to the LIV3 and LI4 on the symptoms of premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. *Complement Ther Med.* 2017 Apr;31:65-70.
90. Ilka M, Banaeifar A, Yaser K. Effects of a Health Training Course on Premenstrual Syndrome Symptoms. *An International Journal.* 2015;7(1):644-9.
91. Omidali F. Effects of Pilates and Vitamin E on Symptoms of Premenstrual Syndrome. *Dev Nurs Midw.* 2016;13(1):1-9.
92. Kamalifard M, Yavari A, Asghari-Jafarabadi M, Ghaffarilaleh G. The Effect of Yoga on Women's Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Clinical Trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences.* 2017;5(3):205-211.


93. Abay H, Kaplan S. Evaluation of the effectiveness of a training program for coping with PMS symptoms based on IMB model in university students. *Women Health*. 2021 Jun 1:1-12.
94. Khodakarami B, Mohagheghi H, Babakhani N, Masoumi-Seyede Z, Farhadian M. The Effect of Group Counseling on Premenstrual Syndrome in High School Girls in Hamadan, 2017: A Clinical Trial. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2018;26(5):306-14.
95. Weise C, Kaiser G, Janda C, Kues JN, Andersson G, Strahler J, Kleinstäuber M. Internet-Based Cognitive-Behavioural Intervention for Women with Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2019;88(1):16-29.
96. Maddineshat M, Keyvanloo S, Lashkardoost H, Arki M, Tabatabaeichehr M. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) . *Iran J Psychiatry*. 2016;11(1):30-36.
97. Mirzaei F, Neshatdoost H, Kalantari M, Mahani KN, Jabalameli S, Merollahi T. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management on Anxiety and Somatic Symptoms of Women with Premenstrual Syndrome. *Knowledge&Research in Applied Psychology*. 2012;12(4):46.
98. Davoodvandi M, Navabinejad S, Kashani FL. The effectiveness of group cognitive– behavioral instruction on decreasing physical symptoms of premenstrual syndrome. *Med. Sci. J. Islam. Azad Univ*. 2011;21(2):120-114.
99. Brownley KA, Girdler SS, Stout AL, McLeod MN. Chromium supplementation for menstrual cycle-related mood symptoms. *J Diet Suppl*. 2013 Dec;10(4):345-56.
100. Padmavathi P. Effect of acupressure vs reflexology on pre-menstrual syndrome among adolescent girls--a pilot study. *Nurs J India*. 2014 Sep-Oct;105(5):236-9.
101. Pearlstein TB, Halbreich U, Batar ED, Brown CS, Endicott J, Frank E, Freeman EW, Harrison WM, Haskett RF, Stout AL, Yonkers KA. Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. *J Clin Psychiatry*. 2000 Feb;61(2):101-9.

102. Diefenbach GJ, Abramowitz JS, Norberg MM, Tolin DF. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007 Dec;45(12):3060-8.
103. Camart N, André C, Trybou V, Bourdel MC. Short-term effects of a cognitive-behavioural group therapy in social phobia: evaluation of sixty patients. *Encephale.* 2006 Nov-Dec;32(6 Pt 1):1011-8.
104. McCarthy KS, Chambless DL, Solomonov N, Milrod B, Barber JP. Twelve-Month Outcomes Following Successful Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy, Cognitive-Behavioral Therapy, or Applied Relaxation Training for Panic Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2018 Sep 11;79(5):17m11807.
105. Wang FZ, Luo D, Kanb W, Wang Y. Combined intervention with education and progressive muscle relaxation on quality of life, functional disability, and positive symptoms in patients with acute schizophrenia. *J Altern Complement Med.* 2015 Mar;21(3):159-65.
106. Persson E, Lexell J, Rivano-Fischer M, Eklund M. Everyday occupational problems perceived by participants in a pain rehabilitation programme. *Scand J Occup Ther.* 2013 Jul;20(4):306-14.
107. Schmid AA, Van Puymbroeck M, Fruhauf CA, Bair MJ, Portz JD. Yoga improves occupational performance, depression, and daily activities for people with chronic pain. *Work.* 2019;63(2):181-189.
108. Nesbitt AE, Collins KJ, Nalder E, Sabiston CM. Occupational outcomes of a physical activity intervention for post-secondary student mental health. *Can J Occup Ther.* 2021 Jun 16:84174211021708.
109. Mead K, Theadom A, Byron K, Dupont S. Pilot study of a 4-week Pain Coping Strategies (PCS) programme for the chronic pain patient. *Disabil Rehabil.* 2007 Feb 15;29(3):199-203.
110. Breaux C, Hartlage S, Gehlert S. Relationships of premenstrual dysphoric disorder to major depression and anxiety disorders: a re-examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000 Mar;21(1):17-24.
111. Yonkers KA. Anxiety symptoms and anxiety disorders: how are they related to premenstrual disorders? *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 3:62-7; discussion 68-9.

112. Hunter MS, Ussher JM, Cariss M, Browne S, Jelley R, Katz M. Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: a study of treatment processes. *J Psychosom Res.* 2002 Sep;53(3):811-7.
113. Hampson N, King L, Eriksson LM, Smee H. The effects of relaxation training on depression and anxiety in people living with long-term neurological conditions. *Disabil Rehabil.* 2020 Jul;42(15):2100-2105.
114. Kumar S, Subramaniam E, Bhavanani AB, Sarkar S, Balasundaram S. Effect of adjunct yoga therapy in depressive disorders: Findings from a randomized controlled study. *Indian J Psychiatry.* 2019 Nov-Dec;61(6):592-597.
115. Yamada K, Kamagata E. Reduction of quality-adjusted life years (QALYs) in patients with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Qual Life Res.* 2017 Nov;26(11):3069-3073.
116. Simsek Kucukkelepce D, Unver H, Nacar G, Tashan ST. The effects of acupressure and yoga for coping with premenstrual syndromes on premenstrual symptoms and quality of life. *Complement Ther Clin Pract.* 2021 Feb;42:101282.
117. Ulger O, Yağlı NV. Effects of yoga on the quality of life in cancer patients. *Complement Ther Clin Pract.* 2010 May;16(2):60-3.
118. Altan L, Korkmaz N, Bingol U, Gunay B. Effect of pilates training on people with fibromyalgia syndrome: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009 Dec;90(12):1983-8.

8. EKLER

EK-1. Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzinleri

		T.C. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 16969557-458			
Konu :		ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU	
Toplantı Tarihi	: 07 MART 2019 PERŞEMBE		
Toplantı No	: 2019/07		
Proje No	: GÖ 18/1086(Onay Tarihi: 18.12.2018)		
Karar No	: 2019/07-07		
<p>Kurulumuzun 18.12.2018 tarihli toplantısında GÖ 18/1086 kayıt numarası ile onaylanmış olan Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gamze Ekiei ÇAĞLAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Erg. Huri Şeyma ÇİFTÇİ ile birlikte çalışacakları, GÖ 18/1086 kayıt numaralı, "<i>Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Etkilerinin İncelenmesi</i>" başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 06.03.2019 tarihli süre uzatma ve araştırmanın niteliği değişikliği dilekçeniz Kurulumuzun 07.03.2019 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve proje yardımcı araştırmacısı Erg. Huri Şeyma ÇİFTÇİ'nin yüksek lisans tezi şeklinde değiştirilmesi uygun bulunmuştur. Projenin yeni sonlanım tarihi 31 Aralık 2019 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.</p>			
1. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Başkan)	9 Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
		İZİNLİ	
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	10 Doç. Dr. Fatma Vısal OKUR	(Üye)
		İZİNLİ	
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	11. Doç. Dr. Can Ebru KURT	
		İZİNLİ	
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	12. Doç. Dr. H. Hüseyin TURNAGÖL	(Üye)
		İZİNLİ	
5. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
		İZİNLİ	
6. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNELİ	(Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	
		İZİNLİ	
7. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)	15. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	
		İZİNLİ	
8. Doç. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	16. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
		İZİNLİ	
Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 06100 Sıhhiye-Ankara Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr		Ayrıntılı Bilgi için:	

EK-2. Tez Çalışması Orijinallik Raporu

TEZİN TAM BAŞLIĞI: Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Yeti Yitimi, Aktivite Performansı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI: Huri Şeyma Çiftçi

DOSYANIN TOPLAM SAYFA SAYISI: 62

PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME EĞİTİMİNİN YETİ YİTİMİ, AKTİVİTE PERFORMANSI, RUHSAL DURUM VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17	% 17	% 7	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 8
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 4
3	paperzz.com İnternet Kaynağı	% 2
4	paperity.org İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.vitiligoluyum.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	EKİCİ, Gamze, ÇORAKÇI, Zeynep and ŞAFAK, Yasir. "Şizofrenili Bireylerde Aktivite Performansı, Yaşam Memnuniyeti ve Ruhsal Durum İlişkilerinin İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Hastalaeri Basımevi, 2016. Yayın	<% 1

EK-3. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Şeyma Çiftçi
 Ödev başlığı: PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME EĞİTİMİNİ...
 Gönderi Başlığı: PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME EĞİTİMİNİ...
 Dosya adı: eyma_ift_i_Tez.docx
 Dosya boyutu: 1.38M
 Sayfa sayısı: 62
 Kelime sayısı: 10,762
 Karakter sayısı: 77,890
 Gönderim Tarihi: 18-Kas-2021 06:43ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1706657271

YÜ
 BAĞIŞTIP ÜNİVERSİTESİ
 SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PREMENSTRÜEL DİSFORİK BOZUKLUKTA GEVŞEME
 EĞİTİMİNİN YETİŞTİRİLMİŞ AKTİVİTE PERFORMANSI,
 BEKLENEN BİRLEŞİM VE UYGUN KALİTESİNE ETKİLERİNİN
 İNCELENMESİ

Doç. Dr. Şeyma ÇİFTÇİ

Eğitimsel Program
 YÜSAGLIK (06000-100)

İMZA
 000

EK-4. Onam Formları

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Kontrol Grubu)

Sayın katılımcı;

Bu çalışmanın amacı; Premenstrüel disforik bozuklukta gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans, ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemektir. Araştırmanın ismi; **Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Yeti Yitimi, Aktivite Performansı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi**'dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni; premenstrüel disforik bozukluğa sahip olmanızdır.

Araştırmaya kontrol grubuna katılmak üzere davet edilmektesiniz. Araştırmayı ben, Erg. Huri Şeyma Çiftçi ve hocam Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar ile birlikte yapıyoruz. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, klinik değerlendirmeye alınacaksınız. Bu değerlendirmeler şunları içermektedir: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci, Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği, Kanada Aktivite Performans Ölçümü, Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası, Nottingham Sağlık Profili. Tedavi programına katılmak isterseniz çalışmamız bittikten sonra gönüllü olarak eğitimden faydalanabilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler herhangi bir risk içermemektedir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Katıldığınız takdirde yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Böyle bir durumda çalışmacıyı mağdur etmemek için çalışma tamamlanmadan haber verme yükümlülüğünüz vardır.

Katılımcının Beyanı

Sayın Erg. Huri Şeyma Çiftçi tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktararak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmam konusunda bana zorlayıcı bir davranışta bulunulmamıştır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” (kontrol grubu) olarak yer alma davetini gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Telefon:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Telefon:

İmza

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Müdahale Grubu)

Sayın katılımcı;

Bu çalışmanın amacı; Premenstrüel disforik bozuklukta gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans, ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemektir. Araştırmanın ismi; **Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Yeti Yitimi, Aktivite Performansı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi**'dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni; premenstrüel disforik bozukluğa sahip olmanızdır.

Araştırmayı ben, Erg. Huri Şeyma Çiftçi ve hocam Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar ile birlikte yapıyoruz. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, klinik değerlendirmeye alınacaksınız. Bu değerlendirmeler şunları içermektedir: Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci, Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği, Kanada Aktivite Performans Ölçümü, Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası, Nottingham Sağlık Profili. Değerlendirmeler sonucunda bir tedavi programına alınacaksınız. Program, 4 hafta süresince haftada 3 seans olacak şekilde uygulanacaktır. Seanslar 30-40 dk sürecektir.

Müdahale programı sonrasındaki değerlendirme sonuçları kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin eğitiminde veya bilimsel nitelikteki çalışmalarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler ve müdahale herhangi bir risk içermemektedir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Katıldığınız takdirde yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Böyle bir durumda çalışmacıyı mağdur etmemek için çalışma tamamlanmadan haber verme yükümlülüğünüz vardır.

Katılımcının Beyanı

Sayın Erg. Huri Şeyma Çiftçi tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktararak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmam konusunda bana zorlayıcı bir davranışta bulunulmamıştır. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” (müdahale grubu) olarak yer alma davetini gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Telefon:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Telefon:

İmza

KATILIMCI FOTOĞRAFININ KULLANILMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışmanın amacı; Premenstrüel disforik bozuklukta gevşeme eğitiminin premenstrüel semptomlar, yeti yitimi, okupasyonel performans, ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemektir. Araştırmanın ismi; **Premenstrüel Disforik Bozuklukta Gevşeme Eğitiminin Yeti Yitimi, Aktivite Performansı, Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesine Etkilerinin İncelenmesi**'dir.

Araştırmada uygulanan gevşeme eğitimi sırasında yüz kaslarıyla da çalışıldığından tez içinde görseller yüzünüzü gizleyebilecek özellikte sunulamayacak, fotoğraflar açık bir şekilde kullanılacak, kimliğiniz belirtilmeyecektir. Fotoğraflar araştırma dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Tez içerisinde fotoğraflarınızın kullanılması için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bunun için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Eğitim sırasında çekilen fotoğraflarınızın kullanılması gönüllülük esasına dayanır.

Bu metin sizi bilgilendirmek amacıyla hazırlanmış olup bilgileri okuyup anladıktan sonra fotoğraflarınızın tez içerisinde yer almasını kabul ederseniz formu imzalayınız.

Katılımcının Beyanı

Sayın Erg. Huri Şeyma Çiftçi tarafından yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler aktarılarak bilgilendirildim. Bu bilgilerden sonra gevşeme eğitimi sırasında çekilen fotoğraflarımın tez içerisinde yüzümün görünebileceği açık bir şekilde kullanılacağı konusunda bilgilendirildim.

Fotoğraflarımın eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verilmiştir.

Fotoğraflarımın kullanımıyla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada, fotoğraflarımın yüzümün açık bir şekilde kullanılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Telefon:

İmza

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Telefon:

İmza

EK-5. Sosyodemografik Bilgi Formu

Yaş:

Boy:

Kilo:

Vücut kitle indeksi:

Medeni durum: Bekar() Evli() Dul()

Çalışma durumu: Çalışıyor() Çalışmıyor() Öğrenci()

Regl öncesi belirtiler ne kadar süredir var? ... (yıl)

Çocuk sayısı:

Doğum şekli: Normal() Sezaryen()

Mevcut tıbbi hastalık: Var() Yok()

EK-6. Aybaşı Öncesi Belirtileri Tarama Gereci

Regl Öncesi (Premenstrüel) Belirtileri Tarama Aracı (RÖBTA) ⁴

Aşağıda belirtilen regl dönemi öncesi başlayan ve kanamaya birkaç gün kala duran regl öncesi (premenstrüel) belirtilerin hangilerini yaşıyorsunuz? (Uygun kutucuğa "X" işareti koyunuz)

Belirtiler	Hiç (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli(3)
1.Öfke/sinirlilik	(0)	(1)	(2)	(3)
2.Kaygı/gerginlik	(0)	(1)	(2)	(3)
3.Ağlamaklı/redde karşı artmış hassasiyet	(0)	(1)	(2)	(3)
4.Çökmüş (depresif) ruh hali/umutsuzluk	(0)	(1)	(2)	(3)
5.İşe ve işteki aktivitelere karşı ilginin azalması	(0)	(1)	(2)	(3)
6.Ev işlerine karşı ilginin azalması	(0)	(1)	(2)	(3)
7.Sosyal aktivitelere karşı ilginin azalması	(0)	(1)	(2)	(3)
8.Konsantre olmada (dikkatini toplamada) zorluk	(0)	(1)	(2)	(3)
9.Yorgunluk/ Enerji azlığı	(0)	(1)	(2)	(3)
10.Aşırı yemek yeme/ yeme isteği	(0)	(1)	(2)	(3)
11.Uykusuzluk	(0)	(1)	(2)	(3)
12.Aşırı uyuma (daha fazla uykuya ihtiyaç duyma)	(0)	(1)	(2)	(3)
13.Bunalmış ya da kontrolden çıkmış hissetme	(0)	(1)	(2)	(3)
14.Fiziksel belirtiler: memede hassasiyet, baş ağrıları, eklem/kas ağrıları, şişkinlik, kilo alma	(0)	(1)	(2)	(3)

TOPLAM PUAN:

Yukarıda listelenmiş 14 madde aşağıdaki durumları ne kadar etkiliyor?

	Hiç (0)	Hafif (1)	Orta(2)	Şiddetli(3)
A. İş verimliliğinizi veya üretkenliğinizi etkiliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
B. Çalışma arkadaşlarınızla ilişkilerinizi etkiliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
C. Ailenizle ilişkilerinizi etkiliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
D. Sosyal yaşamdaki aktivitelerinizi etkiliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
E. Evdeki sorumluluklarınızı etkiliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)

TOPLAM PUAN:

EK-7. Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

Aşağıdaki şekilde görülen 0'dan 10'a kadar derecelendirilmiş ölçekte, regl öncesi dönemde, belirtilen alanların her biri için ne kadar etkilendiğinizi ya da kısıtlandığınızı en iyi tanımlayan sayıyı işaretleyiniz.

İş

Regl öncesi dönemde sorunuz nedeniyle işiniz ne kadar aksamaktadır?



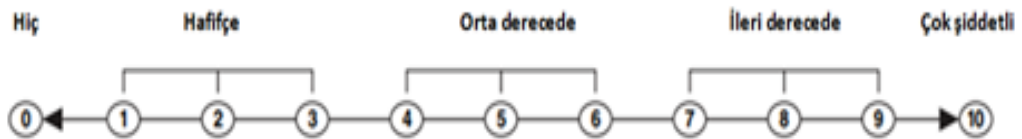
Sosyal yaşam ve serbest zaman aktiviteleri

Regl öncesi dönemde sorunuz nedeniyle sosyal yaşamınız ve serbest zaman aktiviteleriniz ne kadar aksamaktadır?



Aile Yaşamı ve Evdeki Sorumluluklar

Regl öncesi dönemde sorunuz nedeniyle aile yaşamınız ve eve ait sorumluluklarınız ne kadar aksamaktadır?



EK-8. Kanada Okupasyonel Performans Ölçümü

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

yüksek kaliteli, kişi merkezli, aktivite temelli uygulamaları destekler. KAPÖ, zaman içinde bireyin aktivite performansı açısından algısındaki değişiklikleri saptamak için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. KAPÖ sonuç ölçümü olarak kullanılır. Hedefleri belirlemek için müdahalenin başlangıcında uygulanabildiği gibi ilerleme ve sonucu saptamak için de uygulanabilir.

KAPÖ:

- aktivite performansındaki problemleri alanları belirlemek;
- bireyin aktivite performansındaki bireyin önceliklerinin derecelendirilmesini sağlamak;
- bu problemleri alanlarla ilişkili performansı ve memnuniyeti değerlendirilmek;
- hedef belirlemek için temel oluşturmak ve,
- ergoterapi müdahalesi boyunca bireyin aktivite performansıyla ilişkili algısındaki değişiklikleri ölçmek için kullanılmaktadır.

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

1. Aktivite performans problemlerini belirlemek.
Problemin tanımında:
KİŞİNİN YAPMAK İSTEDİĞİ, YAPMASI GEREKEN veya YAPMASI BEKLENEN; FAKAT YAPAMADIĞI, YAPMADIĞI veya YAPTIĞINDAN MEMNUN OLMADIĞI occupationlardır.
2. Aktivite performansındaki özel problemler belirlendiğinde, bireyin bunların herbirinin kendi yaşamındaki **ÖNEM** açısından her bir ifadesi için derecelendirmesi istenir. Önemlilik düzeyi 10 puanlık bir ölçek üzerinde derecelendirilir.
1= hiç önemli değil 10 = son derece önemli
3. Bireyden yapılan derecelendirmeleri kullanarak en öncelikli veya önemli görülen 5 problemi seçmesi istenir.
4. Puanlama: PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) ve MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz ?)
5. Tekrar değerlendirme için tarih belirlenir.

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı: _____

Doğum Tarihi: ____/____/____

Terapist Adı: _____

İlk Değerlendirme: ____/____/____

Tekrar Değerlendirme: ____/____/____

KENDİNE BAKIM

ÖNEM

Kendine bakım, gün içindeki ve güne hazırlanmayı amaçlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ'de kendine bakımın 3 alanını değerlendiririz: kişisel bakım, fonksiyonel mobilite ve toplumda kendini idare etme.

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÖRETKENLİK		ÖNEM
<p>Öretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ öretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi yönetimi, okul/oyun.</p>	<p>Ücretli veya ücretsiz iş</p>	
	<p>Ev işi yönetimi</p>	
	<p>Okul ve/veya oyun</p>	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
<p>Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.</p>	<p>Sessiz rekreasyon</p>	
	<p>Aktif rekreasyon</p>	
	<p>Sosyalleşme</p>	

PUANLAMA					
<p>PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) 1 = hiç yapamıyorum ⇔ 10 = son derece iyi yapıyorum</p>					
				TARİH 1: / /	
<p>MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ⇔ 10 = son derece memnunuz</p>					
				TARİH 2: / /	
AP Problemleri	Önem	Performans T ₁	Memnuniyet T ₁	Performans T ₂	Memnuniyet T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T ₁	Toplam Memnuniyet T ₁	Toplam Performans T ₂	Toplam Memnuniyet T ₂
TOPLAM PUAN					
		Ortalama Performans T ₁	Ortalama Memnuniyet T ₁	Ortalama Performans T ₂	Ortalama Memnuniyet T ₂
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)					
				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T ₂ - T ₁)					
İlk Değerlendirme					
Tekrar Değerlendirme					

EK-9. Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

HAD-Anksiyete Ölçeği

Anksiyete Puanı:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtı işaretleyiniz. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır

1.Kendimi gergin, 'patlayacak' gibi hissediyorum

0-Hiçbir zaman 1-Zaman zaman, bazen 2-Birçok zaman 3- Çoğu zaman

3.Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum

0-Hayır, hiç öyle değil 1-Biraz ama beni endişelendiriyor
2-Evet, ama çokta şiddetli değil 3-Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli

5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor

0-Yalnızca bazen 1- Zaman zaman ama çok sık değil
2-Birçok zaman 3-Çoğu zaman

7.Rahat rahat oturabiliyorum

0-Kesinlikle 1-Genellikle 2-Sık değil 3-Hiçbir zaman

9.Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

0-Hiçbir zaman 1-Bazen 2-Oldukça sık 3-Çok sık

11.Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorum

0-Hiç değil 1-Çok fazla değil 2-Oldukça fazla 3-Gerçekten de çok fazla

13.Aniden panik duygusuna kapılıyorum

0-Hiçbir zaman 1-Çok sık değil 2-Oldukça sık 3-Gerçekten de çok sık

HAD-Depresyon Ölçeği
Depresyon Puanı:

2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 0-Aynı eskisi kadar | 1-Pek eskisi kadar değil |
| 2-Yalnızca biraz eskisi kadar | 3- Neredeyse hiç eskisi kadar değil |

4.Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 0-Her zaman olduğu kadar | 1-Şimdi pek o kadar değil |
| 2-Şimdi kesinlikle o kadar değil | 3-Artık hiç değil |

6.Kendimi neşeli hissediyorum

- | | | | |
|--------------------|---------|-------------|----------|
| 0-Çoğu zaman zaman | 1-Bazen | 2-Sık değil | 3-Hiçbir |
|--------------------|---------|-------------|----------|

8.Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

- | | | | |
|----------------|---------|-----------|-------------------------|
| 0-Hiçbir zaman | 1-Bazen | 2-Çok sık | 3-Hemen hemen her zaman |
|----------------|---------|-----------|-------------------------|

10.Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 0-Her zamanki kadar özen gösteriyorum | 1-Pek o kadar özen gösteremeyebiliyorum |
| 2-Gerektiği kadar özen göstermiyorum | 3-Kesinlikle |

12.Olacakları zevkle bekliliyorum

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 0-Her zaman olduğu kadar | 1-Her zamankinden biraz daha az |
| 2-Her zamankinden | 3-Hemen hemen hiç |

14.İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum

- | | | | |
|------------|---------|-----------------|--------------|
| 0-Sıklıkla | 1-Bazen | 2-Pek sık değil | 3-Çok seyrek |
|------------|---------|-----------------|--------------|

EK-10. Nottingham Sağlık Profili

NOTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

	Evet	Hayır	
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum			ES
Geceleri ağrım oluyor			A
Her şey moralimi bozuyor			ER
Dayanılmaz şiddetli ağrılarım var			A
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum			U
Artık eğlenmeyi unuttum			ER
Kendimi çok sinirli hissediyorum			ER
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek zor geliyor			A
Kendimi yalnız hissediyorum			SE
Sadece ev içinde yürüebiliyorum			FA
Öne eğilmek benim için zor oluyor			FA
En basit işler için bile çaba sarf etmem gerekiyor			ES
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum			U
Hiç yürüyemiyorum			FA
İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor			SE
Günler geçmek bilmiyor			ER
Merdivenleri inip çıkmada zorlanıyorum			FA
Bazı şeylere, yere uzanmak yetişmek güç oluyor			FA
Yürürken ağrım oluyor			A
Bugünlerde çok kolay öfkeleniyorum			ER
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum			SE
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum			U
Bazen kontrolümü kaybediyormuşum gibi oluyor			ER
Ayakta durunca ağrım olur			A
Kendi kendime giyinmek zor oluyor			FA
Çabucak yoruluveriyorum			ES
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor (Ör: mutfakta veya otobüs beklerken)			FA
Sürekli ağrım oluyor			A
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum			U
Çevremdeki insanlara yük oluyormuşum gibi geliyor			SE
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum			ER
Hayat yaşamaya değmezmiş gibi geliyor			ER
Gece uykularım çok kötü			U
İnsanlarla geçinmekte zorlanıyorum			SE
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum. (Ör: baston veya bir kişi)			FA
Merdiven inip çıkarken ağrım olur			A
Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum			ER
Otururken ağrı hissediyorum			A

9. ÖZGEÇMİŞ