



**T.C.  
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ GENÇ KIZLARDA PREMENSTRÜEL  
SENDROM İLE MENTAL İYİ OLUŞLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ  
İLİŞKİ**

**ZÜLAL AYDINAY**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI**

**SIVAS-2019**

**T.C.  
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ GENÇ KIZLARDA  
PREMENSTRÜEL SENDROM İLE MENTAL İYİ  
OLUŞLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**ZÜLAL AYDINAY**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

**SİVAS-2019**

**“Üniversite Öğrencisi Genç Kızlarda Premenstrüel Sendrom ile Mental İyi Oluşluk Düzeyi Arasındaki İlişki”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan (Danışman) : Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

Üye : Doç. Dr. Nilüfer TUĞUT

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Tülay BÜLBÜL

ONAY

Bu tez çalışması, 28.06.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

## **YÖNERGE**

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, profesyonel kimliğiyle akademik alanda örnek olan tez danışmanım, Prof. Dr. Sayın Zehra GÖLBAŞI' na,

Yüksek lisans öğrenciliğim boyunca emeğini esirgemeyen ve istediğim her zaman ulaşabildiğim bölüm hocalarım Doç. Dr. Sayın Nilüfer TUĞUT ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Nuriye ERBAŞ'a,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu zorlu süreçte de desteklerini esirgemeyen annem Sevim Kuzu, ablam Hilal Yıldırım, eşim Cem Aydınay, canım oğullarım Deniz, Ada ve Ali Kerem, herşeye rağmen başaracağıma ve herşeyin güzel olacağına yürekten inanan ve beni inandıran canım arkadaşım Özlem Soylu, tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen meslektaşlarım Meral Karataş, Serpil Özden ve Sevde Sönmez'e ve tez yazım aşamasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

## ÖZET

### ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ GENÇ KIZLARDA PREMENSTRÜEL SENDROM İLE MENTAL İYİ OLUŞLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Zülal AYDINAY

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2019, 93 + xv sayfa

Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel kanamanın luteal fazı süresince fiziksel ve mental semptomlarla karakterize olan ve menstrüasyonun başlamasıyla hızla düzelen bir tablodur. Ülkemizde ve diğer bazı ülkelerde yapılan çalışmalar PMS'nin kadınlar arasında yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. PMS kadın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde biyopsikososyal açıdan olumsuz etkileri olan bir durumdur. Bu çalışmada üniversite öğrencisi genç kızlarda PMS ile mental iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipte yürütülen araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi kampüsü içindeki Gençlik ve Spor Bakanlığı bünyesinde hizmet veren Kredi Yurtlar Kurumuna bağlı 4 kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerde yapılmıştır. Üniversitenin kız öğrenci yurtlarında kalan toplam 5468 öğrenci araştırmanın evrenini, bu evrenden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 359 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Veriler; araştırmacılar tarafından geliştirilen "Bireysel Özellikler Formu"; Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen ve geçerlik/güvenirlilik çalışması yapılan "Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)" ve Keldal (2015) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Warwick Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)" ile toplanmıştır. Veri formları öğrencilere dağıtılmış, bireysel olarak doldurmaları sağlanmış ve tamamlanan veri formları araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin normal olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov testi, öğrencilerin bireysel özellikleri ve PMSÖ puanlarının dağılımı sayı, yüzde ve ortalama hesabı ile belirlenmiştir. Öğrencilerin bireysel özelliklerine göre PMS görülme durumu karşılaştırılırken sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testi, ikiden fazla gruplu karşılaştırmalarda bağımsız iki grup için Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler

arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre, öğrencilerin yaş ortalaması 20.96 (SD=1.57), menarş yaş ortalaması ise 13.36 (SD=1.31) dır. Öğrencilerin %35.7'si menstrüasyona karşı tutumlarını nötr olarak tanımlarken, %20.3'ü olumsuz olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin %71.3'ünün menstrüel sikluslarının düzenli olduğu ve %91.9'unun hafif ile çok şiddetli arasında değişen düzeyde dismenore yaşadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin PMSÖ puan ortalaması 111.16 (SD=34.67) olup, ölçeğin kesme noktasına göre %49.9'unun PMS yaşadığı belirlenmiştir. Öğrenim gördüğü bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin %45.8'i PMS yaşarken, isteyerek seçmeyenlerin %62.8'inin PMS yaşadığı belirlenmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Düzenli kahvaltı yapmayan öğrencilerin %67.3'ü PMS yaşarken, yapanların %42.5'inin PMS yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin sigara içme ve alkol kullanma özelliğine göre PMS yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0.05$ ); halen sigara içen öğrencilerin %70.1'i PMS yaşarken, içmeyenlerin %45.2'sinin; hiç alkol kullanmayan öğrencilerin %48'inin, bazen kullananların %71.4'ünün PMS yaşadığı bulunmuştur. Menstrüasyona yüklediği anlam olumsuz olan öğrencilerin %61.3'ü PMS yaşarken, olumlu olanların %44.1'i, nötr olanların ise %42.4'ünün PMS yaşadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin menstrüasyona yükledikleri anlam ve menstrüasyon olmaya yönelik tutumlarına göre de PMS yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması 54.40 (SD=8.31)'tır. PMS yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması (52.64±8,90), PMS yaşamayan öğrencilerden (56.14±7.31) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin menstrüasyona yükledikleri anlama ve menstrüasyon olmaya yönelik tutumlarına göre WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). PMSÖ alt boyutları içerisinde depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve yorgunluk semptomlarını yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamaları, semptomları yaşamayan öğrencilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Öğrencilerin PMSÖ alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri puan ortalamaları ile WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak

anlamli negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). PMS toplam puan ortalaması ile WEMIO puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak anlamli negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmanın sonucunda PMS'nin niversite öğrencileri arasında yaygın bir sağlık sorunu olduğu ve öğrencilerin mental iyi oluşluk düzeyini olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle PMS semptomları ile baş etmeye ve semptom Şiddetini azaltmaya yönelik müdahaleler planlanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Mental İyi Oluşluk, Premenstrüel Sendrom, Genç Kadınlar





## **ABSTRACT**

### **RELATIONSHIP BETWEEN PREMENSTRUAL SYNDROME AND MENTAL WELL-BEING IN FEMALE UNIVERSITY STUDENTS**

ZULAL AYDINAY

Master Thesis

Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Supervisor: Prof. Zehra Golbasi

2019, 93 + xv pages

Premenstrual Syndrome (PMS) is a condition characterized by physical and mental symptoms arising during the luteal phase of menstrual hemorrhage and rapidly improves as menstruation begins. Studies conducted in Turkey and in some other countries show that PMS is a common problem among women. PMS is an issue which has biopsychosocial negative effects on women's health and quality of life. The present study was aimed at investigating the relationship between PMSs and mental well-being in female university students.

This cross-sectional study was conducted with students staying at four girls' dormitories in Sivas Cumhuriyet University campus affiliated to the Credit and Dormitories Institution within the body of the Ministry of Youth and Sports. The study population included 5468 students staying in the girls' dormitories of a university. Of them, 359 selected by using the simple random sampling method were included in the sample of the study. The study data were collected using the "Personal Information Form" developed by the researchers, Premenstrual Syndrome Scale (PMSQ) which was developed and whose reliability and validity study was performed by Gençdoğan and Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) adapted to Turkish by Keldal (2015). After the data collection forms administered to the participating students were filled in by them, they were collected by the researcher. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS 22.0. Whether the data were normally distributed was determined with the Kolmogorov-Smirnov test. The individual characteristics of the students and the distribution of their Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) scores were calculated with numbers, percentages and arithmetic means. When the PMS incidence in the students in terms of the students' individual characteristics was compared, the Chi square test was used to evaluate the data obtained through calculations, Mann Whitney-U test was used to compare differences between two

independent groups and Kruskal Wallis was used whether there were statistically significant differences between two or more groups. The relationship between the variables was determined using the Pearson correlation analysis. The margin of error level was 0.05.

According to the findings obtained from the research, the mean age of the participating students was 20.96 (SD=1.57) and their mean age at menarche was 13.36 (SD =1.31). Of the participating students, 35.7% considered their attitudes towards menstruation as neutral, 20.3% considered as negative, 71.3% had regular menstrual cycles and 91.9% experienced dysmenorrhea ranging from mild to very severe. The mean score the students obtained from the PMSQ was 111.16 (SD=34.67). The cut-off point of the scale indicated that 49.9% of the students suffered PMSs. While 45.8% of the students who chose the department they studied of their own free will suffered PMSs, 62.8% of the students who did not choose the department they studied of their own free will suffered PMSs. The difference between the students in the two groups was statistically significant ( $p<0.05$ ). While 67.3% of the students who did not have breakfast regularly suffered PMSs, 42.5% of the students who had breakfast regularly suffered PMSs. The difference between the students in the two groups was statistically significant ( $p<0.05$ ). The comparison of the students in terms of variables such as smoking and alcohol use demonstrated that there were statistically significant differences between them regarding suffering from PMSs ( $p<0.05$ ), and that 70.1% of the students who were currently smokers, 45.2% of the non-smoking students, 48% of the students who never drank alcohol, and 71.4% of those who sometimes drank alcohol suffered PMSs. While 61.3% of the students who attributed a negative meaning to menstruation suffered PMSs, 44.1% students who attributed a positive meaning to menstruation and 42.4% of the students whose perspective of menstruation was neutral suffered PMSs. There were statistically significant differences between the students regarding their suffering from PMSs in terms of the meaning they attributed to menstruation and their attitudes towards menstruation ( $p<0.05$ ). The mean score the students obtained from the WEMWBS was 54.40 (SD=8.31). The mean WEMWBS score of the students who suffered PMSs ( $52.64\pm 8.90$ ) was significantly lower than that of the students who did not suffer PMSs ( $56.14\pm 7.31$ ) ( $p<0.05$ ). There were statistically significant differences between the mean scores the students obtained from the WEMWBS in terms of the meaning they attributed to menstruation and their attitudes

towards menstruation ( $p < 0.05$ ). The mean WEMWBS scores of the students who experienced depressive affect, anxiety, irritability, depressive thoughts and fatigue symptoms included in the subscales of the PMSQ were significantly lower than those of the students who did not experience ( $p < 0.05$ ). There was a statistically significant negative relationship between the students' mean scores for the depressive affect, anxiety, fatigue, irritability, depressive thoughts, pain and sleep changes subscales of the PMSQ and their mean scores for the WEMWBS ( $p < 0.05$ ). There was also a statistically significant negative relationship between the mean scores the students obtained from the overall PMSQ and WEMWBS.

At the end of the study, the PMS was determined to be a common health problem among university students and to affect their mental well-being levels negatively. Therefore, it is recommended to plan and carry out interventions to cope with PMSs and reduce the severity of these symptoms.

**Keywords:** Mental Well-Being, Premenstrual Syndrome, Young Womens

# İÇİNDEKİLER

<b>KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>viii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>xi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>xiii</b>
<b>KISALTMALAR /SİMGELER</b> .....	<b>xiv</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Menstrüel Siklus .....	5
2.1.1. Ovaryal Siklus .....	6
2.1.2. Endometriyal Siklus .....	7
2.2. Menstrüel Siklus Sorunları.....	8
2.2.1. Anormal Uterus Kanamaları.....	8
2.2.2. Amenore .....	8
2.2.3. Dismenore.....	9
2.2.4. Premenstrüel Sendrom (PMS).....	9
2.2.4.1. Premenstrüel Sendromun Tanım ve Sınıflaması .....	9
2.2.4.2. Premenstrüel Sendromun Etiyolojisi .....	10
2.2.4.3. Premenstrüel Sendromun Semptomları:.....	13
2.2.4.4. Premenstrüel Sendromun Teşhisi .....	15
2.2.4.5. Premenstrüel Sendrom İçin Tanı Ölçütleri.....	16
2.2.4.6. Premenstrüel Sendromun Tedavisi.....	17
2.3. Sağlık ve İyi Olma Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı .....	20
2.4. İyi Oluşla İlgili Temel Yaklaşımlar .....	22
2.5. Öznel İyi Olma.....	24
2.5.1. Olumlu ve Olumsuz Duygulanım.....	24
2.5.2. Yaşam Doyumu .....	25
2.6. Psikolojik-Mental İyi Olma .....	25
2.6.1. Psikolojik-Mental İyi Olmanın Boyutları.....	26
2.6.1.1. Özerklik.....	26

2.6.1.2. Çevresel Hakimiyet.....	27
2.6.1.3. Bireysel Gelişim.....	27
2.6.1.4. Diğerleriyle Olumlu İlişkiler.....	27
2.6.1.5. Yaşam Amacı.....	28
2.6.1.6. Kendini Kabul.....	28
2.7. Menstrüel Siklus-Psikososyal Sağlık-İyilik.....	29
2.8. PMS Semptomları ile Başetme ve İyilik Düzeyini Geliştirmede Hemşirenin Rolü.....	29
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	32
3.2. Araştırmanın Yeri .....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.4. Veri Toplama Araçları .....	33
3.4.1. Bireysel Özellikler Formu .....	33
3.4.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) .....	33
3.4.3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ).....	34
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması .....	35
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....	35
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi .....	36
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>
6.1. Sonuçlar .....	62
6.2. Öneriler .....	66
<b>7. KAYNAKÇA.....</b>	<b>68</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>83</b>
EK 1. Bireysel Özellikler Formu .....	83
EK 2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ).....	85
EK 3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ).....	86
EK 4. Etik Kurul Kararı .....	87
EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu Uygulama İzni .....	89
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>89</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Öğrencilerin Kız Öğrenci Yurtlarına Göre Dağılımı.....	33
Tablo 2. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 3. Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4. Öğrencilerin Menstrüel Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 5. Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalaması .....	41
Tablo 6. Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Görülme Durumu ve Premenstrüel Sendrom Kapsamında Yaşanan Belirtilere Göre Dağılımı .....	42
Tablo 7. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Premenstrüel Sendrom Yaşama Durumunun Dağılımı .....	43
Tablo 8. Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Davranışlarına Göre Premenstrüel Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı .....	44
Tablo 9. Öğrencilerin Menstrüel Özelliklerine Göre Premenstrüel Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı .....	45
Tablo 10. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması .....	47
Tablo 11. Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Davranışlarına Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması .....	48
Tablo 12. Öğrencilerin Menstrüel Özelliklerine Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması .....	50
Tablo 13. Öğrencilerin PMS ve PMS Semptomlarını Yaşama Durumuna Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması .....	52
Tablo 14. Öğrencilerin PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile WEMİÖÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	53

## KISALTMALAR /SİMGELER

- DSM-III-R** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DSM-IV** : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sisteminin 4. gözden geçirilmiş baskısı)
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- FSH** : Folikül Stimulan Hormon
- GnRH** : Gonadotropin Releasing Hormone
- HCG** : Koryonik Gonadotrop Hormon
- ICD** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalık ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası Sınıflandırma Standardı)
- LH** : Lutein Hormon
- NSAID** : Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar
- PDB** : Premenstrüel disforik bozukluk
- PMDD** : Premenstrual disforik disorder
- PMS** : Premenstrüel Sendrom
- PMSÖ** : Premenstrüel Sendrom Ölçeği (Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilmiş olan mental bozuklukları sınıflandırma sistemi)
- WEMİÖÖ** : Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın sağlığı, genel sağlık tanımı kapsamında kadınların intrauterin dönemden ileri yaş dönemlerine kadar fiziksel, ruhsal, emasyonel, spiritual (tinsel), kültürel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmaları olarak tanımlanır (Kızılkaya Beji, 2015). Her bir yaşam döneminde kadının sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik hizmet gereksinimleri farklıdır. Ayrıca her bir yaşam döneminde kadının sağlık durumu bir sonraki yaşam dönemindeki sağlığının da önemli bir belirleyicisi olduğu için, kadın sağlığının yaşam dönemlerini içine alan bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması önemlidir (Taşkın, 2014). Adölesan dönem, doğurganlık yeteneğinin başladığı ve bu nedenle üreme ve cinsel sağlık sorunlarının sıklığının arttığı bir dönem olması açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, özellikle adölesan dönemden itibaren kadının sağlık sorunlarının ve bu sorunlara uygun hizmet gereksinimlerinin ele alınması, sonraki yaşam dönemlerindeki sağlık için de zemin oluşturacaktır.

DSÖ tarafından 10-19 yaş grubu “adölesan yaş grubu” olarak, 15-24 yaş grubu ise “gençlik” dönemi olarak tanımlanmaktadır. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen bu dönemlerde fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve cinsel boyutlarda önemli değişimler yaşanmaktadır. Menarş, adölesan kızların yaşadığı en önemli cinsel gelişmelerden biridir (Şirin ve Kavlak, 2015). Menarşla birlikte kadınlar menstrüasyonla ilgili pek çok problem yaşayabilirler. En sık görülen problemler arasında Premenstrüel Sendrom (PMS) ve dismenore yer almaktadır (Selçuk ve ark., 2014).

PMS, menstrüel kanamanın luteal fazı süresince fiziksel ve mental semptomlarla karakterize olan ancak menstrüasyonun başlamasıyla hızla düzelen bir tablodur (Sokullu, 2009; Kahyaoğlu Süt ve Mestoğulları, 2016). PMS'nin ICD tanı ölçütleri; hafif psikolojik huzursuzluk, şişme hissi, kilo alma, memelerde hassasiyet, el ve ayaklarda şişme, çeşitli ağrılar, dikkatte azalma, uyku bozukluğu ve iştah değişikliğidir (World Health Organization, 1996). PMS, kadın sağlığını olumsuz etkileyen ve yaygın görülen bir tablodur (Adıgüzel ve ark., 2007; Anandha Lakshmi ve ark., 2011; Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). 1931 yılında tanımlanan PMS' nin nedeni hala tam olarak çözümlenememiştir (Kızılkaya Beji ve Palas Karaca, 2015). Literatürde



PMS belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünölen faktörlerden bazıları; hormon dengesizliği, troid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, genetik faktörler ve psikososyal faktörlerdir (Elkin, 2015; Kaya ve Gölbaşı, 2016). Bunlara ek olarak PMS' nin ortaya çıkmasında bireyin menstrüasyon hakkında bilgi alma durumu ve tutumunun, yaşadığı kültürün, meslek ve eğitim düzeyinin (Oğur, 2004) annesinin çalışma ve eğitim durumunun, üniversite eğitimi için evden ayrılmasının, yaşam biçiminin, hazır gıda tüketmesinin, sigara, alkol ve kahve tüketiminin (Pinar ve ark., 2011) ve dismenore gibi diğer menstrüel problemler yaşama durumunun etkili olduğu bulunmuştur (Parker, 1993; Johnson, 2004; Sule ve Ukvenya, 2007; Erbil ve ark., 2010; Cheng ve ark., 2013; Kaya ve Gölbaşı, 2016). Ağrılı menstrüasyon durumu olarak tanımlanan dismenore, literatürde PMS'yi etkileyen faktörlerden biri olarak ele alınmaktadır. Yapılan çalışmalarda dismenoresi olan genç kızların PMS belirtilerini, dismenoresi olmayanlara göre daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir (Sule ve Ukvenya, 2007; Oral ve ark., 2012; Kitamura ve ark., 2012; Farahmand ve ark., 2017).

PMS ve dismenore başta olmak üzere menstrüel problemler ergenlik döneminden itibaren görülme sıklığı artan ve önemle ele alınması gereken sorunlardır (Sokullu, 2009). Menstrüel problemler genç kızların kendilerine olan güvenlerini, okul başarılarını, aile ilişkilerini ve toplumsal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Kırcan ve ark., 2012). Bu yönüyle menstrüel sorunların biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşam alanlarını olumsuz etkilediği; olumsuzluk sürdükçe bireyin iyilik halinin azaldığı kısır bir döngüye girileceği söylenebilir.

İyi olma insanın en önemli yaşam hedeflerinden biri olduğu için, “iyilik” kavramı da düşünce tarihinin en temel felsefesinden biri haline gelmiştir (Ryff ve Singer, 2006). İnsanın iyi ve mutlu olma çabası felsefe, psikoloji ve pozitif psikoloji alanında pek çok araştırmaya konu olmuştur. “İyilik hali” (wellness) ve “iyi olma” (well-being) kavramları literatürde farklı tanım, boyut ve modellerle ele alınmış fakat ortak hedefleri “iyi oluş”, “mutluluk”, “yaşam kalitesi/memnuniyeti/doyumu” olmuş ve ruh sağlığının içinde yer almıştır (Memnun, 2006). DSÖ de 1947 yılında sağlığı “Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam anlamıyla sağlıklı / iyi olma hali.” olarak tanımlayarak iyilik kavramına vurgu yapmıştır (Greenspoon ve Saklofske, 2001; Eryılmaz, 2013).

İyilik hali, akıl ruh ve bedeninin birlikte bir bütün olması, işleyiş bakımından birbirini tamamlaması ve böylece sağlıklı ve iyi olma durumunu oluşturmasıdır (Memnun, 2006; Ağaoğlu, 2012). İyilik hali, sağlık ve iyi oluşun insanların yaşam tarzını düzenlemesi ve bununla birlikte daha kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürmesi ile başlayan ve devam eden bir süreçtir. İyilik hali hastalık olmaması anlamına gelmez, hastalık belirtilerine sahipken bir insan aynı zamanda iyilik hali içinde de olabilir (Memnun, 2006). Birey kendi iyilik halini belirlemede aktif rol oynar (Myers, 1992). Yalnızca sorunlarına değil, güçlerine odaklandığında daha iyi gelişim gösterebilir (Gürkan, 2014). İyilik hali, bireyin kendine ve yeteneklerine olan inancının ruh halini düzelterek, karşılaştığı engelleri sağlıklı bir biçimde atlatmasına, mutlu ve huzurlu olmasına olanak sağlar (Ağaoğlu, 2012). Ayrıca iyilik bireyin hayatına farklı bir pencereden bakabilmesini sağlayarak, farkındalığını ve sorumluluk almasını olumlu yönde etkiler (Bates ve Eccles, 2008).

İyilik hali insanların bütün yönlerini kapsayan, daha kaliteli ve mutlu yaşamalarını sağlayan genel bir faktördür (Doğan, 2004). Bireylerin yaşadıkları stres düzeyleri, kaygı, depresyon, özgüven eksikliği vb. olumsuz duygular mental iyi oluşlarına zarar verebilen sorunlara yol açabilmektedir (İlğan ve ark., 2015). DSÖ (2004) mental iyi oluşu, “Bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamında oluşan stresin üstesinden gelebilmesi, iş yaşamında üretken ve faydalı olabilmesi ve yetenekleri doğrultusunda toplumuna katkı yapması” olarak tanımlamıştır. Bu tanımdan yola çıkılarak pozitif psikoloji çalışmalarında, psikolojik iyi oluş (mental iyi oluş) kavramı üzerinde durulmuştur (Keldal, 2015). Mental iyi oluş, psikolojik, öznel, duygusal ve sosyal iyi oluş kavramlarını içine alan çok boyutlu bir kavramdır (Ryan ve Deci, 2001). Araştırmalar mental iyi oluş düzeyi ile yaşam kalitesi, psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık arasında pozitif bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (Keyes, 2002; Keyes ve ark., 2010). Mental iyi oluş düzeyleri yüksek bireylerin yaratıcılıklarının, bağışıklık sistemlerinin, diğer insanlarla ilişkilerinin, iş yerindeki verimliliklerinin daha iyi olduğu, daha uzun yaşadıkları sonucuna varılmıştır ve mental iyi oluşun, bireysel, çevresel ve toplumsal düzeyde önemli bir faktör olduğu görülmektedir (Lyubomirsky ve ark., 2005).

Premenstrüel sorunlar kadının sağlığını ve iyilik düzeyini etkileyen durumların başında gelmektedir. Hemşirelerle yapılan bir araştırmada PMS ve uyku kalitesi

arasında negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Kahyaoğlu Süt ve Mestoğulları, 2016). Literatürde PMS ile yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği araştırmalarda, PMS puan ortalaması arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (Sokullu, 2009; Pınar ve ark., 2011; Kırcan ve ark., 2012). Yapılan çalışmalarda olumlu yaşam biçimi davranışlarının PMS belirtilerinin şiddetini önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (Direkvand- Moghadam ve ark., 2014).

Ülkemizde PMS ve dismenorenin mental iyi oluş düzeyiyle ilişkisini inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Bir kadının menarşdan menopoza kadar geçirdiği süre yaşam süresinin neredeyse yarısıdır. PMS'nin biyolojik, psikolojik ve sosyal yaşam alanlarını olumsuz etkilediği gerçeğinden yola çıkılarak PMS'nin mental-psikolojik iyi oluşla ilişkisini bilmek kadın sağlığını korumada ve yükseltmede önemli bir adım olabilir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kapsamında önemli bir yeri olan hemşirenin yaygın görülen PMS semptomlarıyla başetmeye ve iyilik düzeyini yükseltmeye yönelik planlamalar yapmasının ve uygulamasının kadın sağlığına önemli ölçüde katkı sağlayabileceği söylenebilir. Çalışma, üniversite öğrencisi genç kızlarda premenstrüel sendrom ile mental-psikolojik iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek ve premenstrüel sendrom yaşanmasına ve iyilik haline ilişkin farkındalık oluşturmak amacıyla planlanmıştır ve aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Üniversite öğrencisi genç kadınlarda PMS yaygınlığı nedir?
2. Üniversite öğrencisi genç kadınlarda mental iyi oluşluk düzeyi nedir?
3. PMS ile mental iyi oluşluk düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma üniversite öğrencisi genç kızlarda PMS ile mental iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde PMS ve iyi oluşla ilgili kuramsal bilgiler yer almaktadır.

### 2.1. Menstrüel Siklus

Ergenlikte genç kızlarda öncelikle göğüsler belirginleşir (Telarş), sonra cinsel bölgelerde kıllanmalar oluşur (Pubarj) ve sonra adet görme gerçekleşir (Menarş). Tıbbi literatürdeki adıyla “menarş” veya ilk adet görme, kız çocuklarının puberte gelişimi sırasında üreme çağına geçişinin bir aşamasıdır. Adet kanamasına eş anlamlı olarak “mens”, “menstrüasyon”, “ay hali” veya “regl” denilebilmektedir. Görülen ilk menstrüasyona “menarş” denir (Uludağ, 2009; Şirin ve Kavlak, 2015). Menarşdan menapoza kadar üreme kapsamında her ay tekrar eden hormonal değişiklik ve adet kanamasıyla karakterize, tüm organizmayı ve özellikle genital sistemi etkileyen siklik değişikliklere ise “menstrüel siklus” denir (Atasü ve Şahmay, 2001). Menstrüel siklus bir kanama devresinin birinci günü ile bunu izleyen kanamanın ilk günü arasındaki süreyi kapsar (Şirin ve Kavlak, 2015).

Kızların ilk adet kanaması yaşadıkları yaş, kalıtsal özelliklerden etkilenir. Kızların çoğu 9-16 yaşları arasındayken menarş ortaya çıkar (Uludağ, 2009). Menarş yaşı, kalıtsal özelliklerin yanı sıra iklim, beslenme, yaşam yeri, yaşayış şekli, sosyal koşullara ve sağlık koşullarının iyileştirilmesine bağlı olarak değişebilir (Uludağ, 2009; Şirin ve Kavlak, 2015). Bizim ülkemizde ortalama yaş 12-14 arasındadır.

Menstrüasyon olabilmesi için beş temel koşul gereklidir (Atasü ve Şahmay, 2001; Şirin ve Kavlak, 2015). Bunlar;

1. Hipotalamustan pulsatil GnRH uyarısı gerçekleşmeli,
2. Hipofiz, overleri uyaracak kadar gonadotropin salgılayabilmeli,
3. Overlerde folikül bulunmalı ve bu foliküllerde östradiol sentez ve sekresyonu için gereken enzimatik mekanizmalar aktif olmalı, gonadotropinlere yanıt verebilmeli,
4. Endometriyum hormonal uyarılara yanıt verebilmeli,
5. Menstrüel kan akımı için genital yolların anatomik yapıları normal olmalıdır.

İlk adet kanamaları çoğunlukla düzensiz olan ve östrojen hormonu etkisiyle meydana gelen kanamalardır. Menstrüasyon beklenmedik zamanlarda görülebilir çünkü

ovulasyon henüz devreye girmemiştir. İlk yıllardaki düzensizlikler hipotalamus-hipofiz-over ekseninde dengenin yeterli kurulamaması sonucu oluşur (Şirin ve Kavlak, 2015). Menstrüel siklusun gerçekleşmesi için, beyin (hipotalamus), hipofiz, ovaryum ve uterus yapılarının karşılıklı etkileşimi gereklidir. Ovulasyon olayının da devreye girmesiyle ilk menarşdan yaklaşık iki yıl sonra kanamalar düzenli olur (Atasü ve Şahmay, 2001). Her siklus devresinde bir ovum gelişir, olgunlaşır ve fertilizasyon için hazırlanır. Aynı zamanda endometriyum da fertilize ovum için hazırlanır. Eğer fertilizasyon olmamış, gebelik gerçekleşmemiş ise, endometriyumda fertilize ovum için hazırlanan tabaka dökülür, yani menstrüasyon olayı meydana gelir.

Siklusun ilk günü, menstrüasyonun ilk günüdür. Menstrüel faz genellikle dört gün sürer. Normal bir siklus süresi 22-35 gündür (Atasü ve Şahmay, 2001). Menstrüasyon süresi yedi günden az ve menstrüasyon boyunca kaybedilen kan miktarı 80 ml'den az ise bu kanama normal bir kanama olarak kabul edilir. Normal bir menstrüel siklusun süresi  $28\pm 7$  gündür ve kanama  $4\pm 2$  gün sürer. Ortalama kan kaybı ise  $40\pm 20$  ml'dir (Şirin ve Kavlak, 2015).

Menstrüel değişiklikler üreme sistemi hormonlarının etkisi ile gerçekleşmektedir. Bu değişiklikler endometriyum ve overlerde olmaktadır. Bu nedenle menstrüel siklus, ovaryal siklus ve endometriyal siklus olarak ikiye ayrılmaktadır.

### 2.1.1. Ovaryal Siklus

- **Foliküler Faz:** Bu fazda ortalama 12-14 günde folikül olgunlaşması meydana gelmektedir. FSH faz sürecinde etkilidir. FSH etkisiyle ovaryumlarda her birinden östrojen salgılanan, çok sayıda yeni folikül olgunlaşmaya başlar (Şirin ve Kavlak, 2015). İçlerinden bir folikül bazı metabolik üstünlüklere sahip olduğundan daha hızlı gelişip östrojen salgısı artarken, diğerlerinin salgısı ve gelişmeleri geriler (atreziye uğrar) (Uludağ, 2009). Hızlı gelişen folikül, graff folikül olarak adlandırılır ve ovulasyon yaklaştığında içindeki Oosit 1 büyüyerek 1. Mayoz bölünmeyi geçirir ve Oosit 2 olarak adlandırılır. Foliküler fazın uzunluğu değişkendir, bazal vücut sıcaklığı düşüktür ve endometriyumda vasküler gelişme vardır (Atasü ve Şahmay, 2001).
- **Ovulasyon fazı:** Graff folikülü, iç basıncın artmasıyla çatlayarak overden atılır ve bu olay ovulasyon olarak adlandırılır. Genellikle menstrüasyonun

başlangıcından sonraki 12-14. günlerde gerçekleşir ve bu süreçte östrojen kanda en yüksek seviyededir. FSH baskılanmış ve LH stimüle olmuştur (Atasü ve Şahmay, 2001). Folikül hızla büyüyerek overin korteksinde çıkıntı oluşturmuş ve ardından ruptüre olarak içerdiği oositi çevreleyen ışınsal yerleşimli granüloza hücreleri kompleksi atılmıştır (Uludağ, 2009). Ovulasyon ile atılan oosit 2, 1. mayoz bölünmesini geçirmiş, 23 kromozomlu dişi cins hücresidir (Şirin ve Kavlak, 2015).

- **Luteal Faz:** Menstrüasyonun başlangıcından sonraki 14-17. günler yani ovulasyondan sonraki ilk üç gün geride kalan folikül hücrelerinde kolesterol yığılarak sarı renk alır. Bu yapıya korpus luteum (sarı cisim) adı verilir (Cunningham ve ark., 2010). Ovulasyondan sonra yani siklusun 21. gününe rastlayan zaman dilimi korpus luteumun en olgun zamanıdır ve korpus luteumdan çok miktarda progesteron, daha az miktarda östrojen salgılanır. Korpus luteumdan salgılanan progesteronun etkisiyle endometriumda sekretuar değişiklikler olur. Bu değişikliklerin hedefi, fertilize ovumun implante olabilmesi ve gebeliğin erken dönemde devam edebilmesidir. Fertilizasyon olmamışsa menstrüasyondan bir hafta önce korpus luteum gerilemeye başlar, östrojen ve progesteron hormonlarının seviyesi azalır, hormon salınımı kesildikten bir hafta sonra menstrüasyon başlar (Atasü ve Şahmay, 2001). Korpus luteum, korpus albicans adı verilen beyaz renkli bir yapıya dönüşür. Fertilizasyon olmuşsa fertilize ovumdan gelişmiş trofoblast hücrelerinden salgılanan HCG, korpus luteumun görevini devam ettirmesini sağlar (Cunningham ve ark., 2010; Şirin ve Kavlak, 2015).

### 2.1.2. Endometriyal Siklus

- **Proliferasyon Fazı:** Menstrüel siklusun beşinci gününden yani menstrüasyonun bitiminden itibaren başlayıp, 12-13. güne kadar olan süreçtir. Östrojenin etkisiyle ovulasyona kadar endometriyumun fonksiyonel tabakası bazal tabakadan tekrar yapılıdır. Ovulasyondan bir hafta sonra endometriyum yaklaşık 5-6 mm. kalınlık kazanarak gelişimini tamamlamıştır (Uludağ, 2009; Cunningham ve ark., 2010; Şirin ve Kavlak, 2015).
- **Sekresyon Fazı (Sekretuar Faz):** Menstrüel siklusun 13-28. günlerini içine alan, ovulasyondan menstrüasyonun başlangıcına kadar olan süreçtir.

Endometriyum kalınlaşmaya ve fertilize ovuma hazırlık olarak müküs salgılamaya başlar. Bu yüzden bu faza sekretuar faz denir (Şirin ve Kavlak, 2015). Ovulasyondan sonra 24-48 saat içinde fertilizasyon olmazsa endometriyumun fonksiyonel tabakası geriler ve iskemi meydana gelir. Ovulasyondan sonra 14 gün süren bu faza aynı zamanda Premenstrüel Faz denir.

- **Menstrüel Faz:** Ovulasyondan sonra fertilize bir ovum yoksa korpus luteum geriler, kandaki östrojen ve progesteron seviyeleri düşer ve endometriyumdaki arteriyal damarlarda spazm görülür. Kan akımı azalır ve iskemi oluşur. İskemiyle hücreler ölür, kan damarlarında nekroz ve kanama başlar (Atasü ve Şahmay, 2001; Cunningham ve ark., 2010; Şirin ve Kavlak, 2015). Bir sonraki siklusta folikül gelişiminin başlaması korpus luteumun regresyonuyla gerçekleşir (Uludağ, 2009).

## **2.2. Menstrüel Siklus Sorunları**

### **2.2.1. Anormal Uterus Kanamaları**

Menstrüel kanamanın sıklığı, miktarı ve/veya düzeniyle ilgili bozuklukları içine alan ve üreme çağında görülen anormal kanamalardır. Anormal kanamalar için organik bir neden varsa organik uterin kanamalar olarak adlandırılır. Organik nedenler; gebelik komplikasyonları, anatomik, endokrin, hematolojik, sistemik ve iyatrojenik olarak kendi içinde sınıflandırılır. Anormal kanamalar için organik bir neden yoksa Disfonksiyonel Uterus Kanamaları olarak adlandırılır. Bu kanamalarda siklus genellikle ovulasyonsuzdur. Sürekli östrojen hormonu etkisinde olan endometriyum hiperplaziktir ve bu durumda endometriyumun yıkımı uzun ve zor olduğu için şiddetli ve sürekli kanamalar görülür (Şirin ve Kavlak, 2015).

### **2.2.2. Amenore**

Menstrüasyonun olmaması durumuna amenore denir. Primer amenore ve sekonder amenore olarak ikiye ayrılmaktadır. Primer amenore, menstrüasyonun 16-17 yaşa kadar olmaması durumudur. Sekonder amenore ise normal menstrüel siklus yaşayan bir kadında menstrüel kanamanın 3-6 aydan daha uzun süredir kesilmesi durumudur (Şirin ve Kavlak, 2015).

### **2.2.3. Dismenore**

Menstrüasyonun ağrılı olmasını ifade etmektedir. Görülme sıklığı çok olan jinekolojik bir rahatsızlıktır ve kadınların yaklaşık %20-50'sini farklı şekillerde etkilemektedir. Bu farklılıklar, kişisel metabolik, hormonal ve psikojenik farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Periyodik olan dismenore ağrısı diğer gastrointestinal yakınmalar (bulantı, kusma, sık defekasyon), baş ağrısı, emasyonel bozukluklar ve çarpıntı ile de beraber olabilmekte ve kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz etkilemektedir. Dismenore, primer ve sekonder dismenore olarak ikiye ayrılmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001; Şirin ve Kavlak, 2015). Primer dismenore genellikle menarş sonrasında düzenli ovulasyonun oluşmasıyla başlar ve progesteron üretiminin olduğu luteal fazda ortaya çıkar. Özelliği herhangi bir pelvik patolojiye bağlı olmadan meydana gelmesidir. Sekonder dismenore genellikle menarşdan yıllar sonra ortaya çıkar ve ağrının nedeni organik bir lezyondur. Ağrı, uterusdan başka pelvis içinde yer alan komşu doku ve organlardan kaynaklanır. Pelvik patolojinin tipine göre ağrının karakteri farklılık gösterir (Atasü ve Şahmay, 2001; Speroff ve Fritz, 2007; Şirin ve Kavlak, 2015).

### **2.2.4. Premenstrüel Sendrom (PMS)**

#### **2.2.4.1. Premenstrüel Sendromun Tanım ve Sınıflaması**

PMS ilk olarak 1931'de Amerikalı jinekolog R.T. Frank tarafından tanımlanmıştır. "Premenstrüel sendrom" ifadesi ise ilk olarak 1953 yılında Dalton ve Greene tarafından rapor edilen bir çalışmada kullanılmıştır (Speroff ve Fritz, 2007). PMS için farklı tanımlar kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları;

Kişilerarası ilişkileri ve normal aktiviteleri etkileyen, sıklık olarak oluşan, menstrüasyondan 1-2 hafta önce başlayan ve menstrüasyonun bitiminden önce ortadan kalkan, tekrarlayan ciddi fiziksel, psikolojik ve/veya davranışsal değişikliklerdir (Dickerson ve ark., 2003; Adıgüzel ve ark., 2007; Şirin ve Kavlak, 2015).

Menstrüel siklusun ikinci yarısında ortaya çıkan ve menstrüasyonla birlikte ortadan kalkan bazı rahatsızlıkların, günlük aktiviteyi engelleyecek ve tedaviyi gerektirecek boyutlarda oluşu PMS adını alır (Atasü ve Şahmay, 2001).

Kişinin yaşam biçimini ve işini etkileyecek boyutta, çok sayıda semptomdan bir veya daha fazlasının adet in hemen öncesinde sıklık olarak görülmesi ve bunu izleyen



tamamen semptomsuz bir dönemin olmasıdır (Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008).

PMS, menarştan sonra herhangi bir yaşta başlayan ve özellikle genç kızları etkileyen bir sağlık sorunudur (Miyaoaka ve ark., 2011). PMS’de yaşanan belirtilerin şiddetinin yaşla birlikte arttığı, 25-35 yaş aralığında en şiddetli olduğu, menopoza yaklaştıkça belirtilerin şiddetinin azaldığı belirtilmektedir (Kaya ve Gölbaşı, 2016). Ülkemizde (Erbil ve Karaca, 2010; Tanrıverdi ve ark., 2010; Tarı Selçuk ve ark., 2014; Işık ve ark., 2016; Kaya ve Gölbaşı, 2016; Ölçer ve ark., 2017) ve diğer ülkelerde (Seedhom ve ark., 2013; Al-Batanony ve Al-Nohair, 2014) yapılan çalışmalar PMS’nin kadınlar arasında yaygın bir sorun olduğunu göstermektedir. PMS, kadının yaşamını olumsuz etkilemesi ve yaygın görülmesinden dolayı önemli bir sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır. Çalışmalar PMS belirtilerinin kadında; beden algısı ve yaşam aktivitelerinde değişim, iş gücü kaybı, ekonomik kayıp, kaza potansiyelinde artış, öz güvende azalma, alkol/madde kullanımı ve suça eğilimde artma, toplumsal ilişkilerin bozulması ve okul başarısızlığı gibi sorunlara neden olabileceğini göstermektedir (Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008; Nisar ve ark., 2008; Yücel ve ark., 2009; Kırcaan ve ark., 2012; Oral ve ark., 2012; Daşıkcan ve ark., 2014).

#### **2.2.4.2. Premenstrüel Sendromun Etiyolojisi**

Tarihte kadınların mens zamanıyla ilgili sayısız hikayeler vardır ve genelde erken tarih boyunca kanın evrensel dehşetiyle ilişkilendirilmiştir. Menstrüasyondaki kadınlar kirli olarak kabul edilmiş ve toplumdan izole edilmiştir. Bu süreç kadın, erkek herkesi menstrüasyonu negatif bir olay olarak görmeye koşullandırmış ve negatif bir tutuma yol açmıştır (Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008). 1930’lu yıllarda tanımlanan PMS’nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. PMS’de fizyolojik ve biyolojik etkenlerin fazla olmasıyla birlikte psikososyal etkinin daha az olduğu düşünülmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). PMS kompleks ve multifaktöryeldir, çok sayıda risk faktörü vardır (Dickerson ve ark., 2003; Nagata ve ark., 2004; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008; Murray ve Kinney, 2010; Doğan ve ark., 2012; Selçuk ve ark., 2014; Şirin ve Kavlak, 2015). Bu risk faktörleri arasında;

- Genetik faktörler,
- Östrojen düzeyinin yüksek olması,
- Östrojen-progesteron oranındaki değişiklikler,

- Nöroendokrin mekanizmalar,
- Steroid hormon inhibisyonu
- Tiroid fonksiyon bozukluğu,
- Sıvı retansiyonu,
- Prostaglandinlerde düşme ve artma,
- Çinko eksikliği,
- Magnezyum eksikliği,
- Pridoksin eksikliği,
- Diğer vitaminlerin eksikliği,
- Beta endorfinlerde düşme,
- Katekolaminlerin santral değişiklikleri,
- Subklinik hipoglisemi,
- Endojen endorfin çekilmesi,
- Artmış adrenal aktivite,
- Artmış aldesteron aktivitesi,
- Artmış renin–anjiotensin aktivitesi,
- Artan stres,
- Psikososyal uyumda anormallikler yer almaktadır

En çok kabul edilen PMS nedenlerinden birisi nörotransmitter ve seks steroidleri arasındaki ilişkinin değişkenliğidir (Dickerson ve ark., 2003). İçinde GABA, endorfin ve seratonin bulunan nörotransmitterlerin menstrüel dönemde seviyelerinin değişmesi ile PMS semptomlarının duyarlı hale geldiği görülmüştür (Braverman, 2007; Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). PMS’de üzerinde en fazla odaklanılan nörotransmitter türü serotonindir. Depresyonda santral sinir sisteminde serotonin düzeyinin düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Hormon seviyesindeki değişiklikler seratonin gibi nörotransmitterleri etkileyebilir. Seratonin yetmezliği olan kadınların progesterona hassasiyetinin artmasıyla PMS ilişkilendirilmektedir (Murray ve McKinney, 2010). Yine PMS’de depresyon görülmesinden dolayı luteal fazda serotonin eksikliği ile PMS arasında bağlantı olabileceği düşünülmüştür. PMS’li hastalarda menstrüel siklusun luteal fazında kan serotonin düzeyi, platelet serotonin alımı ve imipramin bağlanması daha düşük bulunmuştur ve serotonerjik mekanizmadaki bu bozulmanın PMS belirtilerini tetiklediği

bildirilmiştir (Çiçek ve ark., 2006; Braverman, 2007; Indusekhar ve ark., 2007, Ayhan ve ark., 2008; Pearlstein ve Steiner, 2008; Yücel ve ark., 2009).

Diğer bir kanı olan vitaminlerin ve minerallerin yetersizliğinin, adet öncesi gerginlik sendromuna neden olup olmadığına odaklanıldığında girişimler sonuçsuz kalmış, kesin bir kanıya varılamamıştır (Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008; Dadkhah ve ark., 2016). Vitaminlerin, PMS belirtilerinin şiddetini hafiflettiği bulgular bulunmakla birlikte Dadkhah ve arkadaşlarının (2016) araştırmasına göre anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur. D ve E vitaminin özellikle depresyonla alakalı belirtiler üzerinde zayıflatıcı etkisi gözlenmiştir.

Kadınlarda luteal fazda foliküler faza göre renin, anjiotensin ve aldosteron seviyelerinde artış olmaktadır (Çiçek ve ark., 2006). PMS'nin ovulatuvar siklus fazında görüldüğü bildirilmiştir (Cirillo ve ark 2012; Wichianpitaya ve Taneepanichskul 2013). Ovulasyon baskılandığında semptomlar sıklıkla iyileşmektedir. Serum progesteron düzeyindeki artışın olduğu luteal faz süresince semptomlar şiddetlenmektedir. Hormon replasman tedavisi yapılan post menopozal dönemdeki kadınlarda tedavinin progesteron içeren fazı süresince PMS belirtileri yeniden gelişebilmektedir. Estrojenin de semptomları artırdığı düşünülmektedir (Indusekhar ve ark., 2007; Wichianpitaya ve Taneepanichskul, 2013).

Yapılan çalışmalarda PMS'nin; Yaş, genetik, altta yatan affektif bozukluklar, reproduktif ve menstrüel hikaye ve menstrüel düzensizlikler yaşama, menstrüasyona ilişkin yetersiz bilgi ve olumsuz tutuma sahip olma (Erbil ve ark., 2010; Kısa ve ark., 2012; Eun ve ark., 2013; Selçuk ve ark., 2014), annede PMS varlığı (Erbil ve ark 2010; Kebapçılar ve ark., 2012; Seedhom ve ark., 2013; Daşikan ve ark., 2014), üniversite eğitimi için evden ayrılma (Erbil ve ark., 2010), fiziksel aktivite yetersizliği (Seedhom ve ark., 2013), hazır gıda tüketimi (Murray ve Kinney, 2010; Oral ve ark., 2012; Arıöz, 2013; Seedhom ve ark., 2013), sigara içme (Demir ve ark., 2006; Pınar ve Öncel, 2011; Kebapçılar ve ark., 2012; Seedhom ve ark., 2013; Daşikan ve ark., 2014; Kaya ve Gölbaşı, 2016), dismenore (Demir ve ark., 2006; Kısa ve ark., 2012; Oral ve ark., 2012; Eun ve ark., 2013) ve kafein tüketme (Erbil ve ark., 2010; Murray ve Kinney, 2010; Seedhom ve ark., 2013; Daşikan ve ark., 2014; Tarı Selçuk ve ark., 2014; Işık ve ark., 2016) gibi değişkenlerle ilişkili olduğu bulunmuştur.

### **2.2.4.3. Premenstrüel Sendromun Semptomları:**

Literatürde yüzelliden fazla semptom sıralanmaktadır (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Ayhan ve ark., 2008; Şirin ve Kavlak, 2015). Bu semptomlar genellikle menstrüel siklusun başlamasıyla ortadan kalkmakta, sıklığı ve şiddeti kişiden kişiye değişmektedir. Üreme çağındaki kadınların %30-50'sinde görülmekle birlikte % 85'inde bir veya daha fazla premenstrüel semptom görülmekte, % 5'inde ise hiçbir yakınma olmadan kendini göstermektedir. Kadınların yaklaşık % 2-10'unda ise bu semptomlar yaşam kalitesini etkileyecek ve tıbbi yardım almalarını gerektirecek kadar şiddetli olmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008; Murray ve Kinney, 2010; Şirin ve Kavlak, 2015). Bu semptomlar arasında;

#### **Fiziksel Semptomlar:**

- Baş ağrısı,
- Abdominal ağrı veya şişkinlik,
- Abdominal kramplar,
- Kas ve eklem ağrısı, kas krampları,
- Ekstremitelerin şişmesi,
- Meme hassasiyeti,
- Sıcak basması,
- Terleme,
- Aşırı uyku veya uykusuzluk,
- Yorgunluk, iştah artışı veya aşırı yeme,
- Kabızlık, diare,
- Tremor,
- Akne,
- Ciltte-saçta yağlanma,
- Saçta kuruluk,
- Oligüri,
- Baş dönmesi,
- Parestezi,
- Kalp çarpıntısı,
- Rhinitis,

- Hirsutismus,
- Seksüel ilgide değişiklik

**Davranışsal-Psikolojik Semptomlar:**

- Deprese ruh hali,
- Labil ruh hali,
- Anksiyete,
- Yalnızlık hissi,
- Konsantrasyonda azalma,
- Unutkanlık,
- Koordinasyon kaybı,
- Kızgınlık,
- Öfke,
- Hiddet,
- Suçluluk,
- Kararsızlık,
- Paranoid,
- İntihara eğilim,
- Negativist tutum,
- Motivasyon bozukluğu,
- Anoreksia,
- İşten kaçma,
- Aşırı susama,
- Aşırı alkol alma arzusu,
- Laterji,
- Yorgunluk,
- Unutkanlık,
- Uyku değişiklikleri,
- Korkular,
- Gerginlik,
- Ağlama nöbetleri,
- İnsan ilişkilerinde bozulma,
- Çalışma performansında değişme,

- Kendine güvenin azalması,
- Konfüzyon,
- Sosyal hayattan çekilme ve ruh hali değişiklikleri yer almaktadır.

Yapılan çalışmalarda PMS yaşayan kadınlarda en sık görülen belirtilerin; huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrol edilememesi, yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma, anksiyete, konsantrasyonda azalma, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı olduğu belirtilmektedir (Demir ve ark., 2006; Nisar ve ark., 2008; Erbil ve ark., 2010; Gümüş Babacan ve ark., 2012; Kebapçılar ve ark., 2012; Kırcan ve ark., 2012; Seedhom ve ark., 2013; Elbashir, 2015).

#### **2.2.4.4. Premenstrüel Sendromun Teşhisi**

PMS semptomları menstrüel siklusun 4. gününden 13. gününe kadar izlenmezler ve kadınlar bu dönemde rahattırlar. PMS, günlük yaşam aktivitelerini etkilemeyen, normal ovulatar siklusun semptomlarından olan meme hassasiyeti ve şişkinlik gibi basit semptomlardan ayırt edilmelidir. PMS'li kişilerde en az bir davranışsal semptom ve bir fiziksel semptom bulunmaktadır. Önceki üç menstrüel siklusun her birinde, menstrüasyondan önceki altı gün boyunca psikolojik ve fiziksel semptomlardan en az birinin olması teşhis için önem taşımaktadır (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve Mungan, 2007; Şirin ve Kavlak, 2015).

- PMS tanılamada kullanılabilecek hiçbir laboratuvar testi veya PMS'ye özgü fiziksel bulgusu yoktur. Depresyon, anksiyete, disthymi, panik gibi bazı psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesi gerekmektedir (Atasü ve Şahmay, 2001).
- Ayrıntılı öykü alınarak, iki-üç siklus boyunca semptomların takvimde kaydedilmesiyle siklik oluşum incelenir, kadının en çok şikayetçi olduğu üç-beş semptom listelenerek her gün takip edilir. Semptomların oluşumu iki-üç ay boyunca gözden geçirilerek değerlendirilir. Kadının genel sağlık alışkanlıkları ve kişisel yapısı incelenmelidir (Halbreich, 2004; Şirin ve Kavlak, 2015).
- Menstrüel öykü (menarş, kanama süresi, siklus aralığı), geçmiş öyküsünde dismenore varlığı, psikiyatrik hastalıklar, stres yaratan durumlarda (okul değiştirme, eşinden ayrılma, ölüm v.b.) semptomlarda artışın olup olmadığı, geçirilmiş veya kronik bir hastalığın varlığı, bulantı, kusma, diyare gibi

durumlar değerlendirilmelidir (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003).

- İlaç bağımlılığı, ailesel ve sosyal problemler, seksüel bozukluklar, migren, kronik yorgunluk, gastrointestinal hastalıklar, anemi, enfeksiyon hastalıkları, allerjiler, idiyopatik ödem, endokrin hastalıklar, hipotiroidizm, hipertiroidizm, hiperprolaktinemi ve adrenokortikotropik hormona bağlı meydana gelen hastalıklardan ayırıcı tanı konulmalıdır. Beyin, meme, adrenal ve over tümörleri de ayırt edilmelidir (Dickerson ve ark., 2003; Demir ve ark., 2006).
- Muayene bulguları normal olmasına rağmen, semptomlar için organik bir nedenin olup olmadığı araştırılmalıdır (Tiroid hastalıkları, kronik hastalıklar, overian kist, endometriosis nedeniyle pelvik ağrı).
- Anemi, kronik hastalıklar, tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi için gerekli olan ve muayene sonucunda endike olan diğer laboratuvar testleri yapılmalıdır (Çiçek ve ark., 2006; Ayhan ve ark., 2008). Tanı koyabilmek için üç önemli bulgu sorgulanmalıdır:
  - 1) Semptomlar genellikle luteal fazda ortaya çıkmalı ve menstrüasyondan birkaç gün sonra geçmelidir. Foliküler fazda semptom bulunmamalıdır.
  - 2) Başka bir fiziksel ve psikolojik nedene bağlı olmaksızın birçok siklus döneminde ortaya çıkan ve PMS'a uyan bir semptom bileşkesi bulunmalıdır.
  - 3) Semptomlar, kadının normal aktivitelerini engelleyecek, yaşam kalitesini bozacak kadar ciddi olmalı fakat sonrasında kaybolmalıdır (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve Mungan, 2007).

#### **2.2.4.5. Premenstrüel Sendrom İçin Tanı Ölçütleri**

PMS, psikiyatrik tanı sınıflandırmalarından olan ICD-9'un genitoüriner sistem bölümünde "premenstrüel gerginlik semptomları" adı altında fiziksel bir bozukluk olarak yer almaktadır. ICD-10 da ise "ruhsal ya da davranışsal etkenlere bağlı fizyolojik işlev bozuklukları" başlığı altında, F53: "menstrüel döngüsüne bağlı ruhsal gerginlik (premenstrüel gerginlik sendromu dahil)" şeklinde yer almaktadır (World Health Organization, 1996). DSM-IV'deki tanımı ise "başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk" başlığı altında "PDB" olarak geçmektedir. Buradaki tanıma göre, rahatsızlığın geçen bir yıl boyunca, menstrüel siklusların çoğunda, luteal evrenin son haftası arasında düzenli olarak birtakım semptomlarla görülmesi, bu semptomların menstrüasyonların başlangıcını takip eden birkaç gün içinde ortadan kalkmış olması

gerekmektedir (Elbashir, 2015). Yine iş ve okul yaşamında ya da günlük yaşamda bozukluklara sebep olacak kadar ağır düzeyde olması, menstrüasyonlardan sonra en az bir hafta süreyle hiç bulunmaması gibi özellikleri de içermelidir (Flora ve Sellers, 2003).

ICD-10'daki PMS tanısında fiziksel belirtiler ağırlıktayken, DSM-IV'deki tanı ölçütleri duygu durum belirtilerinin önemini daha fazla vurgulamakta, tabloyu psikiyatrik yakınmalara benzer kılmaktadır (Pérez-López ve ark., 2009). PMS tanısı koyarken işlev kaybı ve ileriye yönelik takipler gerekmediği gibi, tek bir belirtinin varlığı yeterli olmaktayken, PMDD tanısı koyabilmek için, işlev kaybına yol açan ve en az iki aylık ileriye yönelik takiplerle kesinleşmiş en az beş belirti olması gerekmektedir (Türkçapar ve Türkçapar, 2011). PMS hafif fiziksel semptomlar, baş ağrısı ve daha az duygusal değişikliklerle PMDD'den ayrılabilir (Steiner, 2000). Kadınları daha çok etkileyen semptomlar PMDD olarak sınıflandırılmaktadır. PMS ve PMDD farklı teşhislerdir (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003; Halbreich, 2004; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008).

PMS'nin daha iyi anlaşılmasını sağlamada ve tanı koymayı kolaylaştırmada psikometrik testler kullanılmaktadır. Ülkemizde, Dereboy (1944) tarafından Türkçeye uyarlanan ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan, 95 sorudan oluşan Premenstrüel Değerlendirme Formu ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gençdoğan (2006) tarafından yapılan, 44 sorudan oluşan likert tipi bir ölçek olan Premenstrüel Sendrom Ölçeği bu psikometrik ölçüm araçlarından biridir (Şirin ve Kavlak, 2015).

#### **2.2.4.6. Premenstrüel Sendromun Tedavisi**

Tedavideki amaç semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak, yaşam aktiviteleri ve kişilerarası ilişkilerdeki olumsuz etkileri azaltmak ve tedavinin yan etkilerini en aza indirmektir.

##### **Nonfarmakolojik Tedavi:**

Başlangıçta PMS'li hastaların hepsine önerilmesi gereken nonfarmakolojik tedavidir. PMS için nonfarmakolojik tedavi girişimleri, hasta eğitimi, destek tedavisi ve davranış değişikliklerini içerir (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve Mungan, 2007; Şirin ve Kavlak, 2015).

- Hastalık hakkında eğitim verilmelidir. Menstrüasyonun fizyolojisi hormonlar ve semptomlar arasındaki ilişki öğretilmelidir. Menstrüasyonun normal kadınlık



fonksiyonları ve cinsel problemlerin çözümü konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır.

- Stres faktörleri belirlenmeli, stres yönetimi öğretilmelidir.

Hasta sağlıklı diyet, düzenli egzersiz konusunda desteklenmelidir. Diyetle sodyum kısıtlaması şişkinliği, sıvı retansiyonunu azaltmaya destek olur. Vitamin ve mineral desteği (B6 vitamini, kalsiyum, magnezyum, E vitamini, karbonhidrat desteği) önerilmektedir (Öztürk ve Tanrıverdi, 2010). Kafein kısıtlanmalıdır çünkü kafein kullanımı ile premenstrüel sendrom ve uykusuzluk arasında pozitif ilişki bulunmaktadır (Erbil ve ark., 2010; Murray ve Kinney, 2010; Seedhom ve ark., 2013; Daşıkın ve ark., 2014; Selçuk ve ark., 2014). Epidemiyolojik ve kısa süreli prospektif çalışmalarda aerobik egzersiz yapanların PMS semptomlarını kontrol gruplarına göre daha az yaşadığı kaydedilmiştir (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve Mungan, 2007).

PMS'de besin takviyeleri almanın da PMS üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Sohrabi ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında PMS yaşayan ve 45 gün boyunca Omega-3 yağ asitleri kullanan kadınlarda, depresyon şiddeti, anksiyete, şişkinlik ve konsantrasyonda azalma süresinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Bu kadınların 90 gün boyunca Omega-3 yağ asitleri kullanmasıyla baş ağrısı, sinirlilik ve meme hassasiyetinde de anlamlı düşüşler olduğu tespit edilmiştir.

### **Farmakolojik Tedavi**

Nonfarmakolojik tedavinin etkisi en az üç ayda bir izlenmelidir. Semptomlar gerilememişse ek olarak farmakolojik tedavi de uygulanmalıdır.

- Tedavi her hasta için en çok sıkıntı oluşturan semptom ele alınarak kişiselleştirilmelidir.

Yan etkisi en düşük olan ve randomize kontrollü klinik çalışmalarla faydası kanıtlanmış NSAID ve diüretikler seçilmelidir (Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve Mungan, 2007).

**Psikotropik Ajanlar:** Serotonin PMS patogeneziyle ilişkili olduğu görülmüştür. Şiddetli PMS yaşayanlarda selektif serotonin reuptake inhibitörleri ile tedaviye başlanmakta ve tedavi sadece luteal faz süresince verilmektedir.

- İntermittan tedavi için fluoxetine veya setralin menstrüel süreçten önceki 14 gün boyunca verilebilir veya semptomların görülmesinden hemen önce de verilebilir.
- Bromocriptinin PMS yaşayanlarda menstrüel migren ve memelerde oluşan hassasiyeti giderdiği görülmüştür. Fakat yan etkileri nedeniyle kullanımı sınırlıdır.

Diüretikler şişkinlik, meme hassasiyeti ve ödem semptomlarının az görülmesini sağlar. Bir aldesteron inhibitörü olan spironalacton (aldactone) aşırı aldesteron salgılanmasına bağlı ödemin tedavisinde kullanılır (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008).

**Prostaglandin İnhibitörleri:** NSAID primer dismenore ve menorajiyi tedavi etmek için kullanılırlar. PMS semptomlarının prostoglandin artışıyla bağlantısı olmasından dolayı kullanılan bu ilaçlar mefenamic asid ve naproxen sodyumdur. NSAID'ler gastrointestinal ve renal problemleri olan hastalara verilirken dikkat edilmelidir (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008).

**Menstrüel Siklusu Değiştiren Ajanlar:** Danazol, GnRH agonistleri, progesteron ve estrojen PMS tedavisinde kullanılmaktadır. Danazol androjenik bir ajandır. Gonadotropin salınımını inhibe ederek PMS semptomlarını geriletir fakat kontinü tedavide yan etkiler fazladır. Maskülinizasyon, memelerde küçülme, ses kalınlığı ve kilo artışına neden olur. Karaciğer fonksiyon testleri ve serum lipid profili üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Bu sebeplerden kullanımı kısıtlıdır. GnRH agonistleri, hipofizer gonodotropinleri inhibe edip ovulasyonun baskılanmasını sağlayarak PMS semptomlarını gidermek için kullanılmaktadır. Yan etkileri ve maliyetinden dolayı kullanımı kısıtlıdır. Tibolone, sentetik steroiddir. Plasebo ve multivitaminle karşılaştırıldığında premenstrüel semptomları iyileştirdiği gösterilmiştir. Asıl kullanım alanı menopoz ve osteoporozdur. Oral kontraseptif ajanlar, etkinlikleri sürekli olarak gösterilmemesine rağmen PMS tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Atasü ve Şahmay, 2001; Dickerson ve ark., 2003; Çiçek ve ark., 2006; Çiçek ve Mungan, 2007; Speroff ve Fritz, 2007; Ayhan ve ark., 2008).

### 2.3. Sağlık ve İyilik-İyi Oluş Kavramının Tarihsel Gelişimi ve Tanımı

Tarihte belirli bir döneme kadar hastalıklar ve tedavilerine yönelik yaklaşımlar hakim olmuş ve 1940'lardan önce DSÖ sağlığı “ Herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmamak.” olarak tanımlamıştır. Tarihte yaşanan savaşlar, felaketler vb. olumsuzluklar binlerce insanı parçalanmış hayatlar ve travmatik durumlarla baş başa bırakmış, insanların iyi olma ve mutluluk arayışlarını sorgulamalarına yol açmıştır. İnsanın “iyi olmak” ve “mutlu olmak” istemesiyle bu kavramlar düşünce tarihinin en temel felsefesi, insanlığın da en büyük hedeflerinden biri olmuştur (Ryff ve Singer, 2006). İnsanın iyi ve mutlu olma çabası felsefe, psikoloji ve pozitif psikoloji alanında pek çok araştırmaya konu olmuştur (İlhan ve Özbay, 2010). Geleneksel yaklaşım ruhsal bozuklukların olmamasını sağlık göstergesi olarak kabul ederken, pozitif yaklaşım daha çok olumlu özellikler üzerinde durmuştur (Ryff ve Keyes, 1995).

Bu süreçte yapılan sorgulamalar neticesinde ortaya çıkan yeni yaklaşım, sağlığın sadece hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda pozitif bazı özelliklerin varlığı olduğuna yönelik sağlık temelli yeni bir model oluşturmuştur (Dierendock ve ark., 2008). İyi oluşun hastalık yokluğu olmadığı yönündeki bu görüş birliğinden sonra DSÖ 1947'de sağlığı “Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam anlamıyla sağlıklı/iyi olma hali.” olarak tanımlamıştır (Greenspoon ve Saklofske, 2001; Eryılmaz, 2013). Bu süreçle birlikte kişinin doldurulması gereken “iyilik hali” kavramı ortaya çıkmıştır (Göcen, 2013).

“İyilik hali” (wellness) ve “iyi oluş”(well-being) psikoloji bilimi çalışmalarında sıkça incelenmiştir. “İyi oluş” (well-being) kavramı “psikolojik iyi olma” (psychological well-being) , “öznel iyi olma” (subjective wellbeing), “mutluluk” (happiness) , “yaşam kalitesi-memnuniyeti-doyumu” gibi farklı kavramlarla ele alınmış ve ruh sağlığının içinde yer almıştır (Ryff, 1989; Frisch ve ark., 1992; Ryff ve Keyes, 1995; Diener, 2000; Diener ve ark., 2003). Türkçede “iyilik hali”, “zindelik”, “fiziksel uyum” ve “esenlik” kavramlarına denk gelen, sağlıklı ve iyi olmanın tüm yönlerini kuşatan “wellness” terimi hem vücut hem de zihin için olumlu bir iyilik duygusunu ifade etmektedir. “İyi oluş” (well-being) terimi kişinin psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik özelliklerine olumlu bakan bir sağlık anlayışından beslenmekte, hem öznel hem de nesnel anlamda ölçülebilmektedir (Göcen, 2013). Pozitif psikoloji

literatüründe bu terimler sıkça kullanılmış, farklı bakış açılarıyla çok sayıda tanım yapılmış, model ve ölçek oluşturulmuştur (Owen ve Öğretmen, 2013).

İyilik hali, akıl ruh ve bedenin birlikte bir bütün olması, işleyiş bakımından birbirini tamamlaması ve böylece sağlıklı ve iyi olma durumunu oluşturmasıdır (Ağaoğlu, 2012). İyilik hali, sağlık ve iyi oluşun insanların yaşam tarzını düzenlemesi ve bununla birlikte daha kaliteli ve sağlıklı bir yaşam sürmesi ile başlayan ve devam eden bir süreçtir. İyilik hali hastalık olmaması anlamına gelmez, hastalık belirtilerine sahipken bir insan aynı zamanda iyilik hali içinde de olabilir. Birey kendi iyilik halini belirlemede aktif rol oynar (Myers, 1992). Yalnızca sorunlarına değil, güçlerine odaklandığında daha iyi gelişim gösterebilir (Gürkan, 2014). İyilik hali, bireyin kendine ve yeteneklerine olan inancının ruh halini düzelterek, karşılaştığı engelleri sağlıklı bir biçimde atlatmasına, mutlu ve huzurlu olmasına olanak sağlar (Ağaoğlu, 2012). Ayrıca iyilik bireyin hayatına farklı bir pencereden bakabilmesini sağlayarak, farkındalığını ve sorumluluk almasını olumlu yönde etkiler (Bates ve Eccles, 2008).

İyilik hali çalışmalarında ilk model John (1972) tarafından geliştirilen Hastalık/İyilik Hali Ölçeği Modeli'dir. Geleneksel tıp modeli ve benlik sorumluluğuna (self-responsibility) dayanan iyilik hali modeli arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu alanda çalışmaları olan diğer bir kuramcı Don Ardell, 1977 yılında birinci modeli olan "Orijinal İyilik Hali Modelini" geliştirmiştir. Ardell 1982 yılında "Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş İyilik Hali Modeli" isimli ikinci modelini, 2001 yılında ise "Benlik Yönetiminin Üç Alanı" isimli üçüncü modelini geliştirmiştir (Ardell, 2001). Literatürde ön planda olan diğer bir model, Hettler'in (1984) "İyili Hali Modelidir" (Donagy, 1995). Diğer bir model Travis ve Ryan (1988) tarafından geliştirilen "İyilik Hali Enerji Sistemi Modelidir". Bazı kuramcılar da kanser hastaları gibi özel gruplara yönelik iyilik hali modeli geliştirmişlerdir.

Bahsedilen bu modelleri geliştiren kuramcılar fiziksel sağlık alanındaki profesyonellerdir. Psikoloji alanında Ryff (1989-1995) psikolojik olarak olumlu işlerliğin altı alanını birleştiren bir iyi oluş (well-being) modeli geliştirmiştir. Pozitif psikoloji alanındaki, psikolojinin öğelerinin iyilik haliyle ilişkili olduğunu savunan yazarların (Seligman, Snyder ve Lopez) görüşleriyle Ryff'ın modeli uyumludur (Degges ve ark., 2003).

Psikolojik danışma kuramlarına dayanan ilk model Witmer ve Sweeney tarafından 1990'da geliştirilen İyilik Hali Çemberi'dir (Sweeney ve Witmer, 1991; Witmer ve Sweeney, 1992). Bu çemberin ardından Myers ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen İyilik Hali Çemberi Modeli, insan gelişimi ve davranışı ile ilgili insancıl kuramlara ve çoklu disiplinlere dayalı olması ile özgündür. Bu modelde iyilik hali, optimal düzeyde sağlıklı olmaya yönelmiş, beden, akıl ve ruhun bütünleştiği, bireysel olarak amaçlara sahip olma ve daha anlamlı yaşam geçirme hedefi olan, sosyal, kişisel ve ekolojik olarak tüm alanlarda işlevsel olan bir yaşam sürdürmek anlamında kullanılmaktadır (Myers ve ark., 2000). İyilik hali konusunda geliştirilen birçok model beden, ruh ve zihin bütünlüğüne dikkat çekmektedir. Bütün modellerde vurgulanan, boyutların sınıflandırılmasının değil, optimal sağlık ve iyilik halinin yaşamın çeşitli boyutları tarafından etkilendiği düşüncesidir ve hepsinin ortak amacı kişinin sağlıklı ve mutlu olmasına imkan sağlamak olmuştur (Ryan ve Deci, 2001; Keyes ve ark., 2002).

İyilik hali insanların bütün yönlerini kapsayan, daha kaliteli ve mutlu yaşamalarını sağlayan genel bir faktördür (Doğan, 2006). Bireylerin yaşadıkları stres düzeyleri, kaygı, depresyon, özgüven eksikliği vb. olumsuz duygular psikolojik iyilik hallerine zarar verebilen sorunlara yol açabilmektedir (İlğan ve ark., 2015). DSÖ (2004) mental iyi oluşu, "Bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamında oluşan stresin üstesinden gelebilmesi, iş yaşamında üretken ve faydalı olabilmesi ve yetenekleri doğrultusunda toplumuna katkı yapması" olarak tanımlamıştır. Bu tanımdan yola çıkılarak pozitif psikoloji çalışmalarında, psikolojik iyi oluş (mental iyi oluş) kavramı üzerinde durulmuştur (Keldal, 2015). Mental iyi oluş, psikolojik, öznel, duygusal ve sosyal iyi oluş kavramlarını içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Psikolojik iyi oluş düzeyi yüksek birey, kendisi ve çevresi için gerçekçi değerlendirmeler yapabilen, olumsuz durumlarla baş edebilen, sağlıklı sosyal ilişkilere, kendini gerçekleştirme eğilimine sahip, üretken ve hayatında anlam bulabilen bireydir (Ryan ve Deci, 2001). Araştırmalar mental iyi oluş düzeyi ile yaşam kalitesi, psikolojik sağlık ve fiziksel sağlık arasında pozitif bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (Keyes, 2002; Keyes ve ark., 2010).

#### **2.4. İyi Oluşla İlgili Temel Yaklaşımlar**

Psikoloji literatüründe 'iyi olma' iki önemli yaklaşımla incelenmiştir. Bunlardan biri hedonik (hazcı) yaklaşımdır. Bu yaklaşım iyi oluş halini mutluluğa odaklanarak hazzı

elde etme ve acıdan kaçınma ile tanımlamaktadır. Diğer yaklaşım eudaimonik (psikolojik işlevselliğe dayanan) yaklaşımdır. Eudaimonik yaklaşım anlam ve kendini gerçekleştirilmeye odaklanarak kişinin potansiyellerini tam olarak gerçekleştirme derecesi ile tanımlanmaktadır ve hedonik yaklaşımda insanın mutluluğu esas alınırken diğerinde insanın nasıl iyi olacağını anlaması üzerine kurulan yaklaşım mevcuttur (Ryff, 1989; Diener ve ark., 1999; Diener, 2000; Ryan ve Deci, 2001; Deci ve Ryan, 2008; Kashdan ve ark., 2008).

Seligman psikolojinin sadece zayıflık ve güçsüzlükle değil, güçlülük ve erdemle de ilgilendiğini hatırlatmakta ve iyi olmaya pozitif bir bakış kazandırmaktadır (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000). Genel olarak literatürde iyi olmanın bir yönünü oluşturan mutluluğun tanımları; ahlaki değerler üzerine inşa edilmekte olan “ahlaki tanımlar” ve ahlaki değerlerden bağımsız olan ahlaki bakımdan “nötr tanımlar” olarak iki kategoride incelenmektedir. Ahlaken nötr tanımlar bir insanın mutluyken erdemli olmayabileceğini bencil, duyarsız, kaygısız ve sorumsuz olabileceğini vurgulamaktadır. Ahlaktan bağımsız yaklaşımı benimseyen araştırmacılar, ahlaken zayıf bir kişinin kendisine getireceği içsel memnuniyetten dolayı işkence, cinayet gibi suçları işlemeyi isteyebileceği, mutluluğu aşağılık davranışlarıyla yakalayabileceğini görmezden gelmektedir. Bu sebeple pozitif psikoloji yaklaşımı mutluluğu haz odaklı olarak görmeyip erdemle öznel iyi olmayı birlikte geliştirmeye çabalamaktadır. Amacı öznel iyi oluşu bu handikaptan kurtarmaktır (Martin, 2007).

Eudaimonia, mutluluk anlamını içeren fakat mutluluktan daha kapsamlı bir kavramdır. Bu kavramın mutluluk şeklinde çevrilmesinin Aristoteles’in Nikomakhos’a Etik’ine uygun düşmediği, kavrama “well-being” yani “iyi olma” anlamının verilmesinin daha uygun olacağı belirtilmektedir. Aristo’nun birçok öğrencisi eudaimoniayı tanımlamak için mutluluk değil, gelişim (flourishing) kavramını kullanmışlardır. Bu kavram, duygusal, bilişsel, davranışsal, sosyal, politik mükemmellik içeren tam donanımlı başarıyı ve iyi yaşam aktivitelerini ifade etmektedir (Fowers, 2008). Pek çok farklı anlam ve işleyiş olsa da, iyi oluş (well-being), öznel iyi oluş, kaliteli yaşam, yaşam doyumu, psikolojik iyi oluş gibi birçok kavram literatürde içiçe bulunmaktadır ve büyük oranda birbirleriyle ilişkilidir (Ağaoğlu, 2012).

## 2.5. Öznel İyi Olma

Literatürde bireylerin mutlulukları deneysel açıdan öncelikle “öznel iyi olma” kavramıyla incelenmiştir. Öznel iyi olma bireyin yaşamını değerlendirmesi ve yaşamıyla ilgili yargı bildirmesi anlamını taşımaktadır. Duygusal bileşen (olumlu ve olumsuz duygulanım) ve bilişsel bileşen (bireyin yaşam doyumu) olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır (Diener, 2000; Diener ve Scollon, 2003). Bireylerin olumlu duyguları daha çok, olumsuz duyguları daha az yaşamaları ve yaşamlarından yüksek düzeyde doyum almaları öznel iyi oluşun yüksek olduğunu göstermektedir (Eryılmaz ve Ercan, 2011). Diener’a göre öznel iyi oluş, önemli yaşam alanlarında duygusal bileşenlerden oluşan yaşantılarında bireyin öznel değerlendirme yapmasından ve bireysel olarak ifade edilmesinden dolayı “yaşam memnuniyeti” ile de ifade edilmektedir (Diener ve ark., 2003).

Vaillant’a göre (2003) ruh sağlığı; olgunluk, duygusal ve toplumsal zekâ, başarılı bir şekilde uyum sağlama ve öznel açıdan iyi olma olarak ele alınmalıdır. Öznel iyi oluşun, ruh sağlığının olumlu yönünü temsil ettiği belirtilen bireylerin yaşamlarına olumlu katkıları vardır (Diener ve Seligman, 2002; Diener ve Seligman, 2004). Öznel iyi oluşu yüksek düzeyde olan bireylerin stresle başa çıkmalarının, sosyal ilişkilerinin, evlilik doyumlarının, bağışlıklarının, yaratıcılıklarının, iş yaşamında üretkenliklerinin ve para kazanmalarının daha iyi olduğu, yaşam sürelerinin uzadığı ve daha iyi birer vatandaş oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Diener, 1984; Diener ve ark., 2002; Diener ve Seligman, 2002; Diener ve Seligman, 2004; Lucas ve ark., 2004; Lyubomirsky ve ark., 2005).

### 2.5.1. Olumlu ve Olumsuz Duygulanım

Bradburn bu konuda yapılan ilk çalışmanın sahibidir ve iyi olmayı olumlu ve olumsuz duygulanım olarak iki boyutta incelemiştir (Ryff ve Singer, 2006). Olumlu duygulanım neşe, ilgi, heyecan, güven, uyanıklık, coşku, onur, sevgi gibi duygulardan kaynaklanmakta; olumsuz duygulanım ise korku, üzüntü, suçluluk, nefret, fobiler, kaygı bozuklukları, çatışma, şiddet gibi öznel stres ve doyumumsuzluğu ifade etmektedir. Olumlu ve olumsuz duygulanım birbirinin karşıtı değildir ve olumlu duyguların olması, olumsuz duyguların olmadığı anlamına gelmemektedir (Myers ve Diener, 1995).

### **2.5.2. Yaşam Doyumu**

Kişinin kendine özgü ölçütlerle yaşam kalitesini değerlendirmesi temeline dayanan yargısal bir süreç olan yaşam doyumu, öznel iyi olmanın bilişsel boyutunu oluşturmaktadır. Bu süreçte kişi tahminen meydana getirilmiş veya kendi kendine getirdiği bir takım standartlarla bireysel yaşam şartlarını mukayese etmektedir. Şartların bu standartlara uygunluğunun oranına göre kişinin yaşam memnuniyet düzeyi değişmekte ve bu mukayesede kişi tasarladığı hayata ne kadar paralel bir yaşam sürdürüyorsa, yaşam memnuniyeti de o oranda yükselmektedir. Yani yaşam doyumu kişinin hayatıyla alakalı bilinçli bilişsel yargısının neticesidir (Doğan, 2016). Diener ve arkadaşları öznel iyi olmanın bilişsel bileşeni yaşam doyumunun, yaşamın hem hedonik hem de eudaimonik yönlerinden etkilenemediğini ileri sürmekte ve yapılan çalışmalarda duygu ve amaçlar gibi hedonik olmayan faktörlerin yaşam doyumuyla ilişkili bulunduğunu ifade etmektedirler (Diener ve ark., 2012).

### **2.6. Psikolojik-Mental İyi Olma**

Hedonik iyi olmanın kaba bir ideal olduğunu savunan bazı araştırmacılar mutluluğun kişinin gerçek benliğine ulaşması için çaba harcamasıyla elde edilebileceğini ifade etmektedirler. Özellikle son dönem psikolojik yaklaşımlar, memnuniyet ve mutluluğun anlık tecrübelerinin sınırlarını aşan iyi yaşanan bir ömür ile kişinin en iyi şekilde potansiyellerini iyileştirmesi ve kazanması üzerine yoğunlaşmaktadır (Doğan, 2016). Bu yaklaşımlar doğrultusunda öznel iyi olma yaklaşımının “iyi olmayı” tam olarak temsil etmediğini düşünen bazı psikologlar, yeni bir bakış açısı ile “psikolojik iyi olma” kuramını geliştirmişlerdir. Öznel iyi olmanın psikolojik sağlık veya akıl sağlığını ölçmek için yeterli olmadığını düşünmektedirler (Ryan ve Deci, 2000). Örneğin; kendilerini mutlu olarak değerlendiren veya yaşam doyumu yüksek olan bazı bireyler aynı zamanda psikolojik saplantı ve takıntılara sahip olabilirler (Akın, 2008). Bu bireylerin psikolojik olarak tam anlamıyla sağlıklı oldukları ifade edilemez.

Birçok araştırmacıya göre öznel iyi olmanın ölçülmesiyle ilgili çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Bunlardan birisi ölçeği cevaplayan bireylerin anlık duygu durumlarının öznel iyi olma tepkilerini etkilemeleridir. Psikolojik iyi olma yaklaşımı eudaimoniayı, kişinin insani potansiyellerini gerçekleştirme ve iyi yaşamıyla ilişkilendirmektedir. İyi olma yalnızca bir sonuç ya da son durum değil, kişinin gerçek doğasını ya da “daimon” unu gerçekleştirme sürecidir. Bu süreç aynı zamanda kişinin doğal bir biçimde amaca uygun yaşamması ve potansiyel erdemlerini gerçekleştirme anlamına



gelmektedir. Psikolojik iyi olma yaklaşımına göre kişi eudaimonik yaşamı tecrübe ederse mutlaka hedonik keyfi de tecrübe edecektir. Çünkü tüm hedonik keyiflere ulaşmak eudaimonik yaşamdan geçmektedir (Deci ve Ryan, 2008).

Psikolojide eudaimonik temele dayanan psikolojik iyi olma yaklaşımını benimseyen pek çok araştırmacının birbirinden farklı kuramları vardır. Bu araştırmacılardan bazıları; Waterman, Schwartz, Conti, Ryan, Huta, Deci ve Ryff' tir. Psikolojik iyi olma yaklaşımının öncü ismi Ryff kuramını değerlendirirken, psikolojik iyi olmanın sadece stressiz olmak veya başka ruh sağlığı problemlerinin olmaması anlamına gelmediğini, bundan çok daha fazlasını içerdiğini vurgulamaktadır. Zira psikolojik bir rahatsızlığı bulunmamasına rağmen hayatında birçok güzellikten mahrum olan kişiler bulunmaktadır.

### **2.6.1. Psikolojik-Mental İyi Olmanın Boyutları**

Ryff, yaşam boyu gelişim teorileri, klinik ve mental sağlığın uyumu üzerine temellendirdiği iyi olmanın tüm yönlerini ölçen ve altı boyuttan oluşan “Psikolojik İyi Olma” ölçeğini geliştirmiştir (Deci ve Ryan, 2008). İlgili literatür incelendiğinde bu modelin felsefeden ve psikolojideki farklı yaklaşımlardan etkilendiği görülmektedir (Kuyumcu, 2012). Ryff psikolojik iyi olmanın boyutlarının Aristoteles'in eudaimonia fikrine en yakın model olabileceğini ifade etmektedir. Bu boyutlar;

#### **2.6.1.1. Özerklik**

Özerk ve bağımsız bir şekilde kendi kendine karar verme duygusudur. Ryff özerklik, başka bir deyişle otonominin, davranışın içsel düzenlemesi, bağımsızlık, bireyleşme, iç kontrol odağı, kendi kararlarını verebilme gibi özelliklerle aynı değerde olduğunu düşünmektedir. Kişinin kendi kontrolünün dışındaki sebepler ya da kurumlar tarafından yönetilmemesi gerektiği düşüncesi ve kendi eylem ve düşüncelerine olan inancı, özerklik kavramını oluşturan basamaklardır. Özerklik Kant'a göre insan olma onurunu kişilere kazandıran ve batının özgürlük kavramlarıyla paralel olan bir kavramdır (Ryff ve Singer, 2006). Ryan ve Deci'ye göre özerklik iradeli davranış, seçim deneyimine sahip olmak ve kendi eylemlerini onaylamaktır. Özerklikte bağımsızlıktan farklı olarak iradeli seçimin rolü büyüktür. Bağımsızlık başkalarına güvenmemek anlamını da taşırken, özerklik iradeyi elden bırakmayarak başkalarına güvenmeyi ifade etmektedir (Deci ve Ryan, 2008). Batı kültüründe ortaya çıkan bir değer olduğu düşünülen özerkliğin, doğu kültüründe ifade ettiği anlam aynı olmayabilir. Batı kültüründe

özerklik kendini gerçekleştirmiş, olgun bir bireyin özelliği olarak değerlendirilirken, doğu kültürlerinde otoriteye itaat etmeyen, değerlere başkaldıran biri olarak değerlendirilebilir.

#### **2.6.1.2. Çevresel Hakimiyet**

Bireyin kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda etrafındaki yaşamı etkili bir şekilde yönlendirebilme kapasitesidir. Jahoda mental sağlığın önemli bir özelliği olarak değerlendirdiği çevresel hakimiyeti; bireyin kendi psişik durumuna uygun ortamlar yaratabilmesi, seçmesi ve bu konuda yetenekli olması şeklinde tanımlamaktadır (Ryff ve Singer, 2006). Farklı yaklaşımlarca yapılan açıklamalara bakıldığında çevre hakimiyeti ve aktif katılımın önemi sürekli vurgulanmaktadır çünkü olumlu psikolojik fonksiyonun bütünleşmiş yapısıyla uyumlu önemli niteliklerden biri olarak görülmektedir.

#### **2.6.1.3. Bireysel Gelişim**

Ryff bireysel gelişimi, bireyin potansiyelini geliştirmesi, büyütmesi, genişletmesi ve yeteneğini sürdürmesi olarak ifade etmektedir. Bu yapı yaşam boyunca yeni güçlükler, geçişler ve tecrübelerle karşılaşan sağlıklı bireyler için gerekli olan, devam eden gelişim fikrini temel almaktadır (Ivtzan ve ark., 2013) İnsanın bir birey olarak devamlı büyüdüğü ve geliştiği duygusudur. Yaşam boyu gelişim teorilerinin neredeyse hepsinde yaşamın farklı dönemlerinde yeni engeller ve görevlerle yüz yüze gelindiğinde gelişmeye devam etme açık bir şekilde vurgulanmaktadır. Bireysel gelişim, bireyin potansiyel ve yeteneklerini devamlı geliştirmesiyle ilgilidir (Ryff ve Singer, 2008).

#### **2.6.1.4. Diğerleriyle Olumlu İlişkiler**

Psikolojik iyi olmanın bu boyutu bireyin başkalarıyla fonksiyonel, sıcak, insani, yakın, sevgi, saygı ve samimiyet esasına dayalı ilişkiler kurma ve sürdürme yeteneğini ifade etmektedir. Aynı zamanda kişilerarası ilişkilerde, ilişkileri sağlıklı bir biçimde sürdürebilmek için, yaşanan problemleri çözme kabiliyetine sahip olmayı da içermektedir (Ryff ve ark., 2012).

Ryff, Aristoteles, Russel, Jahoda ve Maslow gibi pek çok isim iyi olma teorilerinde “sevgi” kavramının üzerinde önemle durmaktadırlar. Doyum verici kişilerarası ilişkiler kuran bireylerin kuramayanlara göre daha mutlu ve sağlıklı

oldukları bilinmektedir. Çünkü olumlu ilişkiler iyi olma üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Ryff ve Singer, 2008).

#### **2.6.1.5. Yaşam Amacı**

Ryff'a göre yaşamda anlam ve amaç duygusunu bireye kazandıran inançlara sahip olmak psikolojik iyi olma modelinin kriterleri arasındadır. Yaşam amacı kişinin yaşamındaki yön ve anlam bulma kapasitesini içeren bir psikolojik iyi olma boyutudur. Yaşamın anlamlı olduğu duygusunu taşımakla birlikte, amaçlarla niyetlere ve bir yön duygusuna sahip olan bireyler aynı zamanda pozitif fonksiyonları olan bireylerdir (Ryff, 1989). Yapılan araştırmalara bakıldığında en üst düzeyde zihinsel fonksiyonla, yaşam amacı arasında çok güçlü bir bağlantı görülmüştür. Amaç duygusuna sahip kişiler yaşamları için anlam bulan, farklı yaşam olaylarına anlam atfeden, yakın ve uzak hedefler oluşturan, olumsuz olaylarla karşılaştığında daha hızlı ve daha uygun şekilde toparlanan ve en yüksek düzeyde olumlu zihinsel fonksiyona sahip olan kişilerdir (Kallay, 2013).

#### **2.6.1.6. Kendini Kabul**

Ryff tarafından olumlu psikolojik fonksiyonun merkezi bir karakteri olarak tanımlanan kendini kabul, kişinin geçmişini ve benliğini memnuniyetle kabul etmesi anlamında kullanılmaktadır (Ryff, 1989). Kişinin kendi sınırlılıklarının farkında olmasıyla beraber şahsına yönelik olumlu tutumlara sahip olması anlamına gelmektedir. Narsistik bir kendini sevme ya da üstünkörü bir özsaygı anlamını değil, kişinin yaşamındaki hayal kırıklıkları ve başarılarıyla barışık olması sonucunda olumlu ve olumsuz özelliklerinin farkındalığıyla özsaygıyı inşa etmesinin derin bir formunu içeren bir boyuttur (Ryff ve ark., 2012).

İyi oluşun ölçülmesi ile ilgili olarak alan yazını incelendiğinde, iyi oluşun gerek hedonik boyutunu gerekse eudaimonik boyutunu ölçen ölçme araçlarının geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Psikolojik iyi oluşu ölçen ölçme araçları için Ryff'in Psikolojik İyi Oluş Ölçeği; öznel iyi oluşu ölçen ölçme araçlarına ise Yaşam Doyumu Ölçeği, Öznel Mutluluk Ölçeği ve Pozitif-Negatif Duygu Ölçeği örnek verilebilir. Bu ölçekler mental iyi oluşun ya hedonik ya da eudaimonik boyutunu ölçmektedirler. Bu yönüyle kavramın bütününe ölçebilecek, hedonik ve eudaimonik boyutların ikisini de içeren bir ölçeğe ihtiyaç duyulmuştur. Tennant ve arkadaşları (2007) Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği'ni (WEMİÖÖ) geliştirmişlerdir. WEMİÖÖ, mental iyi oluşu ölçmek

üzere dizayn edilmiş 14 maddelik, öz-bildirim tarzı bir ölçektir. Ölçek, mental iyi oluşun, hedonik ve eudaimonik boyutlarını içeren pozitif maddelerden oluşmaktadır: iyimserlik, faydalı hissetme, gevşeme, diğer insanlara ilgi, enerjik ve canlı olma, problemlerle başa çıkma, açık-net düşünme, iyi hissetme, diğer insanlara yakın hissetme, özgüven, karar alabilme, sevgi, yeni şeylere ilgi ve neşeli olma. Bu özellikleri itibarıyla, WEMİÖÖ'nün mevcut ölçeklerden farklılaştığı ve pozitif psikoloji araştırmalarında kullanılabileceği düşünülmektedir (Keldal, 2015; Sarı, 2017).

## **2.7. Menstrüel Siklus-Psikososyal Sağlık-İyilik**

Yetişkin olma yolunda, bir geçiş evresi olan ergenlikte gençler, kendi varlıklarını anlamlandırmak için çabalarırken, aynı zamanda hayat şartlarına uyum sağlamakta zorlanabilmektedir (Şahin ve ark., 2014; Uran ve ark., 2017). Bu zorlu sürece menarşın eklenmesiyle birlikte kadınlar, ergenlikte ve gelişim evrelerinde menstrüasyonla ilgili pek çok problem yaşayabilmektedirler. Menstrüel siklus sorunu olan Premenstrüel Sendrom (PMS), genç kızların eğitim performanslarını, duygusal iyi oluşlarını ve kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen yaygın bir problemdir (Adıgüzel ve ark., 2007; Nisar ve ark., 2008; Anandha Lakshmi ve ark., 2011; Direkvand-Moghadam ve ark., 2014; Selçuk ve ark., 2014).

PMS, kadın hayatında derin etkisi olan, psikolojik temel üzerine şekillenen biyolojik ve sosyolojik bir problemdir. PMS, sebep olduğu fiziksel ve ruhsal belirtiler aracılığıyla sadece kadınları değil, ailelerini ve sosyal çevrelerini de olumsuz olarak etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, kadınların premenstrüel dönemde suç işleme, kaza geçirme, intihara teşebbüs ya da psikiyatrik bir hastalık sebebiyle hastaneye yatırılma oranlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir. (Williams ve ark., 2007; Pilver ve ark., 2013). İnsanların yaşamlarında etkisi olabilecek ve PMS ile ilişkisinin muhtemel olduğu, pozitif psikoloji literatüründe yer alan iyilik hali-iyi oluş kavramları ve değişkenlerinin (psikolojik-mental iyi oluş gibi) anlamları ve düzeyleri anlaşıldığı takdirde, PMS için risk faktörü oluşturmasının önlenebileceği ve PMS tedavisinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

## **2.8. PMS Semptomları ile Başetme ve İyilik Düzeyini Geliştirmede Hemşirenin Rolü**

Premenstrüel şikayetler sadece kişiyi değil toplumu ve ailesini de ilgilendirmektedir. Birinci basamakta çalışan sağlık profesyonelleri premenstrüel sendromun tanısı ve

tedavi planının uygulanmasında anahtar rol oynamaktadır. Bu yüzden sağlık profesyonelleri PMS' nin farkında olmalı ve tedavi yaklaşımı konusunda bilgi sahibi olmalıdır. (RCOG)

Hemşire, premenstrüel şikayetlerin tanınması, önlenmesi, azaltılması ya da başarılı tedavisi için kilit kişidir. Premenstrüel şikayetleri deneyimleyen kadın ve ailesinin bakımında biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımla rol alabilecek ve sorunlara danışmanlık yaparak çözüm getirebilecek konumdadır. Semptomların kişiye özel olması nedeni ile ancak semptomların doğru belirlenmesiyle tanı koymak mümkün olacaktır. PMS'yi tanılamada çok iyi bir anamnez alınması gerekir (Demir, 2006).

Hemşire PMS semptomları ile baş etmek için bireysel ve grup danışmanlığı yapabilir. Hafif vakalar cesaret verici konuşmalara bile cevap verebilir. Hastaya durumu açıklanmalı, ilerlemeyen ve hayatını tehdit etmeyen bir hastalığının olduğu ve kendisinin hiçbir şekilde dengesiz olmadığı anlatılmalıdır (Taşkın, 2014). Hemşire, PMS ile ilgili araştırmalarda sahip olduğu önemli rolü kullanarak kadınların PMS'nin etkilerini doğru anlamalarını sağlayabilir (Taylor ve ark 2008). PMS sendromu ile baş etmede eğitimin büyük bir yeri vardır. Kadınlara menstrüasyon fizyolojisi ve psikolojisini öğretebilir, menstrüasyonun normal kadınlık fonksiyonlarından birisi olduğuna dair eğitim vererek menstrüel siklusla ilgili yanlış inanç ve düşünceleri giderebilir (Şirin ve Kavlak, 2016). Kadın ve ailesinin eğitilmesi, yaşam biçimi, iş ve aile ilişkilerinde, beslenme alışkanlıklarında, stresle başa çıkma yollarında değişiklik konusunda hemşirenin yapacakları önemlidir. Kafein ve sodyumdan fakir ve doğal diüretikleri içeren dengeli diyet, belirtileri hafifletebileceği için önerilmektedir. Egzersiz ve vitaminler de çoğu kez önerilmektedir (Taşkın, 2014).

Gevşeme egzersizleri hem stres ile hem de PMS' nin semptomları ile baş etmede önemlidir. Bu ölçüde sağlık profesyonelleri, kadınlara solunum egzersizlerini, gevşeme egzersizlerini, meditasyon egzersizlerini, banyo yapmayı, hobi ile uğraşmayı, yogayı, masajı, yeterli ve düzenli uykuyu tavsiye edebilir (Dickerson ve ark., 2003; Bertone-Johnson ve ark., 2008) Sigara içmek PMS bulgularını artırmaktadır (Kaya ve Gölbaşı, 2016) bu yüzden sigara içimi azaltılmalı ya da bırakılmalıdır. PMS kadının yaşam kalitesini, ruh sağlığını ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Premenstrüel şikayetlerin azaltılmasında ve önlenmesinde kadınların kendi bakımına

katılmalarını sağlamak, bu sorumluluğu alarak yaşamlarında değişiklik yapmaları konusunda kadınları desteklemek gerekmektedir (Yazıcı, 2014).



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

Bu bölümde araştırmanın şekli, araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırmanın uygulanması ve verilerin değerlendirilmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, üniversite öğrencisi genç kızlarda Premenstrüel Sendrom ile mental iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 15 Mart-31 Nisan 2018 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Araştırma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi kampüsünde yer alan Gençlik ve Spor Daire Başkanlığı bünyesinde hizmet veren Kredi Yurtlar Kurumuna bağlı kız öğrencilerin bulunduğu yurtlarda yapılmıştır. 1974 yılında Tıp Fakültesi ile eğitime başlayan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, 17 Fakülte, 4 Enstitü, 1 devlet konservatuarı, 5 Yüksekokul, 14 Meslek Yüksekokulu, 26 Araştırma Merkezi, 1050 yataklı 1 Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 1908 akademik personel, 2853 idari personel, 52.026 öğrenci ile hizmet vermektedir (cumhuriyet.edu.tr).

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde öğrenim gören ve üniversite kampüsü içindeki Gençlik ve Spor Bakanlığı bünyesinde hizmet veren Kredi Yurtlar Kurumuna bağlı 4 kız öğrenci yurdunda kalan toplam 5468 kız öğrenci oluşturmuştur. Örneklem evrenin bilindiği durumlarda kullanılan formül aracılığı ile hesaplanmış ve 359 olarak bulunmuştur ( $N=5468$ ,  $t=1.96$ ,  $p=0.50$ ,  $q=0.50$ ,  $d=0.05$ ). Her bir kız öğrenci yurdu bir tabaka olarak kabul edilmiş ve tabaka ağırlığına göre belirlenen sayıda öğrenci örnekleme alınmıştır. Araştırmacı her bir kız öğrenci yurduna iki-üç kez kendisi gitmiş, her gidişte üç-dört saat kalmıştır. Kafeterya, yemekhane ve dinlenme alanlarında görüştüğü gönüllü öğrencilere açıklama yapıp yanlarında durarak ve gerektiğinde sorularını yanıtlayarak veri toplama araçlarının doldurulmasını sağlamıştır. Kız öğrenci yurtları, evren ve örnekleme alınan öğrenci sayıları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1.** Öğrencilerin Kız Öğrenci Yurtlarına Göre Dağılımı.

<b>Kız Öğrenci Yurtları</b>	<b>Evren / Örneklem Alınacak Öğrenci Sayısı</b>
Hatice-Tül Kübra Öğrenci Yurdu	1116/73
4 Eylül Kız Öğrenci Yurdu	1422/93
Sancaktar Kız Öğrenci Yurdu	1546/102
Emine Nazikeda Öğrenci Yurdu	1384/91
Toplam	5468/359

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar;

- Bireysel Özellikler Formu (EK-1)
- Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) (EK-2)
- Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMIOÖ) (EK-3)

#### **3.4.1. Bireysel Özellikler Formu**

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, aile biçimi vb.), sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri (öğün sayısı, kahvaltı, sigara, alkol, egzersiz alışkanlıkları) ve adet dönemiyle ilgili özellikleri (İlk adet yaşı, adet olmaya yönelik tutumu vb.) ile ilgili bilgiler edinmeye yönelik 26 sorudan oluşmaktadır. Formda bulunan soruların 7'si açık uçlu ve 19'u ise kapalı uçlu sorudur.

#### **3.4.2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)**

PMSÖ'nün DSM-III ve DSM-IV-TR temel alınarak, geçerlik ve güvenilirliği Gençdoğan (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını saptamak amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0.75' tir. PMSÖ, 44 maddelik, beş dereceli (1-Hiç, 2-Çok az, 3-Bazen, 4-Sık sık, 5-Sürekli) likert tipi bir ölçektir ve yanıtlanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir (Gençdoğan, 2006). PMSÖ'nin uygulanmasında ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği gibi, madde okunduktan sonra bu durumun “adetten bir hafta



önceki süre içinde olma” durumuna göre ilgili maddenin sağındaki dereceler dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır.

Ölçeğin puanlamasında ,

“Hiç” seçeneği 1 puan

“Çok az” seçeneği 2 puan

“Bazen” seçeneği 3 puan

“Sık sık” seçeneği 4 puan ve

“Sürekli” seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

PMSÖ, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik olmak üzere dokuz boyut içermektedir. Ölçeğin toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlarından alınan puanların toplamından oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220’ dir. Puan yükseldikçe premenstrüel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir.

PMSÖ sonuçları değerlendirilirken, toplam ve alt ölçek puanlarından alınabilecek en yüksek puanın % 50’ sini geçme durumuna göre PMS varlığı değerlendirilmektedir. Toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220 olup bunun % 50’ si 110 puandır. Bu nedenle 111 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS var demektir. Diğer bir yol ise, toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220, en düşük 44’ tür.  $220-44=176$ . Bu değerın % 50’ si 88’ dir. Bunu en düşük puan olan 44’ e eklenirse,  $44+88=132$  kritik değeri bulunur. Böylece kesme noktası olarak 133 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS var demektir. Birinci yolda biraz daha düşük değerlerle değerlendirme işlemi yapılırken, ikinci yolda tam kesme noktası ile değerlendirme yapılabilir. Yalnız bu kesme noktaları tamamen teoriktir (Gençdoğan, 2006).

### **3.4.3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)**

WEMİÖÖ, Tennant ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiştir. Öz bildirim dayalı bir ölçek olan WEMİÖÖ, mental iyi oluşu ölçmek üzere dizayn edilmiş 14 pozitif maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler; iyimserlik, faydalı hissetme, gevşeme, diğer insanlara ilgi, enerjik ve canlı olma, problemlerle başa çıkma, açık-net düşünme, iyi hissetme, diğer insanlara yakın hissetme, özgüven, karar alabilme, sevgi, yeni şeylere

ilgi ve neşeli değildir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Keldal (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek üzere açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Ölçek maddelerin faktör yük değerleri .55 ile .82 arasında bulunmuştur. Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğini ortaya koymak üzere ise Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu (OMÖ-KF), Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ), Kişisel İyi Oluş İndeksi Yetişkin Formu (KİOİ-YF), Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİYÖ), Depresyon Mutluluk Ölçeği Kısa Formu (DMÖ-KF) ve Öznel Mutluluk Ölçeği (ÖMÖ) ile korelasyonlarına bakılmıştır ve WEMİÖ ile diğer tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için ise Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısına ve bileşik güvenilirliğe bakılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı .92 bulunmuştur. Bileşik güvenilirlik için .92 bulgusuna ulaşılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda elde edilen bulgular ölçeğin, bireylerin mental iyi oluş düzeylerini ölçmede geçerli ve güvenilir olduğunu ortaya koymuştur. Beşli likert tipinde (1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Biraz katılıyorum, 4-Katılıyorum, 5-Tamamen katılıyorum) bir cevaplama anahtarına sahip olan ölçeğin yanıtlanması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Ölçekten en düşük 14 puan ve en yüksek 70 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek mental (psikolojik) iyi oluşa işaret etmektedir (Keldal, 2015).

### **3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce Bireysel Özellikler Formu'nun son hali örneklem kapsamında olmayan 20 kız öğrenciye uygulanarak anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Formun ilk halindeki “menstrüasyon” kavramı “adet” olarak değiştirilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmacı, kız öğrenciler ile bireysel olarak görüşerek araştırma ile ilgili bilgi vermiştir. Çalışmaya katılmak için gönüllü olduğuna dair yazılı ve sözlü onam veren kız öğrencilere veri toplama formları verilmiş ve bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır. Öğrencilerden kimlik bilgilerini yazmaksızın formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine uygun olduğu şekilde doldurup geri vermeleri istenmiştir. Formların uygulanması 15-20 dakika, verilerin toplanması yaklaşık üç hafta sürmüştür.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulama sürecinden önce, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Ek-4), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu M¼d¼rl¼ę¼ uygulama izni (Ek-5) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak t¼m ¼ęrenciler; yapılacak olan araştırmaya y¼nelik bilgilendirilmiş, s¼zl¼ ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere formlar ¼zerine kimlik bilgilerinin yazılmayacağı ve verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin normal olup olmadığı Kolmogorov-Simironov testi, ¼ęrencilerin bireysel ¼zellikleri ve PMS¼ puanlarının dağılımı sayı, y¼zde ve ortalama hesabı ile belirlenmiştir. ¼ęrencilerin bireysel ¼zelliklerine g¼re PMS g¼r¼lme durumu karşılaştırılırken sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testi, ikiden fazla gruplu karşılaştırmalarda bağımsız iki grup için Mann Whitney-U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Yanılma d¼zeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma eğitim d¼zeyi y¼ksek kadınları kapsadığı, geneli kapsamadığı için bu gruba ¼zel tanımlamalar yapılmıştır. Daha farklı ve geneli kapsayan gruplarla yeni çalışmalar yapılmasının literat¼re katkı sağlayacağı s¼ylenebilir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 2.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
<b>Yaş</b>		
17-20	153	42.7
21-24	199	55.4
25 ve Üzeri	7	1.9
Yaş Ortalaması: 20.96 (SD=1.57) Min:17, Max:28		
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	281	78.3
Geniş	69	19.2
Parçalanmış	9	2.5
<b>Okuduğu Bölüm</b>		
Sağlık	94	26.2
Sosyal	71	19.8
Fen ve Mühendislik	194	54.0
<b>Sınıf</b>		
Hazırlık	13	3.6
1.Sınıf	78	21.6
2.Sınıf	81	22.6
3.Sınıf	114	31.8
4.Sınıf	66	18.4
5.Sınıf	6	1.7
6.Sınıf	1	.3
<b>Bölümünü İsteyerek Seçme Durumu</b>		
Hayır	86	24.0
Evet	273	76.0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Hayır	353	98.3
Evet	6	1.7
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>		
Çok Kötü	6	1.7
Kötü	22	6.1
Orta	274	76.3
İyi	55	15.3
Çok İyi	2	.6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Yok	94	26.2
Var	265	73.8
<b>Anne Eğitimi</b>		
Okur Yazar değil	55	15.4
Okur Yazar	31	8.6
İlkokul	177	49.3
Ortaokul	70	19.5
Lise	23	6.4
Üniversite	3	.8
<b>Anne Çalışma Durumu</b>		
Hayır	324	90.3
Evet	35	9.7

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının  $20.96 \pm 1.57$  (Min:17, Max:28) olup, %55.4’ünün 21-24 yaş grubunda, %78.3’ünün çekirdek aile tipine sahip olduğu, %54’ünün fen ve mühendislik bölümünde, %31.8’inin üçüncü sınıfta okuduğu, %76’ sının bölümünü isteyerek seçtiği, %98.3’ünün çalışmadığı, %76.3’ünün algılanan gelir durumunun orta, %73.8’inin sosyal güvencesinin var, %49.3’ünün annesinin ilkokul mezunu olduğu ve %90.3’ünün annesinin çalışmadığı belirlenmiştir.



**Tablo 3.** Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
<b>Tanılanmış Fiziksel Kronik Hastalık</b>		
Yok	331	92.2
Var	28	7.8
<b>Tanılanmış Ruhsal Hastalık</b>		
Yok	356	99.2
Var	3	0.8
<b>Öğün Sayısı</b>		
1	4	1.2
2	175	48.7
3	157	43.7
4	17	4.7
5	6	1.7
Öğün Sayısı Ortalaması: 2.57 (SD= .70) Min:1, Max:5		
<b>Düzenli Kahvaltı Yapma Durumu</b>		
Hayır	107	29.8
Evet	252	70.2
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Hiç	90	25.1
Arada Bir	248	69.1
Düzenli	21	5.8
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
Hiç	273	76.0
Her gün en az bir tane	27	7.6
Her gün değil ama ara sıra	40	11.1
Bırakmış	19	5.3
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Hiç	331	92.2
Bazen	28	7.8

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumu ve sağlık davranışlarına göre dağılımı Tablo 3’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %92.2’sinin tanılanmış fiziksel, kronik %99.2’sinin tanılanmış ruhsal hastalığının olmadığı, öğün sayısı ortalamasının 2.57±.70 (Min:1, Max:5) olduğu, %48.7’sinin günde 2 öğün beslendiği, %70.2’sinin düzenli kahvaltı, %69.1’inin arada bir egzersiz yaptığı, %76’sının hiç sigara içmediği ve %92.2’sinin hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4. Öğrencilerin Menstrüel Siklus Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler	n	%
<b>Menarş Yaşı</b>		
9-12	91	25.3
13-16	262	73.0
17 ve Üzeri	6	1.7
Menarş Yaş Ortalaması: 13.36 (SD=1.31) Min:9, Max:18		
<b>İlk Menstrüasyonda Yaşanan Duygular*</b>		
Şaşkınlık	152	42.3
Panik	146	40.7
Korku	112	31.2
Heyecan	80	22.3
Üzüntü	51	14.2
Sevinç	20	5.6
Diğer	14	3.9
Öfke	12	3.3
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Tutum</b>		
Çok Olumsuz	18	5.0
Olumsuz	55	15.3
Nötr	128	35.7
Olumlu	124	34.5
Çok Olumlu	34	9.5
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Yüklenen Anlam</b>		
Olumsuz**	124	34.5
Nötr***	33	9.2
Olumlu****	202	56.3
<b>Düzenli Menstrüasyon Olma Durumu</b>		
Evet	256	71.3
Hayır	103	28.7
Menstrüasyon süre ortalaması: 5.77 (SD: 1.26) Min:1.5 , Max:10		
<b>Menstrüasyon Döneminde Ağrı Düzeyi</b>		
Yok	29	8.1
Hafif	65	18.1
Orta	103	28.7
Şiddetli	112	31.2
Çok Şiddetli	50	13.9
<b>Menstrüasyonun Sosyal Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu</b>		
Her Zaman	40	11.2
Sık sık	63	17.5
Bazen	146	40.7
Nadiren	74	20.6
Hiç	36	10.0
<b>Menstrüasyonun okul yaşamını olumsuz etkileme durumu</b>		
Her Zaman	29	8.1
Sık Sık	54	15.1
Bazen	125	34.8
Nadiren	97	27.0
Hiç	54	15.0

\* Birden fazla yanıt vardır. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

\*\* Acı, ağrı, kirlenmek vb. kelimeler olumsuz kabul edilmiştir.

\*\*\* Nötürüm, nötr, hiçbirşey vb. kelimeler nötr kabul edilmiştir.

\*\*\*\*Rahatlama, mutluluk, hafifleme vb. kelimeler olumlu kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin menstrüel siklus özelliklerine göre dağılımı Tablo 4’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin menarş yaş ortalamasının  $13.36 \pm 1.31$  (Min:9, Max:18) olup, %73’ünün 13-16 yaş grubunda menarş olduğu, %42.3’ünün ilk menstrüasyonda şaşkınlık duygusu yaşadığı, %35.7’sinin menstrüasyon olmaya yönelik tutumunun nötr, %56.3’ünün menstrüasyon olmaya yönelik yüklediği anlamın olumlu olduğu, menstrüasyon süre ortalamasının  $5.77 \pm 1.26$  (Min:1.5, Max:10) olup, %71.3’ünün düzenli menstrüasyon olduğu, %31.2’sinin menstrüasyon döneminde şiddetli ağrı yaşadığı, %40.7’sinin menstrüasyonunun sosyal yaşamını bazen olumsuz etkilediği, %34.8’inin menstrüasyonunun okul yaşamını bazen olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

**Tablo 5.** Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalaması

<b>PMSÖ alt boyutları</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SD</b>
Depresif Duygulanım	7	35	20.14	7.17
Anksiyete	7	35	15.32	6.35
Yorgunluk	6	30	18.22	6.06
Sinirlilik	5	25	14.73	5.93
Depresif Düşünceler	7	35	16.68	7.20
Ağrı	3	15	8.64	3.42
İştah Değişimleri	3	15	9.50	3.68
Uyku Değişimleri	3	15	8.15	3.61
Şişkinlik	3	15	9.24	3.98
Toplam PMSÖ	42	205	111.15	34.67

Araştırmaya katılan öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalaması Tablo 4’de gösterilmiştir. Buna göre depresif duygulanım puan ortalamasının  $20.14 \pm 7.17$ , anksiyete puan ortalamasının  $15.32 \pm 6.35$ , yorgunluk puan ortalamasının  $18.22 \pm 6.06$ , sinirlilik puan ortalamasının  $14.73 \pm 5.93$ , depresif düşünceler puan ortalamasının  $16.68 \pm 7.20$ , ağrı puan ortalamasının  $8.64 \pm 3.42$ , iştah değişimleri puan ortalamasının  $9.50 \pm 3.68$ , uyku değişimleri puan ortalamasının  $8.15 \pm 3.61$ , şişkinlik puan ortalamasının  $9.24 \pm 3.98$  olduğu ve toplam PMSÖ puan ortalamasının  $111.15 \pm 34.67$  olduğu bulunmuştur.



**Tablo 6.** Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Görülme Durumu ve Premenstrüel Sendrom Kapsamında Yaşanan Belirtilere Göre Dağılımı

PMS ve Alt Boyutlarda Yaşanan Belirtiler	Var		Yok	
	n	%	n	%
PMS	179	49.9	180	50.1
Depresif Duygulanım	244	68.0	115	32.0
Anksiyete	127	35.4	232	64.6
Yorgunluk	243	67.7	116	32.3
Sinirlilik	224	62.4	135	37.6
Depresif Düşünceler	153	42.6	206	57.4
Ağrı	207	57.7	152	42.3
İştah Değişimleri	242	67.4	117	32.6
Uyku Değişimleri	183	51.0	176	49.0
Şişkinlik	229	63.8	130	36.2

Araştırmaya katılan öğrencilerin Premenstrüel Sendrom görülme durumu ve Premenstrüel Sendrom kapsamında yaşanan belirtilere göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre öğrencilerin %49.9'u PMS yaşamaktadır. Yaşanan premenstrüel semptomlar incelendiğinde, öğrencilerin; %68'inde depresif duygulanım, %67.7'sinde yorgunluk, %67.4'ünde iştah değişimleri, %63.8'inde şişkinlik, %62.4'ünde sinirlilik, %57.7'sinde ağrı, %51'inde uyku değişimleri, %42.6'sında depresif düşünceler ve %35.4'ünde anksiyete olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 7.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Premenstrüel Sendrom Yaşama Durumunun Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	PMS				x <sup>2</sup> /p
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>					
20 Yaş ve Altı	68	44.4	85	55.6	3.129/0.077
21 Yaş ve Üzeri	111	53.9	95	46.1	
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek	134	47.7	147	52.3	2.463/0.292
Geniş	40	58.0	29	42.0	
Parçalanmış	5	55.6	4	44.4	
<b>Okuduğu Bölüm</b>					
Sağlık	37	39.4	57	60.6	5.93/0.051
Sosyal	36	50.7	35	49.3	
Fen ve Mühendislik	106	54.6	88	45.4	
<b>Bölümünü İsteyerek Seçme Durumu</b>					
Hayır	54	62.8	32	37.2	7.563/0.006
Evet	125	45.8	148	54.2	
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>					
Kötü	18	64.3	10	35.7	3.157/0.206
Orta	136	69.6	138	50.4	
İyi	25	43.9	32	56.1	
<b>Sosyal Güvence</b>					
Var	125	47.2	140	52.8	2.931/0.087
Yok	54	57.4	40	42.6	
<b>Anne Eğitimi</b>					
İlkokul ve Altı	134	51.0	129	49.0	0.467/0.494
Ortaokul ve Üzeri	45	46.9	51	53.1	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>					
Hayır	160	49.4	164	50.6	0.304/0.582
Evet	19	54.3	16	45.7	

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumunun dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir. Öğrencilerin yaş, aile tipi, okuduğu bölüm, algılanan gelir durumu, sosyal güvence, anne eğitimi ve anne çalışma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümü isteyerek seçme özelliğine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur

( $p < 0.05$ ). Buna göre bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin %45.8'i PMS yaşarken, isteyerek seçmeyenlerin %62.8'i PMS yaşamaktadır.

**Tablo 8.** Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Davranışlarına Göre Premenstrüel Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

Sağlık Durumu ve Davranışları	PMS				$\chi^2/p$
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
<b>Tanılanmış Kronik Fiziksel Hastalık</b>					
Var	17	60.7	11	39.3	1.431/0.232
Yok	162	48.9	169	51.1	
<b>Düzenli Kahvaltı Yapma Durumu</b>					
Hayır	72	67.3	35	32.7	18.522/ <b>0.000</b>
Evet	107	42.5	145	57.5	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>					
Yapmayan	50	55.6	40	44.4	1.558/0.212
Yapan	129	48.0	140	52.0	
<b>Sigara İçme Durumu</b>					
Halen İçen	47	70.1	20	29.9	13.563/ <b>0.000</b>
İçmeyen	132	45.2	160	54.8	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>					
Hiç	159	48.0	172	52.0	5.651/ <b>0.017</b>
Bazen	20	71.4	8	28.6	

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre Premenstrüel Sendrom görülme durumunun dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir. Öğrencilerin tanılanmış kronik fiziksel hastalık ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Tabloya göre, düzenli kahvaltı yapmayan öğrencilerin %67.3'ü PMS yaşarken, yapanların %42.5'inin PMS yaşadığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Öğrencilerin sigara içme özelliğine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Buna göre halen sigara içen öğrencilerin %70.1'i PMS yaşarken, içmeyenlerin %45.2'si PMS yaşamaktadır.

Tabloya göre hiç alkol kullanmayan öğrencilerin %48'i PMS yaşarken, bazen kullananların %71.4'ünün PMS yaşadığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 9.** Öğrencilerin Menstrüel Özelliklerine Göre Premenstrüel Sendrom Görülme Durumunun Dağılımı

Menstrüel Özellikler	PMS				$\chi^2/p$
	Var		Yok		
	n	%	n	%	
<b>Menarş Yaşı</b>					
9 ve 12	48	52.7	43	47.3	.406/0.524
13 ve Üzeri	131	48.9	137	51.1	
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Yüklenen Anlam</b>					
Olumlu	89	44.1	113	55.9	9.929/ <b>0.007</b>
Nötr	14	42.4	19	57.6	
Olumsuz	76	61.3	48	38.7	
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Tutum</b>					
Olumsuz	54	74.0	19	26.0	21.373/ <b>0.001</b>
Nötr	57	44.5	71	55.5	
Olumlu	68	43.0	90	57.0	
<b>Düzenli Menstrüasyon Olma Durumu</b>					
Hayır	56	54.4	47	45.6	1.174/0.279
Evet	123	48.0	133	52.0	

Araştırmaya katılan öğrencilerin menstrüel özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom görülme durumunun dağılımı Tablo 9'da gösterilmiştir. Bulgulara göre öğrencilerin menarş yaşı ve düzenli menstrüasyon olma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Öğrencilerin menstrüasyon olmaya yönelik yüklenen anlama göre PMS yaşama durumuna bakıldığında, olumlu anlam yükleyenlerle olumsuz anlam yükleyenler ve nötr

anlam yükleyenlerle olumsuz anlam yükleyen öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Menstrüasyona olmaya yönelik olumlu anlam yükleyenlerle nötr anlam yükleyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Buna göre menstrüasyon olmaya yönelik olumsuz anlam yükleyenlerin %61.3'ü PMS yaşarken, olumlu anlam yükleyenlerin %44.1'i, nötr anlam yükleyenlerin ise %42.4'ü PMS yaşamaktadır.

Tabloya göre, menstrüasyon olmaya yönelik tutumu olumsuz olan öğrencilerin %74'ü PMS yaşarken, olumlu olanların %43'ünün, nötr olanların %44.5'inin PMS yaşadığı ve olumsuz ile nötr, olumsuz ile olumlu tutumu olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ), tutumu olumlu olanlarla nötr olanlar arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 10.** Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması

Sosyodemografik özellikler	WEMİÖÖ X±SD	z-Kw / p
<b>Yaş</b>		
20 Yaş ve Altı	54.13±7.81	1.03* / 0.301
21 Yaş ve Üzeri	54.60±8.68	
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek	54.58±8.45	1.56** / 0.457
Geniş	53.94±7.86	
Parçalanmış	52.33±7.85	
<b>Okuduğu Bölüm</b>		
Sağlık	54.82±7.89	7.25** / <b>0.025</b>
Sosyal	53.67±9.85	
Fen ve Mühendislik	54.45±7.92	
<b>Algılanan Gelir Durumu</b>		
Kötü	52.60±9.06	1.66** / 0.434
Orta	54.47±8.40	
İyi	54.91±7.48	
<b>Anne Eğitimi</b>		
İlkokul ve Altı	54.13±8.11	0.57* / 0.569
Ortaokul ve Üzeri	55.12±8.84	
<b>Bölümünü İsteyerek Seçme Durumu</b>		
Hayır	51.81±9.32	2.64* / <b>0.001</b>
Evet	55.21±7.81	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Hayır	54.32±8.33	1.56* / 0.117
Evet	59.16±6.33	
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	54.75±8.14	1.20* / 0.220
Yok	53.39±8.76	
<b>Anne Çalışma Durumu</b>		
Hayır	54.59±8.08	1.02* / 0.301
Evet	52.57±10.17	

Mann-Whitney U\*  
Kruskal Wallis \*\*

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalaması Tablo 10'da gösterilmiştir. Bulgulara göre öğrencilerin yaş, aile tipi, algılanan gelir durumu, anne eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvence ve anne çalışma durumu özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Tabloya göre sağlık bölümünde okuyan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının  $54.82 \pm 7.89$ , sosyal bölümünde okuyanların  $53.67 \pm 9.85$ , fen ve mühendislik bölümünde okuyanların  $54.45 \pm 7.92$  olup, okunan bölüme göre WEMİÖÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında sağlık ve sosyal gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Sağlık ile fen ve mühendislik, sosyal ile fen ve mühendislik bölümlerinde okuyanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

Öğrencilerin bölümünü isteyerek seçme durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Buna göre bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $55.21 \pm 7.81$ , isteyerek seçmeyenlerin  $51.81 \pm 9.32$  bulunmuştur.

**Tablo 11. Öğrencilerin Sağlık Durumu ve Davranışlarına Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması**

<b>Sağlık Durumu ve Davranışları</b>	<b>WEMİÖÖ X±SD</b>	<b>z / p</b>
<b>Tanılanmış Kronik Fiziksel Hastalık</b>		
Var	53.10±8.90	1.57 / 0.116
Yok	54.51±8.27	
<b>Düzenli Kahvaltı Yapma Durumu</b>		
Hayır	52.50±9.47	2.09 / <b>0.036</b>
Evet	55.20±7.65	
<b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>		
Yapmayan	52.17±8.93	2.74 / <b>0.006</b>
Yapan	55.14±7.97	
<b>Sigara İçme Durumu</b>		
İçmeyen	54.41±8.37	0.13 / 0.892
Halen içen	54.35±8.14	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Hiç	54.22±8.38	1.16 / 0.246
Bazen	56.42±7.37	

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre WEMİÖÖ puan ortalaması Tablo 11’de gösterilmiştir. Bulgulara göre öğrencilerin tanılanmış kronik fiziksel hastalık, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Öğrencilerin düzenli kahvaltı yapma durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Düzenli kahvaltı yapan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $55.20\pm 7.65$ , yapmayan öğrencilerin  $52.50\pm 9.47$  bulunmuştur.

Tabloya göre egzersiz yapan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $55.14\pm 7.97$ , yapmayan öğrencilerin  $52.17\pm 8.93$  olup, gruplar arasındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).





**Tablo 12.** Öğrencilerin Menstrüel Özelliklerine Göre WEMİOÖ Puan Ortalaması

<b>Menstrüel Özellikler</b>	<b>WEMİOÖ X±SD</b>	<b>z-Kw / p</b>
<b>Menarş Yaşı</b>		
9-12	54.50±7.74	0.07* / 0.942
13 ve üzeri	54.36±8.51	
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Yüklenen Anlam</b>		
Olumsuz	52.31±9.73	11.35** / <b>0.003</b>
Nötr	53.63±7.44	
Olumlu	55.80±7.18	
<b>Menstrüasyon Olmaya Yönelik Tutum</b>		
Olumsuz	49.23±10.89	24.74** / <b>0.001</b>
Nötr	55.14±6.16	
Olumlu	56.18±7.51	
<b>Menstrüasyon Döneminde Ağrı Düzeyi</b>		
Yok	56.06±8.75	6.10** / 0.191
Hafif	54.67±6.79	
Orta	54.91±8.74	
Şiddetli	53.25±7.84	
Çok şiddetli	54.60±9.86	
<b>Menstrüasyonun Sosyal Yaşamı Olumsuz Etkileme Durumu</b>		
Her zaman	52.52±9.70	6.84** / 0.144
Sık sık	53.00±8.81	
Bazen	54.60±8.09	
Nadiren	55.12±7.59	
Hiç	56.61±7.69	
<b>Menstrüasyonun Okul Yaşamını Olumsuz Etkileme Durumu</b>		
Her zaman	52.62±10.77	6.54** / 0.162
Sık sık	52.81±8.67	
Bazen	54.14±7.83	
Nadiren	55.39±8.23	
Hiç	55.75±7.49	
<b>Düzenli Menstrüasyon Olma Durumu</b>		
Hayır	53.59±8.47	1.29* / 0.124
Evet	54.72±8.24	

Mann-Whitney U\*  
Kruskal Wallis\*\*

Araştırmaya katılan öğrencilerin menstrüel özelliklerine göre WEMİOÖ puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir. Öğrencilerin menarş yaşı, menstrüasyon döneminde ağrı düzeyi, menstrüasyonun sosyal yaşamı olumsuz etkileme durumu, menstrüasyonun okul yaşamını olumsuz etkileme durumu ve düzenli menstrüasyon olma

durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Öğrencilerin menstrüasyon olmaya yönelik yükledikleri anlama göre WEMİÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, olumlu ile olumsuz, olumlu ile nötr arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Olumsuz anlam yükleyenlerle nötr anlam yükleyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Menstrüasyona olmaya yönelik olumlu anlam yükleyen öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $55.80\pm 7.18$ , olumsuz anlam yükleyenlerin  $52.31\pm 9.73$ , nötr anlam yükleyenlerin  $53.63\pm 7.44$  bulunmuştur.

Tabloya göre, menstrüasyon olmaya yönelik tutumları olumsuz olan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $49.23\pm 10.89$ , olumlu olanların  $56.18\pm 7.51$ , nötr olanların  $55.14\pm 6.16$  olup, olumsuz ile olumlu ve olumsuz ile nötr tutumlar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Menstrüasyon olmaya yönelik tutumları olumlu olan öğrencilerle nötr olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13.** Öğrencilerin PMS ve PMS Semptomlarını Yaşama Durumuna Göre WEMİÖÖ Puan Ortalaması

<b>PMS ve PMS Semptomlarını Yaşama Durumu</b>	<b>WEMİÖÖ X±SD</b>	<b>z / p</b>
<b>PMS</b>		
Yaşayan	52.64± 8.9	3.951 / <b>.001</b>
Yaşamayan	56.14± 7.31	
<b>Depresif Duygulanım</b>		
Yaşayan	53.58± 8.49	2.615 / <b>.009</b>
Yaşamayan	56.13± 7.68	
<b>Anksiyete</b>		
Yaşayan	52.92± 9.13	2.405 / <b>.016</b>
Yaşamayan	55.20± 7.73	
<b>Yorgunluk</b>		
Yaşayan	53.65± 8.42	2.533 / <b>.011</b>
Yaşamayan	55.95± 7.88	
<b>Sinirlilik</b>		
Yaşayan	53.59± 8.16	2.719 / <b>.007</b>
Yaşamayan	55.73± 8.42	
<b>Depresif Düşünceler</b>		
Yaşayan	52.76± 9.06	2.898 / <b>.004</b>
Yaşamayan	55.61± 7.50	
<b>Ağrı</b>		
Yaşayan	53.63± 8.62	1.837 / <b>.066</b>
Yaşamayan	55.44± 7.78	
<b>İştah Değişimleri</b>		
Yaşayan	53.90± 8.34	1.435 / <b>.151</b>
Yaşamayan	55.42± 8.19	
<b>Uyku Değişimleri</b>		
Yaşayan	53.65± 8.49	1.484 / <b>.138</b>
Yaşamayan	55.18± 8.07	
<b>Şişkinlik</b>		
Yaşayan	54.42± 8.52	0.179 / <b>.858</b>
Yaşamayan	54.36± 7.97	

Araştırmaya katılan öğrencilerin PMS ve PMS semptomlarını yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalaması Tablo 13’de gösterilmiştir. Öğrencilerin ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik semptomlarını yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Sonuçlara göre, PMS yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $52.64\pm 8.9$ , yaşamayanların  $56.14\pm 7.31$  olup, gruplar arasındaki bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

PMS alt boyutlarındaki semptomları yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalaması incelendiğinde; Öğrencilerin depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve yorgunluk yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Depresif duygulanım yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $53.58\pm 8.49$  iken, yaşamayanların  $56.13\pm 7.68$ 'dir. Anksiyete yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $52.92\pm 9.13$ , yaşamayanların  $55.20\pm 7.73$ 'dür. Sinirlilik yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $53.59\pm 8.16$ , yaşamayanların  $55.73\pm 8.42$ 'dir. Depresif düşünceler yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $52.76\pm 9.06$ , yaşamayanların  $55.61\pm 7.50$ 'dir. Yorgunluk yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalaması  $53.65\pm 8.42$ , yaşamayanların  $55.95\pm 7.88$ 'dir.

**Tablo 14.** Öğrencilerin PMSÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile WEMİÖÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.

PMSÖ Toplam ve Alt Boyutlar	WEMİÖÖ Puan Ortalaması	
	r	P
Depresif Duygulanım	-.171	<b>0.001</b>
Anksiyete	-.150	<b>0.005</b>
Yorgunluk	-.166	<b>0.002</b>
Sinirlilik	-.126	<b>0.017</b>
Depresif Düşünceler	-.196	<b>0.000</b>
Ağrı	-.106	<b>0.045</b>
İştah Değişimleri	-.067	0.207
Uyku Değişimleri	-.104	<b>0.049</b>
Şişkinlik	-.048	0.364
PMSÖ Toplam	-.181	<b>0.001</b>

Araştırmaya katılan öğrencilerin PMSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile WEMİÖÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon Tablo 14'de gösterilmiştir. Tabloya göre, depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, uyku değişimleri ve PMSÖ toplam puan ortalamaları ile WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişki varken ( $p<0.05$ ) iştah değişimleri ve şişkinlik ile WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Kadın sağlığı toplum sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Kadınların yaşam dönemlerine bakıldığında menarşdan menopoza kadar geçen süre yaşam sürelerinin çok büyük bir dilimini kapsamaktadır. PMS bu uzun süreçte görülen ve sağlık tanımı kapsamında kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileyen önemli bir sorundur (Kırcan ve ark., 2012, Direkvand-Moghadam ve ark., 2014). Özellikle genç kızların özgüvenlerini, okul ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilemektedir (Sule ve Ukvenya, 2007; Ananda Lakshmi ve ark., 2011; Kırcan ve ark., 2012; Oral ve ark., 2012). PMS ergenliğin olumsuz etkilediği ruh sağlığı değişkenleri ile biraraya geldiğinde genç kızlar açısından baş etmesi güç bir probleme dönüşebilmektedir (Choate, 2014).

PMS prevalansı ülkeden ülkeye ve yaş gruplarına göre farklılık gösterebilmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda üreme çağındaki kadınlarda PMS prevalansının %6-85 arasında olduğu görülmektedir (Rizk ve ark., 2006; Sule ve ark., 2007; Chayachinda ve ark., 2008; Nisar ve ark., 2008; Silva ve ark., 2008; Tschudin ve ark., 2010; Sadler ve ark., 2010; Chandraratne ve Gunawardena, 2011; Hamaideh ve ark., 2014). Araştırma sonuçlarımıza göre öğrencilerin %49.9'u PMS yaşamaktadır. Adölesanlarla ve öğrencilerle yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yücel ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada PMS yaygınlığı % 62.5, Elkin'in (2015) %43, Kaya ve Gölbaş'ın (2016) %33, Ölçer ve arkadaşlarının (2017) %55.8, Erbil ve arkadaşlarının (2010) %49.7, Işık ve arkadaşlarının (2016) % 84.5, Tarı Selçuk ve arkadaşlarının (2014) % 50.2 olarak tespit edilmiştir. Yine benzer çalışmalarda; Kısa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında PMS prevelansı %57.4, Aşcı ve arkadaşlarının (2016) % 36.4, Kırcan ve arkadaşlarının (2012) % 60.1, Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2010) % 67.5 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuzun literatür bulgularıyla uyumlu olduğu söylenebilir. Ayrıca tüm bu sonuçlar doğrultusunda PMS'nin genç kadınlar arasında yaygın bir sağlık sorunu olduğu düşünülebilir. Işık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında PMS yüzdesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçların yaşanan bölge, zaman, yer, zaman vb. özelliklere göre değiştii söylenebilir.

Araştırma sonuçlarımıza göre, yaşanan premenstrüel semptomlar incelendiğinde, öğrencilerin; % 68'inde depresif duygulanım, % 67.7'sinde yorgunluk, % 67.4'ünde iştah değişimleri, % 63.8'inde şişkinlik, % 62.4'ünde sinirlilik, % 57.7'sinde ağrı, % 51'inde uyku değişimleri, % 42.6'sında depresif düşünceler ve % 35.4'ünde anksiyete, olduğu görülmektedir.

Elkin (2015) öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin en sık yaşadıkları premenstrüel semptomlar sırasıyla iştah değişimi (%71), ağrı (%60), sinirlilik (%58), uyku değişimi (%56), depresif duygulanım (%54), şişkinlik (%54) ve yorgunluk (%51)'dir. Kaya ve Gölbaşı (2016) öğrencilerle yaptığı çalışmada, öğrencilerin en sık yaşadıkları premenstrüel semptomlar sırasıyla yorgunluk (%46,7), şişkinlik (%45,5), sinirlilik (%43,2) ve ağrı (%37,3)'dir. Yapılan diğer bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar gözlenmektedir (Kısa ve arkadaşlarının, 2012; Erbil ve ark., 2010; Tanrıverdi ve arkadaşlarının, 2010; Tarı Selçuk ve ark., 2014; Aşcı ve arkadaşlarının, 2016; Ölçer ve ark., 2017).

Araştırmamızda öğrencilerin % 31.2'sinin menstrüasyon döneminde şiddetli, %13.9'unun çok şiddetli ağrı yaşadığı saptanmıştır. Kısa ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, öğrencilerin %80.1'inin dismenore ve bu öğrencilerin büyük çoğunluğunun PMS yaşadıkları belirlenmiştir. Nusrat ve arkadaşlarının (2008), Demir ve arkadaşlarının (2006), Özeren ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında dismenore yaşayan kadınların yaşamayanlara göre daha fazla PMS yaşadıkları, Sule ve arkadaşlarının (2007), Oral ve arkadaşlarının (2012), Pınar ve arkadaşlarının (2011), Chandraratne ve Gunawardena'nın (2011) çalışmalarında ise dismenore ve premenstrüel belirtiler arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Japonya'daki çalışmada, öğrencilerin % 85'inde dismenore şikayeti gözlenmiş olup PMS ve PMDB semptomları ile dismenore arasında anlamlı bir korelasyon olduğu belirtilmiştir (Kitamura ve ark., 2012). Kadınların en yaygın PMS semptomlarının belirlenmesi bu semptomların tedavisine yönelik girişimlerin planmasında yol gösterici olabilir (Aşcı ve ark., 2016).

Çalışmamızda öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumunun dağılımı incelendiğinde, yaş gruplarıyla PMS görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da, yaş ile PMS arasında bir ilişki bulunmamıştır (Demir ve ark., 2006; Silva ve ark., 2008; Chandraratne ve Gunawardena, 2011; Özeren ve ark., 2013). Çalışmamızda PMS olan ve olmayan öğrenciler arasında aile tipi, okuduğu bölüm, algılanan gelir durumu, sosyal güvence, anne eğitimi ve anne çalışma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Elde ettiğimiz bulgular üniversitede okuyan genç kadınların öğrenim gördükleri bölüm, gelir düzeyi, anne eğitimi gibi sosyodemografik özelliklerinin PMS

ile ilişkisini inceleyen çalışma bulgularının çoğu ile paraleldir (Kısa ve ark., 2012; Pınar ve ark., 2011; Selçuk ve ark., 2014; Arıöz ve Ege, 2013). Araştırmamızda, öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümü isteyerek seçme özelliğine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Çalışmamızda öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre Premenstrüel Sendrom görülme durumunun dağılımı incelendiğinde, düzenli kahvaltı yapma özelliğine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Çalışmamıza benzer olarak, Akmalı (2017) çalışmasında, beslenme alışkanlıkları ile PMS görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu belirtmiştir ( $p<0.05$ ). PMS görülme sıklığı, her gün beslenme öğününe dikkat ederek sebze, meyve ve protein ağırlıklı gıdalar tüketen kadınlarda, beslenmelerine hiçbir zaman dikkat etmeyen kadınlara oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Karbonhidrat tüketiminin serotonin salınımını artırdığı ve PMS semptomlarını azalttığı düşünülmektedir (Steiner, 2000). Nagata ve arkadaşları (2004) çalışmasında, fazla karbonhidrat tüketenlerde ve aşırı yeme davranışı olanlarda PMS semptomlarının daha fazla görüldüğünü belirtmiştir. Özeren ve arkadaşları (2013) çalışmasında, yeterli miktarda tahıl-baklagil aldığı belirten kadınlarda PDB sıklığının anlamlı olarak az olduğunu ifade etmiştir ( $p<0.05$ ).

Sigara neden olduğu hormon seviyesindeki değişiklikler, plazma D vitamini seviyelerinde azalma gibi pek çok etkiden ötürü PMS etyolojisinde ve semptom şiddetinin artışında sorumlu tutulmaktadır (Bertone-Johnson ve ark., 2008). Çalışmamızda, halen sigara içen öğrencilerde PMS yaygınlığı, sigara içmeyen öğrencilerden yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızla paralel olarak Kaya ve Gölbaşı (2016) öğrencilerle yaptığı çalışmada, sigarayı hiç denemeyen öğrencilerde PMS yaygınlığının, sigarayı deneyen ya da halen içen öğrencilerden düşük olduğunu ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda sigara ve PMS arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Demir ve ark., 2006; Kebapçılar ve ark., 2012; Seedhom ve ark., 2013; Kaya ve Gölbaşı, 2016). Literatürdeki bazı çalışmalarda PMS şiddetini artıran faktörler arasında sigara içiminin de olduğu belirlenmiştir (Erbil ve ark., 2010; Pınar ve Öncel, 2011; Selçuk ve ark., 2014). PMS semptomlarının tedavisi için sigara tüketiminin azaltılması tavsiye edilmektedir (Demir ve ark., 2006; Türkçapar ve Türkçapar, 2011).

Çalışmamızda öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumunun dağılımı incelendiğinde, alkol kullanma özelliğine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Cheng ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada ise, haftada 3 kez ve üzeri alkol tüketen üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ölçer ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında alkol kullananlarda, premenstrüel şikâyetlerin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. PMS tedavisinde, kadınlara alkol ve kafeinden kaçınmaları önerilmektedir fakat bu alışkanlıkların PMS üzerindeki rolleri net değildir (Salamat ve ark., 2007). Çalışmamızdan farklı olarak Bertone-Johnson ve arkadaşları (2009) erişkin yaş grubu kadınlarda yaptığı çalışmada alkol kullanımı ve PMS arasında güçlü bir ilişki olmadığını fakat alkol almaya erken yaşta başlama ve fazla miktarda tüketmenin PMS riskini az da olsa artırdığını ifade etmiştir. Yapılan birçok çalışmada da alkol tüketiminin PMS'ye yatkınlığı artıran bir rolü olmadığı belirtilmiştir (Erbil ve ark. 2010; Tschudin ve ark., 2010; Pinar ve ark., 2011; Aşçı ve ark., 2016; Özeren ve ark., 2013; Selçuk ve ark., 2014).

Çalışmamızda PMS olan ve olmayan öğrenciler arasında tanılanmış kronik fiziksel hastalık ve düzenli egzersiz yapma durumu açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak, Chandraratne ve Gunawerdena (2011) çalışmasında, Sri Lanka'lı adölesanlarda kronik rahatsızlık mevcudiyeti ile PMS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızla paralel olarak Aşçı ve arkadaşları (2016) ve Pinar ve arkadaşları (2011) çalışmasında PMS ile egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Selçuk ve arkadaşları (2014) düzenli spor yapanların PMS puanlarının daha yüksek olduğunu, Seedhom ve arkadaşları (2013) PMS ile fiziksel aktivitenin ilişkili olduğunu bildirmiştir. Dickerson ve arkadaşları (2003) pratik aerobik egzersizlerinin PMS semptomlarını azalttığını, Demir ve arkadaşları (2006) kondüsyon egzersizlerinin, premenstrüel sıvı retansiyonunda etkin bir tedavi olduğunu belirtmiştir. Mevcut çalışma sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Daley (2009) egzersizin etkisini kanıtlamak, daha etkin sonuçlara ulaşabilmek için daha kaliteli çalışmalara ihtiyaç olduğunu bildirmiştir.



Çalışmamızda öğrencilerin menarş yaşı ve düzenli menstrüasyon olma özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Aşçı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da PMS olan ve olmayan öğrenciler arasında menarş yaşı, menstrüasyon süresi ve menstrüel sıklık özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ve literatürde de bu özelliklerin PMS üzerindeki rolünün net olmadığı belirtilmektedir (Selçuk ve ark., 2014; Tolossa ve Bekele, 2014). Çalışmamızdan farklı olarak Demir ve arkadaşları (2006) çalışmasında menarş yaşı 12 ve altında olanlarda PMS'nin daha sık görüldüğü, düzensiz adet görenlerde düzenli adet görenlere göre PMS sıklığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin menstrüasyona yüklediği anlama ve menstrüasyon olmaya yönelik tutum özelliklerine göre PMS yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Demir ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da menstrüasyondan hoşlanmayan, nefret eden kadınlarda PMS, menstrüasyonu doğal karşılayanlara göre daha fazla saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kısa ve arkadaşları (2012), Kırca ve arkadaşları (2012) çalışmasında menstrüasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan öğrencilerin PMS'yi daha çok yaşadığı belirtmiş, Erbil ve arkadaşları (2011) çalışmasında menstrüasyon görmeye ilişkin olumlu duyguları olan kadınlarda PMS görülme oranının daha düşük olduğunu ifade etmiştir. Chayachinda ve arkadaşları (2008) çalışmasında, menstrüasyona karşı olumlu düşüncelere sahip olan hemşirelerdeki PMS gözlenme oranını %5, negatif düşüncelere sahip olanlardaki %65 olarak saptamış ve menstrüasyon tutumuyla PMS gözlenmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Şahin (2012) çalışmasında menstrüasyon dönemine yönelik tutumun PMS sıklığını anlamlı derecede etkilemediğini ifade etmiştir (Şahin, 2012). Çalışmalar incelendiğinde, menstrüasyona yönelik olumsuz düşünce ve tutumların kadınların PMS semptomlarını daha sık yaşamalarına neden olduğu görülmektedir. Bu sonuçta PMS semptomlarını daha fazla yaşayan kadınların menstrüasyona yönelik olumsuz tutum geliştirmelerinin de etkili olabileceğinin değerlendirilmesi, iki yönlü bir ilişki olasılığının gözden kaçırılmaması gerekmektedir.

Çalışmamızda, öğrencilerin okuduğu bölüme göre WEMİÖÖ puan ortalaması incelendiğinde, sağlık ve sosyal gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bu bulgunun, sağlık bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık alanındaki farkındalıklarının yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Öğrencilerin bölümünü isteyerek seçme, düzenli kahvaltı yapma ve egzersiz yapma durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bu bulgular doğrultusunda, yapılan seçimdeki memnuniyetin, düzenli kahvaltı ve egzersiz gibi olumlu sağlık davranışlarına sahip olmanın mental iyi oluş üzerinde pozitif yönde etkili olabileceği düşünülebilir. Literatürde bu konuda yapılan çalışma olmadığı için destekleyici çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Öğrencilerin yaş, aile tipi, algılanan gelir durumu, anne eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvence ve anne çalışma durumu özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Literatürde PMS ve iyilik hali-mental iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak PMS ile yaşam kalitesi, depresyon ve öfke, stres v.b. ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkisine bakılan çalışmaların sonuçları neticesinde, bu kavramlar ile PMS arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. O nedenle sonuçlarımız bu çalışmanın bulgularıyla yorumlanmıştır.

Literatürde, PMS ile yaşam kalitesi, depresyon ve öfke düzeylerinin ilişkisini inceleyen birçok araştırmaya rastlanmıştır. Bu araştırmalara örnek olarak; Korkmaz Çetin ve arkadaşları (2005) çalışmasında, 13-18 yaş grubundaki genç kızlar arasında PMS düzeyinin depresyonla ilişkisini incelemiş, depresyon tanısı alan kızların PMS belirtilerinin şiddetinin, tanı almayan kızlarınkinden anlamlı olarak yüksek olduğunu, ayrıca, depresyon düzeyi yükseldikçe, PMS düzeyinin de anlamlı bir şekilde yükseldiğini ifade etmiştir. Yücel ve arkadaşları (2009) çalışmasında, PMS ve depresyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. PMS'nin depresyon riskini arttırdığı saptanmış ve bu riski azaltmada faydalı olacağı düşünüülerek, PMS'nin adölesan dönemde taranması önerilmektedir.

Akyol ve arkadaşları (2013), PDB tanısı alan ve almayan 18-40 yaşlarındaki kadınlar arasında PMS düzeylerinin öfke boyutlarının düzeyleri ile ilişkisine baktıkları çalışmada, PDB tanısı alan kadınların öfke boyutlarının, almayan kadınlardan anlamlı

olarak yüksek olduğunu ve araştırmaya katılan kadınların PMS düzeyi ile öfke düzeyleri arasında (öfke dışarı boyutu dışında) anlamlı ve pozitif yönlü bir bağlantı olduğunu ifade etmiştir. Eğicioğlu ve arkadaşları (2015) çalışmasında en sık görülen premenstrüel semptomlardan birisi olan öfkeli ruh halinin; bedensel ağrı, canlılık ve mental sağlık puanlarını anlamlı olarak düşürdüğünü belirtmiştir.

Chandraratne ve Gunawardena (2011), yaşam kalitesi ölçeklerini örnek olarak oluşturdukları ölçütü kullanarak yaptıkları çalışmada, PMS'nin öğrencilerin günlük yaşantılarını, sosyal aktivitelerini ve ikili ilişkilerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediğini ve endişe, gerginlik ve kişilerarası çatışmaya yol açarak, yaşam kalitesini düşürdüğünü ifade etmiştir. Uran ve arkadaşları (2016), 13-18 yaşlarındaki öğrencilerle yaptığı çalışmada, PMS düzeyi düşük olan öğrencilerin yaşam kalitelerinin, yüksek olan öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ve PMS düzeyi arttıkça, yaşam kalitesinin de orantılı olarak azaldığını ifade etmiştir. Arıöz ve Ege (2013) çalışmasında, adölesan dönemde PMS'nin yaygın bir sağlık problemi olduğunu ve öğrencilerin yaşam kalitesini etkilediğini belirtmiştir. Kırca ve arkadaşları (2012) öğrencilerle yaptığı çalışmada en sık görülen psikolojik problemlerin sinirlilik, hassaslaşma ve huysuzluk olduğunu, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, vitalite durumu ve sağlığın genel algılanma durumlarının PMS görülen öğrencilerde daha kötü olduğunu tespit etmiş ve Premenstrüel Sendrom'un öğrencilerin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğunu ifade etmiştir. Pınar ve arkadaşları (2011) çalışmasında PMS puan ortalamaları arttıkça genel yaşam kalitesinin azaldığını belirtmiştir. Işık ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında, öğrencilerin PMS bulgularını yaşama durumları ve şiddetine göre PMS ile Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puanları arasındaki farklılığın (ölçeğin emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutu hariç) istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Şahin ve arkadaşları (2014), Nisar ve arkadaşları (2008) çalışmalarında, PMS yaşayan öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının tümünün puan ortalamalarının, yaşamayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmiştir. Al-Batanony ve Al-Nohair (2014) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, PMS yaşayan öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının (fiziksel sağlık alt boyutu hariç) yaşamayan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğunu ifade etmiştir.

Yaşamda karşılaşılan problemler veya karşılanmayan beklentiler neticesinde ortaya çıkan, fiziksel ve ruhsal birçok alanda etkili olan stresin de yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur (Lutsky ve ark. 2004; Moksnes ve Haugan, 2015; Lee and Im, 2016). Bu etki, stres ile PMS arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda da bildirilmiştir. (Lutsky ve ark. 2004; Potter ve ark., 2009; Yamamoto ve ark., 2009). Bu sonuçlar neticesinde, yapılacak çalışmalarda, stresin varlığının ve boyutunun kişilerin yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir faktör olduğu için, göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Ölçer ve arkadaşları (2017) kız öğrencilerde kişilik özelliklerinin premenstrüel şikâyetlere etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kişilik özellikleri açısından “duygusal dengesiz (nörotik) olma” ve “tutarsız olma” kişilik özelliği olanlarda premenstrüel şikâyetlerin de arttığını ifade etmiştir.

Çalışmalar ruh sağlığı değişkenleri ile PMS arasındaki ilişkiye odaklanırken, PMS'nin mi ruh sağlığı değişkenlerini yordadığı yoksa ruh sağlığı değişkenlerinin mi PMS'yi yordadığına yeterince açıklık getirilmediği dikkat çekmektedir (Yücel ve ark., 2009; Kırcan ve ark., 2012; Şahin ve ark., 2014; Öztürk Can ve ark., 2015). Ancak aralarındaki ilişki yadsınamayacak düzeyde anlamlıdır. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, çalışmamıza benzer ve yeni araştırmalar neticesinde, iyilik hali ve mental iyi oluş kavramlarıyla PMS arasındaki ilişkinin de anlamlı olacağı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Üniversite öğrencisi genç kızlarda PMS ile mental-psikolojik iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.96'dır, öğrencilerin %55.4'ü 21-25 yaş grubundadır (Tablo 2).
- Öğrencilerin %78.3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu, %54'ünün fen ve mühendislik bölümünde, %31.8'inin üçüncü sınıfta okuduğu, %76' sının bölümünü isteyerek seçtiği, %98.3'ünün çalışmadığı, %76.3'ünün algılanan gelir durumunun orta, %73.8'inin sosyal güvencesinin var, %49.3'ünün annesinin ilkökul mezunu olduğu ve %90.3'ünün annesinin çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).
- Öğrencilerin %92.2'sinin tanılanmış fiziksel kronik hastalığı olmadığı, %99.2'sinin tanılanmış ruhsal hastalığının olmadığı, öğün sayısı ortalamasının  $2.57 \pm 0.70$  (Min:1, Max:5) olup, %48.7'sinin günde 2 öğün beslendiği, %70.2'sinin düzenli kahvaltı yaptığı, %69.1'inin arada bir egzersiz yaptığı, %76'sının hiç sigara içmediği ve %92.2'sinin hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).
- Öğrencilerin menarş yaş ortalamasının  $13.36 \pm 1.31$  (Min:9, Max:18) olup, %73'ünün 13-16 yaş grubunda menarş olduğu, %42.3'ünün ilk menstrüasyonda şaşkınlık duygusu yaşadığı, %35.7'sinin menstrüasyon olmaya yönelik tutumunun nötr olduğu, %56.3'ünde menstrüasyon olmaya yönelik yüklenen anlamın olumlu olduğu, menstrüasyon süre ortalamasının  $5.77 \pm 1.26$  (Min:1.5, Max:10) olup, %71.3'ünün düzenli menstrüasyon olduğu, %31.2'sinin menstrüasyon döneminde şiddetli ağrı yaşadığı, %40.7'sinin menstrüasyonunun sosyal yaşamını bazen olumsuz etkilediği, %34.8'inin menstrüasyonunun okul yaşamını bazen olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Tablo 4).
- Araştırmaya katılan öğrencilerin depresif duygulanım puan ortalamasının  $20.14 \pm 7.17$ , anksiyete puan ortalamasının  $15.32 \pm 6.35$ , yorgunluk puan ortalamasının  $18.22 \pm 6.06$ , sinirlilik puan ortalamasının  $14.73 \pm 5.93$ , depresif düşünceler puan ortalamasının  $16.68 \pm 7.20$ , ağrı puan ortalamasının  $8.64 \pm 3.42$ ,

iştah değişimleri puan ortalamasının  $9.50\pm 3.68$ , uyku değişimleri puan ortalamasının  $8.15\pm 3.61$ , şişkinlik puan ortalamasının  $9.24\pm 3.98$  olduğu ve toplam PMSÖ puan ortalamasının  $111.15\pm 34.67$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

- Öğrencilerin %49.9'unun PMS yaşadığı, yaşanan premenstrüel semptomlar incelendiğinde, %68'inde depresif duygulanım, %67.7'sinde yorgunluk, %67.4'ünde iştah değişimleri, %63.8'inde şişkinlik, %62.4'ünde sinirlilik, %57.7'sinde ağrı, %51'inde uyku değişimleri, %42.6'sında depresif düşünceler ve %35.4'ünde anksiyete olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).
- Öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümü isteyerek seçme özelliğine göre PMS yaşama durumu incelendiğinde; bölümünü isteyerek seçen öğrencilerin %45.8'i PMS yaşarken, isteyerek seçmeyenlerin %62.8'inin PMS yaşadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). (Tablo 7).
- Öğrencilerin yaş, aile tipi, okuduğu bölüm, algılanan gelir durumu, sosyal güvence, anne eğitimi ve anne çalışma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 7).
- Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre Premenstrüel Sendrom görülme durumu incelendiğinde; düzenli kahvaltı yapmayan öğrencilerin %67.3'ü PMS yaşarken, yapanların %42.5'inin PMS yaşadığı, halen sigara içen öğrencilerin %70.1'i PMS yaşarken, içmeyenlerin %45.2'sinin PMS yaşadığı, hiç alkol kullanmayan öğrencilerin %48'i PMS yaşarken, bazen kullananların %71.4'ünün PMS yaşadığı ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).
- Öğrencilerin tanılanmış kronik fiziksel hastalık ve düzenli egzersiz yapma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8).
- Araştırmaya katılan öğrencilerin menstrüel özelliklerine göre Premenstrüel Sendrom görülme durumu incelendiğinde; Menstrüasyon olmaya yönelik yüklediği anlam olumsuz olan öğrencilerin %61.3'ü PMS yaşarken, olumlu olanların %44.1'i, nötr olanların ise %42.4'ünün PMS yaşadığı tespit edilmiş ve menstrüasyon olmaya yönelik olumlu anlam yükleyen öğrencilerle olumsuz anlam yükleyen öğrenciler ve menstrüasyon olmaya yönelik nötr anlam yükleyen öğrencilerle olumsuz anlam yükleyen öğrenciler arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Menstrüasyon olmaya yönelik tutumu olumsuz olan öğrencilerin %74'ü PMS yaşarken, olumlu olanların %43'ünün, nötr olanların %44.5'inin PMS yaşadığı tespit edilmiş ve menstrüasyon olmaya yönelik tutumu olumsuz olan öğrencilerle olumlu olan öğrenciler ve tutumu olumsuz olan öğrencilerle nötr olan öğrenciler arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 9).

- Öğrencilerin menarş yaşı ve düzenli menstrüasyon olma durumuna göre Premenstrüel Sendrom yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 9).
- Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalaması incelendiğinde; Sosyal bölümünde okuyan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $53.67\pm 9.85$ ), sağlık bölümünde okuyan öğrencilerden ( $54.82\pm 7.89$ ), bölümünü isteyerek seçmeyen öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $51.81\pm 9.32$ ) bölümünü isteyerek seçen öğrencilerden ( $55.21\pm 7.81$ ), düzenli kahvaltı yapmayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $52.50\pm 9.47$ ), düzenli kahvaltı yapan öğrencilerden ( $55.20\pm 7.65$ ) ve egzersiz yapmayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $52.17\pm 8.93$ ), egzersiz yapan öğrencilerden ( $55.14\pm 7.97$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 10).
- Öğrencilerin yaş, aile tipi, algılanan gelir durumu, anne eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvence ve anne çalışma durumu özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 10).
- Öğrencilerin sağlık durumu ve davranışlarına göre WEMİÖÖ puan ortalaması incelendiğinde; Düzenli kahvaltı yapmayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $52.50\pm 9.47$ ), düzenli kahvaltı yapan öğrencilerden ( $55.20\pm 7.65$ ) ve egzersiz yapmayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $52.17\pm 8.93$ ), egzersiz yapan öğrencilerden ( $55.14\pm 7.97$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).
- Öğrencilerin tanılanmış kronik fiziksel hastalık, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

- Araştırmaya katılan öğrencilerin menstrüel özelliklerine göre WEMİÖÖ puan ortalamaları incelendiğinde; Mestrüasyon olmaya yönelik yüklediği anlam olumlu olan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının  $55.80 \pm 7.18$ , olumsuz anlam yükleyenlerin  $52.31 \pm 9.73$ , nötr anlam yükleyenlerin  $53.63 \pm 7.44$  olduğu tespit edilmiş, olumlu anlam yükleyen öğrencilerle olumsuz anlam yükleyen öğrenciler ve olumlu anlam yükleyen öğrencilerle nötr anlam yükleyen öğrenciler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Olumsuz anlam yükleyenlerle nötr anlam yükleyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Menstrüasyon olmaya yönelik tutumları olumsuz olan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının  $49.23 \pm 10.89$ , olumlu olanların  $56.18 \pm 7.51$ , nötr olanların  $55.14 \pm 6.16$  olduğu tespit edilmiş, tutumu olumsuz olan öğrencilerle olumlu olan öğrenciler ve tutumu olumsuz olan öğrencilerle nötr olan öğrenciler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Menstrüasyon olmaya yönelik tutumları olumlu olan öğrencilerle nötr olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 12).
- Öğrencilerin menarş yaşı, menstrüasyon döneminde ağrı düzeyi, menstrüasyonun sosyal yaşamı olumsuz etkileme durumu, menstrüasyonun okul yaşamını olumsuz etkileme durumu ve düzenli menstrüasyon olma durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 12).
- Araştırmaya katılan öğrencilerin PMS ve PMS semptomlarını yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalaması incelendiğinde; PMS yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasının ( $52.64 \pm 8.9$ ), yaşamayanlardan ( $56.14 \pm 7.31$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Yine, PMSÖ alt boyutları içerisinde depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik, depresif düşünceler ve yorgunluk semptomlarını yaşayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamalarının, semptomları yaşamayan öğrencilerin WEMİÖÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 13).
- Öğrencilerin ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik semptomlarını yaşama durumuna göre WEMİÖÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 13).



- Araştırmaya katılan öğrencilerin PMSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile WEMİOÖ puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde; Öğrencilerin PMSÖ alt boyutları olan depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı ve uyku değişimleri puan ortalamaları ile WEMİOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yine, PMSÖ toplam puan ortalaması ile WEMİOÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 14).
- Öğrencilerin PMSÖ alt boyutları olan iştah değişimleri ve şişkinlik puan ortalamaları ile WEMİOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).
- Sonuç olarak bu araştırmada PMS yaygınlığının %49.9, PMS ve mental iyi oluş arasında anlamlı ilişki olduğu, PMS'nin ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik alt boyutları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Üniversite öğrencisi genç kızlarda PMS ile mental iyi oluşluk düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Üniversitelerde iyilik halini artırmaya yönelik programların hazırlanıp uygulanması,
- Adölesan çağdan itibaren kız öğrencilere menstrüel siklus ve PMS konusunda eğitim verilmesi, menstrüasyona yükledikleri anlam ve menstrüasyona yönelik tutumlarının sorgulanması,
- Öğrencilerin, sağlıklı ve düzenli beslenme, egzersiz, sigara ve alkolden kaçınma gibi olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri ve sürdürmeleri için eğitimciler ve sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi,
- PMS'nin yaygın görülen bir problem olması dikkate alınarak eğitim, danışmanlık ve tedavi hizmetlerine yönelik sağlık çalışanları tarafından planlamalar yapılması,
- PMS'nin iyi oluş, yaşam kalitesi ve ruh sağlığı değişkenleri (depresyon, stres, öfke vb.) arasındaki anlamlı ilişkisini dikkate alarak, hemşirenin rol ve

sorumlulukları doğrultusunda PMS ile başetmeye, olumlu davranışları güçlendirmeye yönelik hizmetlerde yer alması, planlamalar yapılması,

- PMS ile mental iyi oluş arasındaki ilişkiyi değerlendiren daha fazla araştırmanın yapılması



## 7. KAYNAKÇA

- Adıgüzel, H., Taşkın, O., Danacı, A.E. (2007). Manisa ilinde Premenstrual Sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2):1-9.
- Ağaoğlu, C. (2012). Cinsiyetleri Farklı Üniversite İkinci Sınıf Öğrencilerinin İyilik Hali Boyutlarına Göre Özyeterlik ve Sürekli Öfkelerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Akın, A. (2008). The scales of psychological well-being: A study of validity and reliability. *Educational Sciences: Theory & Practice*, s.741-750.
- Akmalı, N. (2017). Bursa Çekirge Devlet Hastanesi'nde Çalışan Üreme Çağındaki Kadınların Premenstrual Sendrom (PMS) Prevalansı ve PMS'nin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Akyol, E.S., Arısoy, E.Ö.K., Çayköylü, A. (2013). Anger in women with premenstrual dysphoric disorder: Its relations with premenstrual dysphoric disorder and sociodemographic and clinical variables. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7):850-855.
- Al-Batanony, M., Al-Nohair, S. (2014). Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among university medical students, Al Qassim University. *KSA. Public Health Research*, 4(1):1-6.
- Anandha Lakshmi, S.P.M., Saraswathi, I., Saravanan, A., Ramamchandran, C. (2011). Prevalence of premenstrual syndrome and dysmenorrhoea among fe-male medical students and its association with college absenteeism. *Int J Biol Med Res*, 2:1011-6.
- Ardell, D.B. (2001). Wellness models. *Ardell Wellness Report*, 59(6):4.
- Arıöz, A., Ege, E. (2013). Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. *Genel Tıp Dergisi*, 23(3):63-69.
- Aşçı, Ö., Süt, H.K., Gökdemir, F. (2016). Üniversite öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *DEUHEFED*, 9(3):79-87.

- Atasü, T., Şahmay, S. (2001). Jinekoloji (Kadın Hastalıkları). Nobel Tıp Kitabevleri, 153-168, 521-526.
- Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürgan, T., Önderoğlu, L.S., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitabevleri, 61-81, 851-863.
- Bates, H., Eccles, K. (2008). Wellness curricula to improve the health of children and youth, *A Review and Synthesis of Related Literature*, 1-116.
- Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E., Johnson, S.R., Manson, J.E. (2008). Cigarette smoking and the development of Premenstrual Syndrome. *Am J Epidemiol*, 168(8):938-945.
- Bertone-Johnson, E.R., Hankinson, S.E., Johnson, S.R., Manson, J.E. (2009). Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health (Larchmt)*, 18(12):1945-53.
- Braverman, P.K. (2007). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 20:3-12.
- Chandraratne, N.K., Gunawardena, N.S. (2011). Premenstrual Syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 24(5):304-10.
- Chayachinda, C., Rattanachaiyanont, M., Phattharayuttawat, S. Kooptiwoot, S. (2008). Premenstrual syndrome in Thai nurses. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynaecology*, 29(3):199-205.
- Cheng, S., Shih, C., Yang, Y., Chen, K., Chang, Y., Yang, Y. (2013). Factors associated with premenstrual syndrome-A survey of new female university students. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 29:100-105.
- Choate, L.H. (2014). Adolescent Girls in Distress : A Guide for Mental Health Treatment and Prevention. New York: Springer Publishing Company.
- Cirillo, P.C., Passos, R.B., Bevilacqua, M.C., Lopez, J.R., Nardi, A.E. (2012). Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Braz J Psychiatry*, 34(4):467-79.

- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y. (2010). Williams Obstetrics. Twenty-Third Edition. Nobel Tıp Kitabevleri, 36-45.
- Çiçek, M.N., Mungan, M.T. (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Tıp Kitabevleri, 657-662.
- Çiçek, N., Akyürek, N., Çelik, Ç., Haberal, A. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, 1007-1011.
- Dadkhah, H., Ebrahimi, E., Fathizadeh, N. (2016). Evaluating the effects of vitamin D and vitamin E supplement on premenstrual syndrome: A randomized, double-blind, controlled trial. *Iran Journal of Nursing Midwifery Research*, 21(2):159-164.
- Daley, A. (2009). The role of exercise in the treatment of menstrual disorders: the evidence. *Br J Gen Pract*, 59(561):241-242.
- Daşkan, Z., Taş, G., Sözen, G. (2014). Ödemiş bölgesindeki kadınlarda yaşanan perimenstrual şikayetler ve etkileyen faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2:98-104.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: and introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9:1-11.
- Degges-White, S., Myers, J.E., Adelman, J.U. ve Pastoor, D.D. (2003). Examining counseling needs of headache patients: an exploratory study of wellness and perceived stress. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(4):271-290.
- Demir, B., Algül, L.Y., Güven, E.S.G. (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendromun insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3:262-270.
- Dickerson, L.M., Mazyck, P.J., Hunter, M.H. (2003). Premenstrual Syndrome. *American Family Physician*, 67(8):1743-1752.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3):542-575.
- Diener, E., (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index, *American Psychologist*, 55,(1):34-43.

- Diener, E., Fujita, F., Tay, L., Biswas-Diener, R. (2012). "Purpose, mood, and pleasure in predicting satisfaction judgments. *Social Indicators Research*, 105(3):333-341.
- Diener, E., Nickerson, C., Lucas, R.E., Sandvik, E. (2002). Dispositional affect and job outcomes. *Social Indicators Research*, 59:229-259.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 403-425
- Diener, E., Scollon, C., (2003). Subjective well-being is desirable, but not the summum bonum, University of Minnesota Interdisciplinary Workshop on Well-Being. (October 23-25), Minneapolis.
- Diener, E., Seligman, M.E.P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13:80-83.
- Diener, E., Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money: Toward an economy of wellbeing. *Psychological Science in the Public Interest*, 5:1-31.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L.(1999). Subjective well-being: *Three Decades of Progress Psychological Bulletin*, Vol. 125(2):276-302.
- Dierendonck, D., Dı'az, D., Rodrı'guez-Carvajal, R., Blanco, A., Bernardo Moreno-Jime'nez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being a spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3):473-479.
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., Kaikhavandi, S. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)- A systematic review and meta analysis study. *J Clin Diagn Res.* , 8(2):106-109.
- Doğan, M. (2016). Pozitif Psikoloji Bağlamında Bir Araştırma. Birinci baskı, Çamlıca Yayınları, 207-246.
- Doğan, S., Doğan, N., Can, H., Allaşehirlioğlu, H.V. (2012). Birinci basamakta Premenstrüel Sendroma yaklaşım. Approach to Premenstrual Syndrome in primary health care. *Smyrna Tıp Dergisi*, 90-93.
- Doğan, T. (2004). Üniöersite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. Doktora Tezi.

- Doğan, T. (2006). Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi (H.U. Journal of Education)*, 30:120-129.
- Donaghy, K.B. (1995). Beyond survival: applying wellness interventions in battered women's shelters. *Journal of Mental Health Counseling*, 17(1):3-17.
- Eğicioğlu, H., Coşar, E., Kundak, Z., Pektaş, M., Köken, G. (2015). Premenstrüel Sendromun yaşam kalitesine olan etkileri, sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? *Jinokoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1):10-17.
- Elbashir, N. (2015). Introduction of the research. *J Psychol Clin Psychiatry*, 2(5):00086.
- Elkin, N. (2015). Sağlık Bilimleri Yüksekokulu öğrencilerinde Premenstrual Sendrom görülme sıklığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2):94-110.
- Erbil, N., Karaca, A., Kiriş, T. (2010). Investigation of premenstrual syndrom and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci*, 40(4):565-573.
- Eryılmaz, A. (2013). Pozitif psikolojinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında gelişimsel ve önleyici hizmetler bağlamında kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(1):1-21.
- Eryılmaz, A. (2013). Pozitif psikolojinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında gelişimsel ve önleyici hizmetler bağlamında kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(1):1-19.
- Eryılmaz, A., Ercan, L. (2011). Öznel iyi oluşun cinsiyet, yaş grupları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36):139-151.
- Eun, S., Ju, C., Hee, J., Hui, P., Eun, L., Hee, L., et al. (2013). The relationship between life style, menstrual attitude and Premenstrual Syndrome in nursing students. *Korean J Women Health Nurs*, 19(2):119-28.
- Farahmand, M. , Tehrani, F.R. , Khalili, D. , Amin, G. , Negarandeh, R. (2017). Factors associated with the severity of premenstrual syndrome among Iranian college students. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* Vol. 43, No.11:1726-1731.
- Flora, S., Sellers, M. (2003). ‘Premenstrual Dysphoric Disorder’ and ‘ Premenstrual Syndrome’ myths. *The Skeptical Inquirer*, 27(3):37-42.

- Fowers, B.J. (2008). From continence to virtue: Recovering goodness, character unity, and character types for positive psychology. *Research Article Sage Journals*, s.631.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., Retzlaff, P. J., (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: a measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4:92-101.
- Gençdoğan, B. (2006). Premenstrüel Sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiyede Psikiyatri*, 8(2):82-86.
- Göcen, G. (2013). Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: yetişkinler üzerine bir araştırma. *Toplum Bilimleri*, 7 (13):97-130.
- Greenspoon, P.J., Saklofske, D.H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54:81-108.
- Gümüş Babacan, A., Bayram, N., Can, N., Kader, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde Premenstruel Sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1):32-38.
- Gürkan, U. (2014). Üniversite öğrencilerinin yılmazlık ve iyilik halinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *NWSA-Education Sciences*, 9.1.1C0603.
- Halbreich, U. (2004). The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder-clinical procedures and research perspectives. *Journal Gynecological Endocrinology*, 19(6):320-334.
- Hamaideh, S.H., Al-Ashram S.A., Al-Modallal, H. (2014). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder among Jordanian women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1):60-68.
- Indusekhar, R., Usman B.S., O'brien S. (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2):207-220.
- Işık, H., Ergöl, Ş., Aynioğlu, Ö., Şahbaz, A., Kuzu, A., Uzun, M. (2016). Premenstrual Syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turk J Med Sci*, 46:695-701.



- Ivtzan, I., Chan, C.P.L., Gardner, H.E., Prashar, K. (2013). Linking religion and spirituality with psychological well-being: Examining self actualisation meaning in life and personal growth initiative. *Journal of religion and Health*, 52(3):915-929.
- İlğan, A., Sevinç, Ö.S., Niron, D.G., Kılıç, A., Yumuşak, A. (2015). Lisans öğrencilerinin psikolojik iyilik hallerinin YGS puanları ve çeşitli değişkenler ile ilişkisi, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2):469-486.
- İlhan, T. ve Özbay, Y. (2010). Yaşam amaçlarının ve psikolojik ihtiyaç doyumunun öznel iyi oluş üzerindeki yordayıcı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(32):109-118.
- Johnson, S.R. (2004). Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorders and beyond: A clinical primer for practitioners. *Obstetrics&Gynecology*, 104:845-859.
- Kahyaoğlu Süt, H., Mestoğullari, E. (2016). Effect of Premenstrual Syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Safety and Health at Work*, 7:78-82.
- Kallay, E. (2013). The Investigation of Subjective and Psychological Well-Being in a Sample of Transylvanian Hungarians - Pilot Study, s. 92.
- Kashdan, T.B., Biswas-Diener, R., King, L. (2008). Reconsidering happiness: the costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *Journal of Positive Psychology* 3:219–233.
- Kaya, D., Gölbaşı, Z. (2016). Hemşirelik / Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4):305-311.
- Kebapçılar, A., Taner, C., Başoğul, Ö., Okan, G. (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki Premenstrüel Sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(3):111-14.
- Keldal, G. (2015). Warwick-Edinburg Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe formu: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness&Well-Being*, 3(1):103-115.

- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43:207-222.
- Keyes, C.L., Didingra, S.S., Simoes, E.J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100:2366-2371.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82:1007-1022.
- Kırcan, N., Ergin, F., Adana, F., Arslantaş, H. (2012). Hemşirelik öğrencilerinde Premenstrual Sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1):19-25.
- Kısa, S., Zeyneloğlu, S., Güler, N. (2012). Üniversite öğrencilerinde Premenstrual Sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4):284-97.
- Kızılkaya Beji, N. (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 4-48.
- Kızılkaya Beji, N., Palas Karaca, P. (2015). Premenstrual Sendromunun tanı ve tedavisinde kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 4(3):178-186.
- Kitamura, M., Takeda, T., Koga, S., Nagase, S., Yaegashi, N. (2012). Relationship between premenstrual symptoms and dysmenorrhea in Japanese high school students. *Arch Womens Ment Health*, 15:131-133.
- Korkmaz Çetin, S., Akdeniz, F., Tamar, M. (2005). Depresif bozukluk tanılı genç kızlarda adet öncesi belirti dağılımı ve şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3):145-153.
- Kuyumcu, B. (2012). Türk ve İngiliz üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi oluş, duygusal farkındalık ve duygularını ifade etmelerinin ülke ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmesi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(2):1-24.
- Lee, Y., Im, E.O. (2016). Stress and premenstrual symptoms in reproductive-aged women. *Health Care for Women International*, 37(6):646-670.

- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y., Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science*, 15:8-13.
- Lustky, M. K., Widman, L., Paschane, A., & Ecker, E. (2004). Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health*, 39(3):5-44.
- Lyubomirsky, S., King, L., Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131:803-855.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K.M., Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9:111-131.
- Martin, M.W. (2007). Happiness and Virtue in Positive Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 37:1, 89-103.
- Memnun, S. (2006). Algılanan Esenlik Ölçeğinin(Perceived Wellness Scale) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Esenlik Algıları. Yüksek Lisans Tezi.
- Miyaoka, Y., Akimoto, Y., Ueda, K., Ujiie, Y., Kametani, M., Uchiide, Y., Kamo, T. (2011). Fulfillment of the premenstrual dysphoric disorder criteria confirmed using a self-rating questionnaire among Japanese women with depressive disorders. *Bio psychosoc Med*, 5:5.
- Moksnes, U.K., Haugan, G. (2015). Stressor experience negatively affects life satisfaction in adolescents: The positive role of sense of coherence. *Quality Of Life Research*, 24(10):2473-2481.
- Murray S.S., McKinney, E.S. (2010). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 5th Edition, Sounderds Elsevier; p. 907-909.
- Myers, D.G., Diener, E. (1995). WHO IS HAPPY? *Psychological Science*, 6(1):10-19.
- Myers, J. E. (1992). Wellness, prevention, development: The cornerstone of the profession. *Journal of Counseling and Development*, 71:136-139.
- Myers, J. E., Sweeney, T. J. ve Witmer, J. M. (2000). The wheel of wellness counseling for weinness: a holistic model for treatmentplanning. *Journal of Counseling and Development*, 78(3):251-266.

- Nagata, C., Hirokawa, K., Shimizu, N., Hiroyuki, S. (2004). Soy, fat and other dietary factors in relation to premenstrual symptoms in Japanese. *an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111:594-599.
- Nisar, N., Zehra, N., Haider, G., Munir, A., Sohoo, N. (2008). Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 18(8):481-84.
- Oğur, P. (2004). Premenstrual Sendromun Meslek ve Eğitim Düzeyi İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi.
- Oral, E., Kirkan, T.S., Yazıcı, E., Güleç, M., Cansever, Z., Aydın, N. (2012). Premenstrual symptom severity, dysmenorrhea, and school performance in medical students. *Journal of Mood Disorders* 2(4):143-152.
- Owen, K.F., Öğretmen, T. (2013). Beş faktörlü iyilik hali ölçeği-ergen formu: Türk ergenler. *İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1):53-73.
- Ölçer, Z., Bakır, N., Aslan, E. (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikayetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1):30-37.
- Özeren, A., Atila, D., Helvacı, M. (2013). Hastane çalışanlarında Premenstrüel Sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 23(1):25-33.
- Öztürk Can, H., Baykal Akmeşe, Z., Durmuş, B. (2015). Sınıf öğretmenlerinde Premenstrüel Sendrom görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke tarzları arasındaki ilişki. *NWSA-Life Sciences*, 10(1):1-13.
- Öztürk, S., Tanrıverdi, D. (2010). Premenstrual Sendrom ve başatme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3):57-61.
- Parker, P.D. (1993). Premenstrual Syndrome. *American Family Physician*, 50(6):1309-17.
- Pearlstein, T., Steiner, M. (2008). Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J. Psychiatry Neurosci*, 33(4):291-301.
- Pérez-López, F.R., Chedraui, P., Pérez-Roncero, G., López-Baena, M.T., Cuadros-López, J.L. (2009). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric

- Disorder: Symptoms and cluster influences. *The Open Psychiatry Journal*, 3:39-49.
- Pınar, A., Öncel, S. (2011). 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 21(4):227-37.
- Pınar, G., Çolak, M., Öksüz, E. (2011). Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual Reproductive Healthcare*, 2(1):21-7.
- Pilver, C.E., Libby, D.J., Hoff, R.A. (2013). Premenstrual Dysphoric Disorder as a correlate of suicidal ideation, plans, and attempts among a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(3):437-46.
- Potter, J., Bouyer, J., Trussell, J., Moreau, C. (2009). Premenstrual Syndrome prevalence and fluctuation over time: Results from a French population-based survey. *Journal of Women's Health*, 18(1):31-39.
- RCOG Green Top Guideline No 48. In: Panay N, ed. The management of premenstrual syndrome, www.rcog.org.uk; Dec 2007
- Rizk, D.E., Mosallam, M., Alyan, S., Nagelkerke, N. (2006). Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent school girls in the United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(5):589-98.
- Ryan, R. M., Deci, E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25:54-67.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1):141-166.
- Ryan, R.M., Huta, M., Deci, E.D. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9(1):139-170.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6):1069-1081.
- Ryff, C.D. , Singer, B. (2006). Know thyself and become what are you : a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9:3-39.

- Ryff, C.D., Friedman, E.M., Morozink, J.A., Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1):73-92.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M., (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:719–727.
- Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9:13-39.
- Sadler, C., Smith, H., Hammond, J., Bayly, R., Borland, S., Panay, N., Crook, D., Inskip, H. (2010). Lifestyle factors, hormonal contraceptives and premenstrual symptoms: The United Kingdom Southampton Women's Survey. *Journal of Women's Health*, 19(3):391-396.
- Salamat, S., Ismail, M.K.K., O'Brien, S. (2007). Premenstrual Syndrome. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 18(2):29-32.
- Sarı, T., Yıldırım, M. (2017). Pozitif bir karakter gücü olarak şükür: Mental iyi oluş ve bazı demografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi. *International Journal of Social Science*, 62:13-32.
- Seedhom, A., Mohammed, E., Mahfouz, E. (2013). Life style factors associated with premenstrual syndrome among el-minia university students, Egypt. *Hindawi Publishing Corporation ISRN PublicHealth*, 1-6.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: *An introduction*. *American Psychologist*, 55:5-14.
- Silva, C.M., Gigante, D.P., Minten, G.C. (2008). Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica*, 24(4):835-44.
- Sohrabi, N., Kashanian, M., Ghafoori, S.S., Malakouti, S.K. (2013). Evaluation of the effect of omega-3 fatty acids in the treatment of Premenstrual Syndrome: "A pilot trial". *Complement Ther Med*, 21(3):141-6.
- Sokullu, G. (2009). Premenstrual Sendrom Yakınması Olan Kadınların Yaşam Biçimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

- Speroff, L., Fritz, M.A. (2007). Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Yedinci baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, 531-545.
- Steiner, M. (2000). Premenstrual Syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *Journal of Psychiatry&Neuroscience* 25(5):459-68.
- Sule, S.T., Ukvenya, J.E. (2007). Menstrual experiences of adolescents in a secondary school. *Journal Turkish-German Gynecol Association*, 8:7-14.
- Sule, S.T., Umar, H.S., Madugu, N.H. (2007). Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among Muslim women in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med*, 6(2):68-72.
- Sweeney, T.J., Witmer, J.M. (1991). Beyond socialinterest: strivingtoward optimum health and wellness. *Individual Psychology*, 47(4):527-540.
- Şahin, Ö. (2012). Ortaöğretim Gençliğinde Premenstrual Sendrom ve Menstruasyon Hijyeni, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, S., Özdemir, K., Ünsal, A. (2014). Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *Journal of Pakistan Medical Association*, 64(8):915-922.
- Şirin, A., Kavlak, O. (2015). Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitabevleri, 94-108, 142-153.
- Tanrıverdi, G., Selçuk, E., Okanlı, A. (2010). Üniversite öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1):52-57.
- Tarı Selçuk, K., Avcı, D., Yılmaz, F.A. (2014). Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual semptom prevalansı ve etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi–Journal of Psychiatric Nursing*, 5(2):98-103.
- Taşkın, L. (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, 1-17;625-626.
- Taylor, R.C., Lillis, C., Mone, L.P., Lynn, P. (2008). Sexuality, fundamentals of nursing the art and science of nursing care, 8nd Ed., Lippincott Williams &Wilkins, pp: 1051, Philadelphia.

- Tennant, R., Hiller, L., Fiswick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., Stewarth-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:63.
- Tolossa, F.W., Bekele, M.L. (2014). Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Women's Health*, 29(14):52-61.
- Tschudin, S., Berteau, P.C., Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health*, 13(6):485-94.
- Türkçapar, A.F., Türkçapar, M.H. (2011). Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozuklukta tanı ve tedavi: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 14:241-253.
- Uludağ, S. (2009). Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 51-70.
- Uran, P., Yürümez, E., Aysev, A., Kılıç, B.G. (2017). Premenstrual syndrome health-related quality of life and psychiatric comorbidity in a clinical adolescent sample: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(1):36-40.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *Journal of American Psychiatry*, 160:1373–1384.
- Wichianpitaya, J., Taneepanichskul, S. (2013). A comparative efficacy of low-dose combined oral contraceptives containing desogestrel and drospirenone in premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol Int*, 2013:487143.
- Williams, W.R., Richards, J.P., Ameen, J.R., Davies, J. (2007). Recurrent brief depression and personality traits in allergy, anxiety and premenstrual syndrome patients: a general practice survey. *Med Sci Monit*, 13(3):118-24.
- Witmer, J.M., Sweeney, T.J. (1992). A holistic model for wellness and prevention over life span. *Journal Of Counseling & Development*, 71(2):140-148.



World Health Organization. (1996). Mental, Behavioral and Developmental Disorders. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Cenevre World Health Organization.

www.cumhuriyet.edu.tr (15.05.2019).

Yamamoto, K., Okazaki, A., Sakamoto, Y., Funatsu, M. (2009). The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese college students. *Journal of Physiological Anthropology*, 28(3):129–136.

Yazıcı, S. (2014). Perimenstrual Şikayetler ve Hemşirelik Yaklaşımı. *HSP*, 1(1):58-67.

Yücel, U., Bilge, A., Oran, N., Ersoy, M., Gençdoğan, B., Özveren, Ö. (2009). Adölesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:55-61.



## EKLER

### EK 1. Bireysel Özellikler Formu

#### Sosyodemografik Veriler

1. Yaşınız? .....
2. Aile biçiminiz?  
Çekirdek ( ) Geniş ( ) Parçalanmış ( )
3. Okuduğunuz Bölüm: .....
4. Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?.....
5. Okuduğunuz bölümü isteyerek mi seçtiniz?  
Hayır ( ) Evet ( )
6. Çalışıyor musunuz?  
Hayır ( ) Evet ( )Yaptığınız iş .....
7. Gelir durumunuz?  
Çok kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok iyi ( )
8. Sosyal güvenceniz?  
Var( ) Yok ( )
9. Annenizin eğitim durumu nedir?  
( )Okuryazar değil ( )Okuryazar ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Üniversite
10. Anneniz çalışıyor mu?  
Hayır ( ) Evet ( )Mesleğini belirtiniz.....
11. Tanısı konmuş sürekli fiziksel bir hastalığınız var mı?  
Hayır ( ) Evet ( )
12. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?  
Hayır ( ) Evet ( )

#### Sağlık davranışları

13. Günde kaç öğün besleniyorsunuz? .....
14. Düzenli kahvaltı yapıyor musunuz?  
Hayır ( ) Evet ( )
15. Egzersiz yapar mısınız?  
( )Hiç ( )Arada bir ( )Düzenli
16. Sigara içiyor musunuz?  
( )Hiç içmedim  
( )Her gün en az bir tane olmak üzere içiyorum  
( )Her gün değil ama ara sıra içiyorum  
( )Bıraktım
17. Alkol kullanıyor musunuz?

( )Hiç ( )Bazen

#### Adet Dönemiyle İlgili Veriler

18. İlk adet yaşıınız: .....

19. İlk adet olduğunuzda ne hissettiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
( )Korku ( )Panik ( )Heyecan ( )Üzüntü ( )Sevinç ( )Öfke ( )Şaşkınlık  
Diğer (açıklayınız).....

20. Adet olamaya yönelik tutumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- ( )Çok olumsuz  
( )Olumsuz  
( )Nötr  
( )Olumlu  
( )Çok olumlu

21. Adet olmak sizin için ne ifade ediyor?.....

22. Adetleriniz düzenli mi?

- ( )Hayır ( )Evet-Kaç günde bir.....

23. Adetleriniz kaç gün sürer? .....

24. Adetleriniz ağrılı oluyor mu?

- ( )Yok ( )Hafif ( )Orta ( )Şiddetli ( )Çok şiddetli

25. Adet döneminiz sosyal yaşantınızı olumsuz etkiliyor mu?

- ( )Herzaman ( )Sık sık ( )Bazen ( )Nadiren ( )Hiç

26. Adet döneminiz okul yaşamınızı olumsuz etkiliyor mu?

- ( )Herzaman ( )Sık sık ( )Bazen ( )Nadiren ( )Hiç

## EK 2. Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)

### PMSÖ

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

ADETTEN BİR HAFTA ÖNCE							
			Hiç	Çok az	Bazen	Sık sık	Sürekli
1	Kendimi üzgün hissediyorum	1					
2	İçimden ağlamak geliyor	2					
3	Canım sıkılıyor	3					
4	Kendimi bezgin hissediyorum	4					
5	Hiçbir şey zevk vermiyor	5					
6	Her şey üzerime geliyor	6					
7	Karamsar oluyorum	7					
8	Derin nefes almak istiyorum	8					
9	Her an kötü bir şey olacaktı gibi korkuyorum	9					
10	Seslere karşı hassasiyetim artıyor	10					
11	Arkamdan biri saldıracağı gibi korkuyorum	11					
12	Kendimi yorgun hissediyorum	12					
13	Sanki her şey kötü olacak	13					
14	Çok çabuk yoruluyorum	14					
15	Anlam veremediğim korkularım oluyor	15					
16	Kalbim her zamankinden hızlı çarpıyor	16					
17	Hiçbir şeyle uğraşmak istemiyorum	17					
18	Her zamanki işler beni yoruyor	18					
19	Kendimi sinirli hissediyorum	19					
20	En ufak olaylara bile çok aşırı tepki gösteriyorum	20					
21	Öfkemi kontrol etmekte güçlük çekiyorum	21					
22	Çevremdeki kişilerle ilişkilerim bozuluyor	22					
23	Sinirlerim geriliyor	23					
24	Kendimi çok endişeli hissediyorum	24					
25	Eskisinden daha çabuk yoruluyorum	25					
26	Kendimi değersiz görüyorum	26					
27	Dikkatimi toplamakta güçlük çekiyorum	27					
28	Dikkatim çok çabuk dağılıyor	28					
29	Dalıp gidiyorum	29					
30	Doğru düzgün düşünemiyorum	30					
31	Baş ağrısı oluyor	31					
32	Kaslarım ağrıyor	32					
33	Eklem yerlerim ağrıyor	33					
34	İştahım artıyor	34					
35	Özellikle unlu ve tatlı yiyecekler yemek istiyorum	35					
36	Daha fazla yemek yiyorum	36					
37	Uyku uyuma isteğim artıyor	37					
38	Uykumda bölünme oluyor	38					
39	Sabahları yorgun uyanıyorum	39					
40	Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum	40					
41	Göğüslerim şişiyor	41					
42	Göğüslerim en ufak dokunmaya karşı çok duyarlı	42					
43	Kendimi şişmiş hissediyorum	43					
44	Kimseyle görüşmek istemiyorum	44					

### EK 3. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİÖÖ)

	MADDELER	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Gelecekle ilgili iyimserim.					
2	Kendimi işe yarar ( faydalı) hissediyorum.					
3	Kendimi rahatlamış hissediyorum.					
4	Diğer insanlara karşı ilgiliyim.					
5	Farklı işlere zaman ayırabilecek enerjim var.					
6	Sorunlarla iyi bir şekilde başa çıkabilirim.					
7	Açık ve net bir biçimde düşünebiliyorum.					
8	Kendimden memnunum.					
9	Kendimi diğer insanlara yakın hissediyorum.					
10	Kendime güveniyorum.					
11	Kendi kararlarımı kendim verebiliyorum.					
12	Sevdiğimi hissediyorum.					
13	Yeni şeylere karşı ilgiliyim.					
14	Neşeli hissediyorum.					

## EK 4. Etik Kurul Kararı



### CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite Öğrencisi Genç Kızlarda Premenstrual Sendrom ile Mental İyi Oluşluk Düzeyi Arasındaki İlişki
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Zehra Gölbashi
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Üniversite Öğrencisi Genç Kızlarda Premenstrual Sendrom ile Mental İyi Oluşluk Düzeyi Arasındaki İlişki
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/13	Tarih: 17.01.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Engin Altunkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

## EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Kredi Yurtlar Kurumu Uygulama İzni

T.C.  
GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI  
Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu Sivas İl Müdürlüğü

Sayı : 67281326-110.099-E.4660264  
Konu : Anketler

[KURUM BELGE NO : 4660264]  
[TARİH : 07.03.2018]

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğüne'nin 2.3.2018 tarihli ve 1874 sayılı yazısı.

İlgi yazınız ile, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zülal AYDIN'ın tez kapsamında hazırladığı anketleri 15 Mart 2018 - 31 Nisan 2018 tarihleri arasında İlgi yazınızda belirtilen yurtlarda kalan öğrencilere yapmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.

Fatih DİNÇER  
İl Müdürü V.

Ek: Anket Formları (6 Syf.)

Dağıtım:  
Gereği:  
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğüne

Bilgi:  
4 Eylül Yurt Müdürlüğüne  
Emine Nazikeda Yurt Müdürlüğüne  
Haticetü'l Kübra Yurt Müdürlüğüne  
Sancaktar Yurt Müdürlüğüne

BU BELGE  
ELEKTRONİK İMZALIDIR.  
07.03.2018  


Yenişehir Mah. Kayseri Cad. Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 49/E  
Telefon Nu.: 03462191187 Belgegeçer Nu.: 03462191184  
e-Posta: svasilm@kyk.gov.tr

Bilgi İçin: Sabiha BİNİCİOĞLU  
Yurt Yönetim Memuru  
Dahili: 119

1/1  
Belgeyi, <http://belgesorgu.kyk.gov.tr> adresinden zMDkPk/UOQ= kodu ile doğrulayabilirsiniz!



## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı :Zülal AYDINAY  
Doğum Yeri ve Tarihi :Sivas 02.09.1985  
Medeni Hali :Evli  
Yabancı Dil :İngilizce  
İletişim Adresi :C.Ü. Hastanesi Kadın Doğum Servisi

E-posta Adresi : zulal.aydinay@gmail.com

### **Eğitim ve Akademik Durumu**

Lise :Sivas Kongre Lisesi, 2002  
Lisans :Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 2006

### **İş Tecrübesi**

C.Ü. Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım-Çocuk Acil Servisi; 2011-2014, Hemodiyaliz Servisi; 2014-2018, Kadın Doğum Servisi; 2018-2019- halen.