



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRÜEL SENDROM  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ

Fahriye Gül ŞEKEROĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul - 2018



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRÜEL SENDROM  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER İLE İLİŞKİSİ

Fahriye Gül ŞEKEROĞLU  
154102156

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

İstanbul - 2018



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102156
Öğrenci Adı Soyadı	: Fahriye Gül ŞEKEROĞLU
Anabilim Dalı	: KLİNİK PSİKOLOJİ
Tez Danışmanı	: DOÇ. DR. IŞIL GÖĞCEGÖZ
Tezin Başlığı	: Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Çeşitli Değişkenler İle İlişkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 09/02/2018	Saati	: 13:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ      <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input type="checkbox"/> Değişmedi. <input checked="" type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	: Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Çeşitli Değişkenler İle İlişkisi		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b></p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	DOÇ. DR. IŞIL GÖĞCEGÖZ	
Üye	DOÇ. DR. KORKUT ULUCAN	
Üye	DOÇ. DR. GÜL ERYILMAZ	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Çeşitli Değişkenler İle İlişkisi ” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih.../.../.....



## TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana katkılarından dolayı Üsküdar Üniversitesi öğretim görevlilerine, desteklerinden ötürü tez danışmanım Sevgili Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ hocama,

Beraber girdiğimiz bu yolda her şeyi beraber aştığımız sevgili dostlarım Bahar YILMAZ ve Zerrin KALENDER'e,

Benim her zaman yanımda olan ve desteğini hep hissettiğim sevgili dostum Aslı TURANALP'e,

En başta desteklerini ve koşulsuz sevgilerini her daim hissettiğim babam Mustafa ŐEKEOĐLU'na annem Neslihan ŞEKEROĞLU'na ve sevgili kardeşlerim Yunus ŞEKEROĞLU ve Erdem ŞEKEROĞLU'na teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

# İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
KISALTMALAR ve SİMGELER .....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
BİRİNCİ BÖLÜM - GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	1
1.2. Araştırmanın Problemi .....	2
1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler.....	2
1.4. Araştırmanın Önemi .....	3
1.5. Sınırlılıklar.....	3
1.6. Sayıtlar .....	4
1.7. Tanımlar .....	4
1.7.1. Premenstrüel Sendrom.....	4
1.7.2. Depresyon Bozukluğu .....	4
1.7.3. Anksiyete Bozukluğu.....	4
İKİNCİ BÖLÜM - GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Premenstrüel Sendrom.....	5
2.2. Epidemiyoloji .....	6
2.3. Etiyoloji .....	7
2.4. PMS Etkileyen Faktörler .....	8
2.5. PMS’de Baş Etme Yöntemleri .....	11
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM - YÖNTEM.....	13
3.1. Veri Toplama Aracı .....	13
3.2. Verilerin Analizi .....	14
3.3. Değişkenler.....	15
3.3.1. Bağımlı Değişkenler .....	15
3.3.2. Bağımsız Değişkenler .....	15
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM - BULGULAR.....	16
4.1. Demografik ve Betimsel İstatistikler.....	16
4.2. Karşılaştırma Analizleri.....	18
4.3. Anksiyete ve Depresyon ile PMSÖ Arasındaki İlişki Analizleri .....	35
BEŞİNCİ BÖLÜM - TARTIŞMA .....	39
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formuna İlişkin Bulguların Tartışılması .	39
5.2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .	40
5.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	45
5.4. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	45
ALTINCI BÖLÜM - SONUÇ .....	46
6.1. Sonuç .....	46
6.2. Öneriler ve Kısıtlılıklar.....	47
KAYNAKÇA .....	48
EKLER.....	51
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	51
EK-2 Sosyodemografik Veri Formu .....	53
EK-3 Beck Depresyon Ölçeği .....	54
EK-4 Beck Anksiyete Ölçeği .....	55
EK-5 Premenstrüel Sendrom Ölçeği .....	56
EK-6 Özgeçmiş .....	57

Fahriye Gül ŞEKEROĞLU

Yüksek Lisans Tezi, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2018

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

***Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı ve Çeşitli Değişkenler İle İlişkisi***

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı üniversite eğitimi almakta olan öğrencilerde premenstrüel sendrom görülme sıklığını öğrenmek ve çeşitli değişkenlerle beraber incelemektir.

Araştırmanın evreni İstanbul ilindeki Üsküdar Üniversitesi'nde okuyan 210 kadın öğrenciden oluşmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmada; Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan çalışma gönüllülük esas alınarak sürdürülmüştür.

Katılımcıların %55,7'si 19-23 yaşındadır. %87'sinin de bekar olduğu ve evlilerin de evlilik sürelerinin 6 yıldan daha fazla olduğu görülmüştür. İlk adet yaşı; çoğunluğa bakıldığı zaman 12-13 yaş aralığındadır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin çoğunluğunun (%41,3) baş etme yöntemi olarak hiçbir şey yapmadığı saptanmıştır.

Bu çalışma üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom görülme sıklığı ve baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesinde daha geniş örnekleme yapılacak yeni araştırmalara örnek olacak niteliktedir.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrüel sendrom, baş etme, Anksiyete, Depresyon

Fahriye Gül ŞEKEROĞLU

Master Thesis, Department of Clinical Psychology, İstanbul, 2018

Thesis Advisor: Doç. Dr. Işıl GÖĞCEGÖZ

*Prevalence of Premenstrual Syndrome in University Students and Relation to Various Variables*

**ABSTRACT**

The aim of this study is to learn the prevalence of premenstrual syndrome in university students and examine them with various variables.

The universe of the study consists of 210 female students studying at Üsküdar University in Istanbul. At the same time in this study; Sociodemographic Data Form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale and Premenstrual Syndrome Scale. The work done was based on volunteerism.

55.7% of the participants are 19-23 years old. 87% were single, and marriages were married more than 6 years ago. The first is age; When looking at the majority, it is in the age range of 12-13 years. It was determined that the majority of students (41.3%) who had pre-menstrual tension did nothing as a way of coping.

This study will be an example of new research to be conducted in a wider sample of the prevalence of premenstrual syndrome in university students and the evaluation of coping methods.

**Keywords:** Premenstrual syndrome, coping, anxiety, depression



## KISALTMALAR ve SİMGELER

- n : Örneklem/gruptaki örneklem sayısı  
 $\bar{X}$  : Ortalama  
SS : Standart sapma  
t : t testi puanı  
Z : Z puanı (standart normal dağılım puanı).  
p : Anlamlılık düzeyi



## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	16
Tablo 2. Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler .....	17
Tablo 3. Öğrencilerin PMS Durumlarına Göre Dağılımı.....	17
Tablo 4. Depresyon Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	18
Tablo 5. Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	18
Tablo 6. Depresyon Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	18
Tablo 7. Depresyon Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	19
Tablo 8. Depresyon Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	19
Tablo 9. Depresyon Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	19
Tablo 10. Depresyon Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	20
Tablo 11. Depresyon Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	20
Tablo 12. Depresyon Puanlarının Çocuk Sahipliğine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	20
Tablo 13. Depresyon Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	20
Tablo 14. Anksiyete Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	21
Tablo 15. Anksiyete Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	21
Tablo 16. Anksiyete Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	21
Tablo 17. Anksiyete Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	22
Tablo 18. Anksiyete Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	22
Tablo 19. Anksiyete Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	22
Tablo 20. Anksiyete Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları.....	22
Tablo 21. Anksiyete Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	23
Tablo 22. Anksiyete Puanlarının Çocuk Sahipliğine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	23
Tablo 23. Anksiyete Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....	23
Tablo 24. PMSÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	24

Tablo 25. PMSÖ Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	25
Tablo 26. PMSÖ Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	26
Tablo 27. PMSÖ Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	27
Tablo 28. PMSÖ Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	27
Tablo 29. PMSÖ Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	28
Tablo 30. PMSÖ Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları .....	29
Tablo 31. PMSÖ Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	30
Tablo 32. PMSÖ Puanlarının Çocuk Sahipliğine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	31
Tablo 33. PMSÖ Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları .....	32
Tablo 34. Anksiyete ve Depresyon ile PMSÖ Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	35
Tablo 35. PMSÖ Semptomlarının Depresyon Üzerindeki Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları .....	36
Tablo 36. PMSÖ Semptomlarının Anksiyete Üzerindeki Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları .....	37

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Menstrüasyon, menopoza kadar süren ve kadın yaşamının yaklaşık olarak 30-35 yılını kaplayan fizyolojik bir durumdur (Kışnişçi 1996; Taşkın 2007).

Menstrüasyon ve menstrüel dönem fizyolojik bir olay olsa da bu dönemde yaşanan sıkıntılar kadın yaşamının önemli bir kısmını etkiler (Taşçı 2006).

Bu problemler arasında en çok; dismenore (ağrılı adet), amenore (adet görememe) ve premenstrüel (adet öncesi gerginlik) sendrom başta gelir (Braverman 1997; Nesitein 1990).

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

Bireyde; işlevsellik kaybına, anksiyeteye, depresyon gibi yaşam süresini kısaltan sağlık sorunlarına sebep olmakta, dolayısıyla yaşam kalitesini düşürmektedir (Goldstein ve ark. 1986; Hallman and Georgiev 1987).

Başka psikiyatrik tanı ölçütlerini karşılamayan, menstrüasyondan 1 hafta önce başlayıp menstrüasyonun başlaması ile kısa sürede gerileyen ve tekrarlayıcı özelliği olan fiziksel ve pisişik belirtiler topluluğu PMS olarak adlandırılır. Bu pisişik belirtiler içinde ise anksiyete ve öfke ilk sırada görülmektedir (Altıparmak ve Eser 2007).

### 1.1. Araştırmanın Amacı

Yapılan araştırmanın amacı; üniversite eğitimi almakta olan öğrencilerin premenstrüel sendrom yaşama sıklığını öğrenmek ve bu sendromla nasıl baş ettiklerini incelemektir.

Bu araştırmanın alt amaçları şu şekildedir:

1. PMS'nin yaş ile ilişkisi.
2. PMS'nin medeni durumla ilişkisi.

3. PMS'nin evlilikle ile ilişkisi.
4. PMS'nin hamilelikle ile ilişkisi.
5. PMS'nin çocuk sayısı ile ilişkisi.
6. PMS'nin gelir düzeyi ile ilişkisi.
7. PMS'nin aile tipi ile ilişkisi.
8. PMS'nin evlilikte eşin eğitim durumu ile ilişkisi.
9. PMS'nin evlilik süresi ile ilişkisi.
10. PMS'nin ilk adet yaşı ile ilişkisi.
11. Üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığı nedir ve bu sendromla baş etme yöntemleri nelerdir?

## **1.2. Araştırmanın Problemi**

Araştırmanın problem cümlesi aşağıdaki şekildedir:

“Üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığı nedir ve bu sendromla baş etme yöntemleri nelerdir?”

## **1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler**

Araştırmada cevaplanması hedeflenen sorular ve hipotezler şu şekildedir:

1. Üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığı nedir?

Hipotez: Üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığının; yüksek olduğu düşünülebilir.

2. PMS görülen bireylerde yaş faktörü ne kadar önemlidir?

Hipotez: PMS görülme sıklığının yaş faktörü ile doğru orantılı olduğu söylenebilir.

3. PMS görülen bireylerde medeni durum ne kadar önemlidir?

Hipotez: Evli olan bireylerde bekar olan bireylere göre PMS görülme sıklığının daha az olduğu söylenebilir.

4. PMS görülen bireylerde hamilelik faktörü ne kadar önemlidir?

Hipotez: Çocuk sayısı arttıkça PMS görülme sıklığının daha seyrekleşeceği söylenebilir.

5. PMS görülen bireyler bu sendromla baş etmek için hangi yöntemlere başvurumaktadırlar?

Hipotez: PMS görülen bireylerin bu sendromla baş etme yöntemi olarak sosyo-kültürel düzeylerine göre birçok baş etme yöntemi geliştirebilir.

#### **1.4. Araştırmanın Önemi**

Yapılan araştırmalarda PMS ve bu sendromla baş etme yöntemleri arasındaki ilişki beraber incelenmiştir.

PMS Ölçeği kullanılarak öğrencilerin yarısından çoğunun bu sendromu yaşadığı düşünülmektedir. Bu bilgiyle literatüre katkı sağlamak hedeflenmektedir. PMS'nin üniversite öğrencilerinde sıklıkla yaşandığı görülmektedir. Elde edilen bilgilerle PMS çalışmasına ve baş etme yöntemleri değerlendirilmesine katkıda bulunulabilir.

Bu çalışmayla PMS yaşama sıklığı ve bu sendromla baş etme yöntemleri çalışmasına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Edinilen bilgiler literatüre katkı sağlayacak ve PMS görülme sıklığı ve bu sendromla baş etme yöntemleri değerlendirilmesi çalışmalarına örnek olacak niteliktedir.

#### **1.5. Sınırlılıklar**

Çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Çalışmada sadece Üsküdar Üniversitesi'ndeki öğrenciler grubu incelenmiştir. Araştırma örnekleminin farklı üniversitede olmaması araştırmanın genellenebilirliğini sınırlandırmıştır.

2. Araştırma sadece üniversitedeki öğrencilerle yürütülmüştür. Üniversite eğitimi almamış kişiler dahil edilmemiştir.

3. Araştırmada PMS ile beraber bu sendromla baş etme yöntemi değerlendirilmiştir. Başka bir etken değerlendirilmeye alınmamıştır.

4. Araştırmada; PMS ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır. Başka ölçeklerle araştırma yürütülmemiştir.

5. Kişisel bilgiler doğrultusunda oluşturulan ölçek ve anketler doğru bilgi edinilmesini sınırlandırmıştır.

## **1.6. Sayıtlar**

1. Yapılan çalışmada bireyler anket ve ölçekleri doldurarak doğru yanıtlar vermişlerdir.

2. Kullanılan anket ve ölçekler; PMS görülme sıklığı ve baş etme yöntemlerini değerlendirme niteliğindedir.

## **1.7. Tanımlar**

### **1.7.1. Premenstrüel Sendrom**

PMS; adet olmadan önceki dönemde yaşanan sinirlilik, gerginlik, depresyon, baş ağrısı, göğüs gerginliği gibi şikayetleri barındıran ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir durumdur. PMS; adet öncesi gerginlik sendromu olarak bilinmektedir (Süleyman 2004).

### **1.7.2. Depresyon Bozukluğu**

Depresyon çökkün duygudurumla birlikte düşüncede, konuşmada ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma; bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duyma hali ile oluşan sendromdur. Depresyon, her ne kadar ruhsal bir rahatsızlık olarak algılansa da depresyon aslında bir beyin hastalığıdır. Nedenleri arasında biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler vardır (Akdeniz 2004).

### **1.7.3. Anksiyete Bozukluğu**

Kişinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyecek olan aşırı endişe halidir. Hatta bu hal, bireyin yaşam etkinliklerini sürdürmesini engeller niteliktedir. Bireyler her durumda olabilecek durumun en kötüsünü düşünürler ve bu düşünce kontrolleri dışında gerçekleşir. Yaşanacak durum /olay için iyi bir ihtimal düşüncesi söz konusu değildir (Büyüköztürk 2011).

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Premenstrüel Sendrom

Adet öncesi sıkıntılar, özellikle doğurganlık çağındaki kadınların karşılaştıkları bir sorundur ve kadınların bir kısmının gündelik hayatını etkileyebilir. Çoğu kadın adet öncesi bir gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı yaşar; ancak bu durum genel olarak baktığımız zaman günlük hayatı etkileyecek düzeyde değildir (Akyılmaz ve Özçelik 2003).

Her yıl; 12 defa adet gören bir kadın için her ayın yaklaşık 7 günü sorunlu bir dönem olarak geçmekte ve bu da yılda toplam 3-4 aylık bir süreye (yılın yaklaşık %25-30'u) denk gelmektedir. Yani; kadın hayatında 12 ayın yaklaşık 3 ayını huzursuz, sıkıntılı bir şekilde sürdürmektedir (Adıgüzel ve ark. 2007; Akyılmaz ve ark. 2001; Daugherty 1998; Derman ve ark. 2004; Zaafrane et al. 2007).

Bunların yanı sıra PMS'nin DSM-5'teki tanı kriterleri şunlardır;

A. Aybaşı (menstrüasyon, adet) döngülerinin büyük bir çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır, bu belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve aybaşlarından sonraki hafta çok azalır ya da yok olur.

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

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

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

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

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

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere, ayrıca, aşağıdaki belirtilerden biri (ya da daha çoğu) daha bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma (örn. İş, okul, arkadaşlar, eğlence uğraşları).

2. Odaklanmakta öznel güçlük çekme.



3. Uyuşukluk, kolay yorulma ya da içsel güçte belirgin bir düşüklük.
4. Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme ya da özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
5. Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
6. Bunalmışlık ya da denetimini yitirmişlik duyumu.
7. Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı, “davul gibi şişme” duyumu ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.

NOT: A-C tanı ölçütlerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunda bulunmuş olmalıdır.

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

E. Bu bozukluk, yalnızca, yeğın depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) ya da bir kişilik bozukluğu (bu bozukluklardan herhangi biri ile eşzamanlı ortaya çıkabilirse de) gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

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

G. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç ya da başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidizm) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

## **2.2. Epidemiyoloji**

Ruhsal bozukluklar ve fiziksel hastalıklar premenstrüel dönemde tetiklenir, buna premenstrüel alevlenme denir (Pearlstein ve Stone 1988)

Daha net kriterler kullanıldığında bu oran miktarı düşer. PMS görülme sıklığı, yurt dışında da, doğurganlık çağındaki bütün kadınların yanı sıra, farklı yaş gruplarında da çalışılmıştır. Net bir PMS oranı bulunmamıştır. Araştırma merkezi olarak ABD’de yapılmıştır, Asya ve Avrupa ülkelerinde bu inceleme oranı daha sınırlıdır. Bu incelemeler doğrultusunda, adet kanaması gören kadınların %50’den düşük oranı

belirtileri fazlaca yaşar, %25 için bu belirtiler işlevselliği etkileyecek derecede değildir, %10'u için bu belirtiler yoğundur.

Amerikalı 20-30 yaş kadınlarda oran %19 ile %30 arasında değişmektedir. Avrupalı ve Amerikalı kadınların %8'i PMS şikayetlerini yaşar. Fakat adet öncesi şikayetlerde kökenler arasında farklar vardır. 1972 yapılan bir araştırmada Türk, Yunan, Nijeryalı, Japon kadınlar arasında PMS oranı en yüksek Nijeryalı ve Türk kadınlardır. En düşük oran Japon kadınlara aittir ve Amerikalı beyaz kadınların belirtilerinin ve oranının normal olduğunu bulunmuştur. Kültürel farklılıklar da PMS'yi etkileyen bir faktördür. Avustralya göç nüfusunun fazla olan bir ülke olarak farklı gruplardan 130 kadın üzerinde PMS karşılaştırılmıştır. %69 oranında bu çalışmaya katılmış kadınlar PMS belirtilerinden şikâyetçidir, Avustralyalı ve Yunan kadınlarında PMS belirtileri %80 civarındadır. Yunan ve Türk kadınlarının çoğunun şikayeti somatiktir. Avustralyalı kadınların %60'lık kısmının şikayeti ise anksiyete ve depresif belirtilerdir (Mortola 2000).

### **2.3. Etiyoloji**

Endojen Opiat Peptidlerde Azalma; vücudumuzdaki endorfinler iştah ve susama gibi değişikliklere sebebiyet verebilirler (Acar 1996; Pınar 2007).

Serotonin Eksikliği; PMS'de depresyon görüldüğü için serotonin eksikliği olup olmadığı tartışılmıştır. PMS'de kanda serotonin alımının azaldığı görülmüştür (Acar 1996).

Hormon Dengesizlikleri; her ne kadar PMS'nin patofizyolojisi tam açıklanamıyor olsa da steroid hormonunun değişiklik göstermesi; beyindeki nörotransmitter sistemler üzerinde etkilidir (Akdeniz ve ark. 2004; Ford ve ark. 2007).

Çinko Eksikliği; PMS'li hastalar bu dönemde karbonhidrat ve şeker alımını fazla yaptığından bu hastalarda mineral eksikliği olabileceği sorusu akla gelmiştir (Acar 1996; TC Sağlık Bakanlığı 2000).

Magnezyum Eksikliği; magnezyum azalması ile paralel olarak ruhsal durumda negatif yönlü etki oluşur (Acar 1996).

Hipoglisemi; hipoglisemi belirtilerinin PMS belirtilerine benzemesinden dolayı etiyolojide etkisinin olup olmadığı sorusu akla gelmiştir. Kabul edilebilirliği net değildir (Şatıroğlu 1990; Acar 1996;, Pınar 2007)

Genetik; PMS’de genetik faktörlerin etkisi vardır. Tek yumurta ikizlerinde görölme sıklığı çift yumurta ikizlerinde görölme sıklığından fazladır (Dickerson ve ark. 2003; Hourani ve ark. 2004).

## **2.4. PMS Etkileyen Faktörler**

PMS’yi tetikleyen belirtilerde kadınların şikayetleri ile ilgili tedavi arayışına yönelik ülkemizde yapılan çalışmalar yetersizdir (Alseker ve ark. 2006).

Daha önce yapılmış olan çalışmalarda kadınların birçoğunun PMS şikayetlerinden dolayı çözüm arayışında olmadığı gözlenmiştir. PMS şikayeti bulunan kadınlar PMS’si olmayan kadınlara göre reçetesiz ilaç kullanmış ve şikayetleriyle baş etme metodu olarak kendilerine iyi gelen metodları uygulamışlardır (Avcı ve Pala 2004).

Doktora gitmeyen, yardım arayışına girmeyen kadınlarda; bu şikayetlerin dış çevreye göre gayet normal olarak nitelendirilmiştir. Çalışmaya katılan katılımcıların ‘normal’ algısına ek olarak; bütün kadınların adet dönemlerinde bu şikayetleri yaşaması gerektiğini düşünmeleridir (Bosarge 2003).

Diğer yapılmış olan bir çalışmada ise; PMS şikayetlerin doğum sayısı ve medeni durumla ilişkisi olmadığıdır. Bu çalışmanın yanı sıra doğurganlık sayısı ile PMS şikayetleri arasında doğru orantı gözlenmiştir (Brawerman and Sondheimer 1997).

Bir diğer yapılmış olan çalışmada ise çalışmaya katılanlar içinde PMS ölçeği açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Hastaların medeni durumlarına göre kaygı, iştah düzeyindeki farklılık, uykularındaki düzen farkı ve PMS puanları arasında medeni durum yönünde anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuştur (Altıparmak ve Eser 2007).

Yaşam şeklinin, mesleğin ve meslekten memnun olmama gibi duygusal sıkıntılarının PMS üzerinde etkileri vardır ve PMS görölme sıklığı bu gruplarda daha yüksektir. Adet döneminde yaşanan şikayetler evlenmemiş ve doğum yapmamış bireylerde daha yüksektir. Kadınların mesleki yaşantısına göre incelendiğinde ise PMS

şikayetleri çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre daha yüksektir (Çetin, S.K., Akdeniz, F. ve Tamar, M. 2005).

Bir diğer çalışmada ise; evli ve evli olmayan katılımcıların maddi durumları ve mesleki yaşantıları ile ölçekle puanları arasında uyum olduğu gözlenmiştir. Bununla beraber, maddi olanağı düşük ve orta seviyede olan evlenmemiş katılımcıların, maddi durumu yüksek seviyede olan evlenmemiş kişilere göre PMS oranının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Gençdoğan 2006).

Woods ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre (1982) çalışma hayatındaki performansın PMS şikayetlere etkisinin olduğu, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha az sıkıntı yaşadığı ancak; kaygı düzeylerinin daha fazla olduğu, maddi durumu daha iyi olan kadınların ise duygusal yönden şikayetlerinin olduğu gözlenmiştir (Woods 2007)

Bu çalışmaya benzer bir çalışmada ise kadınların duygusal PMS şikayetler eşliğinde çalışan kadınların bu şikayetleri daha fazla yaşadıklarını gözlemlemiştir (Demirkan 2007).

PMS ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda PMS şikayetlerinin ve günlük yaşantıya ne kadar etkisinin olduğunu anlamak için farklı metodların kullanılması, bu tür araştırmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkarır. PMS'nin tanı ve tedavisinin birinci basamakta yapılabilmesi için bu ve daha önceki çalışmalardan yola çıkarak PMS şikayeti olmayan kadınların da doktora başvurması gerekmektedir (Gençdoğan 2006).

Evli bireylerin PMS oranları arttıkça stres miktarları artar, anlık anksiyete miktarları arttıkça da sürekli anksiyete miktarları artar. Bu olgular çalışmanın “ Stres ve anksiyete fazla olan evlenmiş kişilerin PMS oranları da yüksektir” hipotezini göstermektedir (Indusekhar, Umsan and O'Brien 2007).

Kadının hayatında bir eşin olması PMS şikayetlerini azalttığına yönelik çalışmalar vardır. Oğur (2004) ise çalışmasında dul kadınların evli olan kadınlara oranla premenstrüel şikayetlerinin daha fazla olduğunu gözlemlemiştir. Akyılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında evli kadınların; dul kadınlara göre daha minimum seviyede premenstrüel şikayetlerinin olduğu kanısına varmıştır. Ayrıca çalışmasında, 35 yaş ve üzeri olan kadınlarda, evli kadınlarda PMS şikayetinin daha yoğun yaşandığını belirtmiştir, ancak; istatistiki veri tabanında anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. PMS'de farklı miktarda birçok değişik etken vardır (Akyılmaz, Özçelik ve Polat 2003)

Evlenmemiş bireylerde ise, PMS puanıyla kaygı puanları arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmamıştır. Evlenmemiş kişilerin anlık kaygı miktarı arttığında; sürekli kaygı miktarlarının da arttığı ve buna ilişkin de PMS şikayetlerinin şiddetinin arttığı gözlemlenmiştir. Bu kanı doğrultusunda; kaygı düzeyi yüksek olan evli kadınların, bekar bireylere göre PMS oranının yüksek olduğunu gösterir (Andrzej and Diana 2006). Benzer bir diğer çalışmada ise adet süresinin PMS şikâyet süresi üzerinde etkisi vardır. Adet görme süresi yedi günden uzun olan kadınlarda bu şikayetlerin daha sık yaşandığını öngörmüştür. Bu öngörüye ilişkin, adet görme süresinin PMS şikâyet süresi üzerinde etkisinin olmadığı görülmüştür (Daugherty 1998).

Psikiyatrik bozukluğu olan ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlarda adet öncesi PMS şikayetleri karşılaştırdığında eğitim süresi, gebelik sayısı gibi durumların birbirine yakın seviyede olduğunu göstermiş ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymuştur (Derman, Kanbur, Erdoğan et al. 2004).

PMS'nin psikolojik ve fiziksel belirtilerinin yanı sıra; ödeme bağlı ortaya çıkan (Göğüs ve karın şişi, genel vücut ödemi), dermatolojik (Akne – Saçlarda kuruma), davranışsal (Yorgunluk, uyku dengesizliği, baş dönmesi, performansta azalma, gündelik aktiviteye olan ilginin azalması, cinsel aktivitede azalma, umutsuzluk) belirtileri (Demir, Algül, Güvendağ ve Güven 2006).

PMS tedavisinde ilaç dışı tedaviler de mümkündür (Akdeniz ve Gönül 2004). Bunlar;

A) Eğitim: PMS şikayetleri hakkında bilgi verilmesi bireyi daha anemnez alırken rahatlatır. Şikayetlerinin şiddet ve önem derecesi hakkında bilgilendirmek daha bilinçli bir şekilde hareket etmesine olanak sunar. Bu bilinçle hafif ve orta düzeydeki hastada düzelme sağlanabilir.

B) Aileyi Bilgilendirme: Genç kızların ergenlik dönemlerinden itibaren bilgilendirilmesi kadar ailenin de bilgilendirilmesi doğurganlık yaşı gelmiş genç kızlar için bir o kadar önemlidir.

C) Stresi Azaltma: Sosyal yaşam gücü düşük olan kadınlarda PMS şiddeti fazladır. Bu yüzden sosyal yaşam desteklediği takdirde stres faktörü de azalacaktır.

D) Yeme Alışkanlıklarını Düzenleme: Yeme alışkanlığının PMS üzerindeki etkisi büyüktür. Alkol, sigara, kafeinli ürünler azaltılmalı; günde en az 8 bardak su

içilmesi gerekmektedir. Düzenli beslenme önemlidir. Yeşil sebze bolca tüketilmeli, C ve E vitamini takviyesine önem verilmelidir.

E) Bilişsel davranışçıl yaklaşımlar: Rahatlama tekniği olarak nefes egzersizi, sıcak banyo, masaj yapılabilir.

F) Beden egzersizleri: Spor, dans, tempolu yürüyüş PMS şikayetlerindeki ağrılar için bir çözümdür. Günde en az 30 dakika artırılarak yapılmalıdır.

G) Alternatif Tedavi: Bitkisel ilaçlar, bitkisel çaylar, bitki türleri PMS şikayet ağrılarının tedavisinde etkili bir yöntemdir.

Bu yöntemlere ek olarak yoga, akupunktur, meditasyon gibi yöntemler de eklenebilir.

## **2.5. PMS’de Baş Etme Yöntemleri**

PMS birçok kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. PMS, menstrasyonun başlamasıyla sonlanan, fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtilerle kendini gösteren bir bozukluktur. PMS’nin kesin etiyolojisi bilinmemektedir (Ismail and O’Brien 2001).

Bozuklukla baş etmede;

PMS’si hafif düzeyde olan kadın hastalara kafein kısıtlaması, egzersiz ve stres yönetimli yaşam kalitesini düzenleyici bilgilendirme yapılmalıdır.

PMS’si orta düzeyde olan kadın hastalarda baş etme metodu tıbbi yönde olmalıdır. B6, D, E, magnezyum ve kalsiyum gibi vitaminler takviye edilmelidir (Kathleen, Lustyk, Shaver et al. 2009).

PMS’si şiddetli olan kadın hastalarda farmakolojik tedavi yöntemleri baş etme metodu olarak kullanılır. Hemşireler kadın hastaların sıkıntılarını minimum seviyeye indirmek için PMS hakkında bilgi vererek ve yaşam kalitelerini düzenleme üzerine danışmanlık yaparak bu durumun farkına varmalarını sağlayarak PMS ile baş etmede yardımcı olabilirler (Öncel ve Pınar 2006).

Diyetisyen Serra Uçtum (Haziran 2016), vücutta oluşan ödemi azaltmak için tuzun azaltılmasını söylemektedir.

\* Tuz içeriği yüksek besinlerden uzak durulmasını, hazır yiyecekler yerine ev yemeklerini tuzsuz pişirilerek tüketilmesini, eğer tuzsuz yemekler tatsız geliyorsa baharat ve limon takviyesiyle tatlandırılmasını vurgulamıştır.

\* Magnezyum ve kalsiyum içerikli besin tüketimi PMS’de baş etme yöntemi olarak etkilidir. Magnezyum yeterli miktarda alınmadığı takdirde vücutta tatlı yeme isteği artmaktadır.

Kalsiyum da magnezyum kadar adet öncesi sendromu önleyicidir. Süt ve süt ürünleri, ceviz, fıstık, kuru baklagiller gibi kalsiyum içerikli gıdalar tüketilmelidir. Bu şekilde PMS etkeni azalmış olur.

\* Kompleks Karbonhidrat içerikli besin tüketimi de adet öncesi sendromu azaltmaya yardımcıdır. Bunlar; kepekli besinler, bulgur gibi ürünlerdir. Bu besinler kan şekerini uyarıcı etkisi düşük olan besinlerdir. Bu dönemde sürekli tatlı yeme ihtiyacı hissedilir. Bu sebeple kan şekerini koruyabilme amaçlı kompleks karbonhidrat içerikli gıdalar tüketilmelidir.

\* B6 Vitamin içerikli gıdalar da adet öncesi sendrom önleyicidir. Aynı zamanda sinir sistemine olumlu etkisi vardır. Bu sayede gerginliği ve sinir düzeyini azaltarak minimumlaştırır.

\* Demir içerikli gıdalar da bu dönemde çok önemlidir. Adet kanamasıyla beraber vücudun demir seviyesi azalır. Adet öncesinde ve adet döneminde demir alımını arttırmak gerekmektedir. Demir seviyesini arttırmak için C vitaminiyle takviye edilmelidir ve bunun yanı sıra kırmızı et, yumurta, sebze tüketimine özen gösterilmelidir.

\* Kafein, adet öncesi gerginlik sendromunu tetikleyen başlıca etkenlerdendir. Bu sebeple kafein içerikli içeceklerden özellikle bu dönemde uzak durulması gerekmektedir. Kahve, kola gibi içecekler meme hassasiyetini arttırdığı için PMS’yi tetikler.

\* Alkol, normal yaşam kalitesine zarar verdiği gibi adet döneminde de oldukça zararlıdır. Tuz gibi alkol de vücutta su tutumuna sebep olarak ödem yapar.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Veri Toplama Aracı

Araştırma içeriğinde 4 farklı ölçek ve anket kullanılmıştır. Anketin birinci kısmında katılımcıların yaş, medeni durum, aile tipi, gelir düzeyi, evlilik durumu, eşin eğitim durumu, ilk adet görülme yaşı, daha önce gebelik durumu, çocuk sayısı, adet öncesi gerginlik yaşama durumu, gerginlikle baş etme durumu bilgilerinin yer aldığı sosyo-demografik veri formu yer almaktadır.

Anket formunun ikinci kısmında Beck ve arkadaşları (Beck ve arkadaşları, 1961)nce geliştirilen ve Hisli (1988) tarafından Türkçe çeviri yapılmış olan Beck Depresyon Ölçeği yer almaktadır. Son bir haftayı dikkate alarak kendini değerlendirme ifadelerinden oluşan 4'lü likert tipinde (0 ile 3 aralığında) ile toplam 21 maddeden oluşmaktadır.

Tüm madde puanlarının toplanmasıyla elde edilen toplam puan değerinin yüksek olması ile depresyon puan değerinin doğru orantılı olduğunu gösterir (Aksoy ve arkadaşları 2012).

Anket formunun üçüncü kısmında Beck ve arkadaşları (Beck ve arkadaşları 1988) ile ortaya çıkan, Ulusoy ve arkadaşları (1998) Türkçe çeviri yapılmış olan Beck Anksiyete Ölçeği vardır. Son bir haftayı dikkate alarak kendini değerlendirme ifadelerinden oluşan 4'lü likert tipinde (0 ile 3 aralığında) ile toplam 21 maddeden oluşmaktadır.

Tüm madde puanlarının toplanmasıyla elde edilen toplam puan değerinin yüksek olması ile anksiyete puan değerinin doğru orantılı olduğunu gösterir (Aksoy ve arkadaşları 2012).

Anket formunun dördüncü bölümünde DSM-III ve DSM-IV-R temel alınarak Gençdoğan (2006) tarafından geliştirilen ve Güler ve arkadaşları (2015) tarafından güvenilirlik ve geçerliği yapılan PMSÖ yer almaktadır. PMSÖ 44 maddeden oluşan beş değerde olan (1: Hiç, 5: Sürekli) likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin başındaki "adetten bir hafta önceki süre" durumu göz önünde bulundurularak işaretleme yapılmalıdır (Gençdoğan 2006). PMSÖ depresif duygulanım (m1-m7), anksiyete (m8, 9, 10, 11, 13,



14, 15, 16), yorgunluk (m12, 14, 17, 18, 25, 37), sinirlilik (m19, 20, 21, 22, 23), depresif düşünceler (24, 26, 27, 28, 29, 30, 44), ağrı (m31, 32, 33), iştah değişimleri (m34, 35, 36), uyku değişimleri (m38, 39, 40) ve şişkinlik (m41, 42, 43) olmak üzere dokuz boyut içermektedir.

Ölçeğin dokuz alt boyut puanıyla ve diğer alt boyut puanının toplanmasıyla oluşan “PMSÖ Toplam Puanı” elde edilmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 44, alınan en yüksek puan ise 220’dir. Geliştiriciler 111 ve üstünde puan alanlarda katı bir kural olmamakla birlikte PMS’nin var olduğu kabul edilebileceği belirtilmiştir (Güler ve arkadaşları 2015).

### **3.2. Verilerin Analizi**

Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin kişisel bilgileri; ölçeklere ait ortalama, standart sapma ve çarpıklık puanları betimsel istatistikler tablosuyla gösterilmiştir. Ölçek puanlarının normallik derecesinde Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal bir şekilde dağılım gösterdiği şeklinde yorumlanır (Büyüköztürk 2011). Normallik derecesinde bütün ölçek ve alt boyut puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 2). Normal dağılım gösteren bütün ölçek ve alt boyut puanlarının medeni durum, aile tipi, gelir düzeyi, evlilik durumu, eşin eğitim durumu, gebelik geçirmiş olma durumu, çocuk sayısı, adet öncesi gerginlik durumu değişkenlerine göre karşılaştırma sırasında bağımlı olmayan iki örneklem t testinden; yaş ve adet yaşı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı bir farklılık görüldüğünden farkın hangi iki grup arasında olduğunu anlamak amacıyla LSD post hoc testi kullanılmıştır. Anksiyete ve Depresyon ile PMSÖ alt boyutları arasındaki bağ analizinde Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anksiyete ve Depresyon değişkenleri ile PMSÖ alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunduğundan (Tablo 34) PMSÖ semptomlarının anksiyete ve depresyon üzerindeki nedensellik ilişkisi için çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ( $p < 0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

### **3.3. Değişkenler**

#### **3.3.1. Bağımlı Değişkenler**

PMSÖ puanı

Beck Depresyon Ölçeği puanı

Beck Anksiyete Ölçeği puanı

#### **3.3.2. Bağımsız Değişkenler**

Öğrencinin sosyo-demografik özellikleri (yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, adet olma yaşı, gelir düzeyi, kardeş sayısı, gebelik durumu)

Adet sürecinde öğrencilerin bu sendromla baş etme yöntemleri

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Demografik ve Betimsel İstatistikler

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Yaş	18 yaş ve altı	10	4,8
	19-23 yaş	117	55,7
	24-29 yaş	63	30,0
	30-35 yaş	20	9,5
Medeni durum	Bekar	183	87,1
	Evli	27	12,9
Aile tipi	Çekirdek aile	157	74,8
	Geniş aile	53	25,2
Gelir düzeyi	Orta	171	81,4
	Yüksek	39	18,6
Evlilik süresi (N=27)	5 yıl ve daha az	13	48,1
	6 yıl ve üzeri	14	51,9
Eşin öğrenim düzeyi (N=27)	Ortaöğretim	11	40,7
	Yükseköğretim	16	59,3
Adet yaşı	10-11 yaş	21	10,0
	12-13 yaş	92	43,8
	14-15 yaş	84	40,0
	16 yaş ve sonrası	13	6,2
Gebelik öyküsü	Evet	19	9,0
	Hayır	191	91,0
Çocuk durumu	Yok	194	92,4
	Var	16	7,6
Adet öncesi gerginlik	Evet	176	83,8
	Hayır	34	16,2
Gerginlikle baş etme yolları (N=201)	Spor yapma	22	10,9
	İlaç kullanma	56	27,9
	Beslenmeye özen	40	19,9
	Hiçbir şey	83	41,3

Araştırmaya katılan 210 kadın üniversite öğrencisinin %4,8'i 18 yaş ve altı, %55,57'si 19-23 yaş, %30'u 24-29 yaş, %9,5'i 30-35 yaş aralığındadır. Öğrencilerin %87,'i bekar, %12,9'u evlidir. Öğrencilerin %74,8'i çekirdek ailede, %25,2'si geniş ailede yaşamaktadır. Öğrencilerin %81,4'ünün geliri orta düzeyde, %18,6'sının yüksek düzeydedir. Evli öğrencilerin (N=27) %48,1'inin evlilik süresi 5 yıl ve 5 yıldan daha az, %51,9'unun 6 yılın üzerindedir. Evli öğrencilerin (N=27) %40,7'sinin eşi ortaöğretim düzeyinde, %59,3'ünün eşi yükseköğretim düzeyinde öğrenim görmüştür. Öğrencilerin %10'u 10-11 yaşlarında, %43,8'i 12-13 yaşında, %40'ı 14-15 yaşında, %6,2'si 16 yaş ve sonrasında ilk kez adet görmüştür. Öğrencilerin %9'u daha önce gebe olmuştur.

Öğrencilerin %7,6'sı çocuk sahibidir. Öğrencilerin %83,8'i adet öncesi gerginlik yaşamaktadır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrenciler çoğunlukla (%41,3) gerginlikle baş etmek için dinlenmekte veya hiçbir şey yapmamaktadır. Adet gerginliği ile baş etmek için diğer yapılanlar ilaç kullanma (%27,9), beslenmeye özen gösterme (%19,9) ve spor (%10,9) olarak sıralanmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 2. Değişkenlere Ait Betimsel İstatistikler**

Ölçek ve Alt Boyutlar	Madde		$\bar{X}$	SS	Çarpıklık
	Sayısı	n			
<b>Beck Depresyon</b>	<b>21</b>	<b>210</b>	<b>9,41</b>	<b>7,96</b>	<b>0,90</b>
<b>Beck Anksiyete</b>	<b>21</b>	<b>210</b>	<b>12,02</b>	<b>9,95</b>	<b>0,94</b>
Premenstrual Sendrom Ölçeği					
Depresif duygulanım	7	210	2,45	1,03	0,35
Anksiyete	8	210	1,88	0,76	0,90
Yorgunluk	6	210	2,72	1,02	0,09
Sinirlilik	5	210	2,76	1,15	0,23
Depresif düşünceler	7	210	2,09	0,90	0,87
Ağrı	3	210	2,82	1,14	0,18
İştah değişimleri	3	210	2,96	1,28	0,07
Uyku değişimleri	3	210	2,53	1,14	0,42
Şişkinlik	3	210	3,10	1,42	-0,06
<b>PMSÖ TOPLAM</b>	<b>44</b>	<b>210</b>	<b>108,43</b>	<b>35,28</b>	<b>0,13</b>

Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $9,41 \pm 7,96$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerin depresyon düzeyinin “normal” düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 2).

Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $12,02 \pm 9,95$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerin anksiyete düzeyinin “hafif” düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 2).

PMSÖ puan ortalaması  $108,43 \pm 35,28$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerde premenstrual sendromun önemli düzeyde olmadığı ( $PMSÖ < 111$ ) söylenebilir. Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puana sahip semptomların sırasıyla şişkinlik ( $3,10 \pm 1,42$ ), iştah değişimleri ( $2,96 \pm 1,28$ ), ağrı ( $2,82 \pm 1,14$ ), sinirlilik ( $2,76 \pm 1,15$ ) ve yorgunluk ( $2,72 \pm 1,02$ ) olduğu ortaya konmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3. Öğrencilerin PMS Durumlarına Göre Dağılımı**

PMSÖ Puanı	Düzy	n	%
<111	PMS yok	108	51,4
>111	PMS var	102	48,6

PMSÖ puanları kesme noktasına göre incelendiğinde öğrencilerin %51,4'ünün premenstrual sendromunu yaşadığı, %48,6'sının yaşamadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 3).

## 4.2. Karşılaştırma Analizleri

**Tablo 4. Depresyon Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Yaş	n	$\bar{X}$	SS	F	p
18 yaş ve altı	10	10,00	7,57	0,25	0,864
19-23 yaş	117	9,77	8,14		
24-29 yaş	63	8,89	8,05		
30-35 yaş	20	8,65	7,13		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 5. Depresyon Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Bekar	183	9,74	8,19	1,56	0,120
Evli	27	7,19	5,79		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 6. Depresyon Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Aile Tipi	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Çekirdek aile	157	8,36	7,46	-3,38	<b>0,001*</b>
Geniş aile	53	12,53	8,62		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -3,38$ ;  $p < 0,05$ ). Geniş ailede yaşayan öğrencilerin depresyon puanları ( $12,53 \pm 8,62$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $8,36 \pm 7,46$ ) daha fazladır (Tablo 6).

**Tablo 7. Depresyon Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Gelir Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Orta	171	9,50	8,01	0,33	0,739
Yüksek	39	9,03	7,80		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 8. Depresyon Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Evlilik Süresi (N=27)	N	$\bar{X}$	SS	T	p
5 yıl ve daha az	13	7,46	6,83	0,24	0,816
6 yıl ve üzeri	14	6,93	4,89		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının evlilik süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 9. Depresyon Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Eşin Öğrenim Durumu (N=27)	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Ortaöğretim	11	9,00	5,35	1,37	0,182
Yükseköğretim	16	5,94	5,92		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının eşin öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10. Depresyon Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

İlk Adet Görülme Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	F	p
10-11 yaş	21	8,48	6,57	0,99	0,401
12-13 yaş	92	10,10	8,01		
14-15 yaş	84	9,37	8,31		
16 yaş ve sonrası	13	6,31	7,11		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının ilk adet görülme yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 11. Depresyon Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Gebelik Öyküsü	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Evet	19	7,26	5,85	-1,24	0,218
Hayır	191	9,62	8,12		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Depresyon Puanlarının Çocuk Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Çocuk Durumu	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Yok	194	9,58	8,08	1,07	0,288
Var	16	7,38	6,08		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının çocuk durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12).

**Tablo 13. Depresyon Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Adet Öncesi Gerginlik	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Evet	176	9,24	7,54	-0,68	0,495
Hayır	34	10,26	9,92		

\*:  $p < 0,05$

Depresyon puanlarının adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 14. Anksiyete Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Yaş	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Anlamlı Fark
18 yaş ve altı	10	13,00	10,00	1,80	0,148	
19-23 yaş	117	13,32	10,07			
24-29 yaş	63	9,87	10,07			
30-35 yaş	20	10,75	7,98			

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 15. Anksiyete Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Bekar	183	12,16	10,16	0,51	0,611
Evli	27	11,11	8,55		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16. Anksiyete Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Aile Tipi	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Çekirdek aile	157	11,23	9,99	-2,01	<b>0,046*</b>
Geniş aile	53	14,38	9,55		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır  $t(t=-2,01; p < 0,05)$ . Geniş ailede yaşayan öğrencilerin anksiyete(kaygı) puanları ( $14,38 \pm 9,55$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $11,23 \pm 9,99$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 16).



**Tablo 17. Anksiyete Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Gelir Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Orta	171	11,75	9,66	-0,82	0,413
Yüksek	39	13,21	11,21		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 17).

**Tablo 18. Anksiyete Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Evlilik Süresi (N=27)	n	$\bar{X}$	SS	t	p
5 yıl ve daha az	13	10,77	8,80	-0,20	0,846
6 yıl ve üzeri	14	11,43	8,64		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının evlilik süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 19. Anksiyete Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Eşin Öğrenim Durumu (N=27)	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Ortaöğretim	11	13,00	9,43	0,95	0,351
Yükseköğretim	16	9,81	7,93		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının eşin öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 20. Anksiyete Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

İlk Adet Görülme Yaşı	n	$\bar{X}$	SS	F	p
10-11 yaş	21	10,19	9,24	0,35	0,792
12-13 yaş	92	11,93	9,65		
14-15 yaş	84	12,63	10,39		
16 yaş ve sonrası	13	11,69	11,00		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının ilk adet görülme yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 21. Anksiyete Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Gebelik Öyküsü	N	$\bar{X}$	SS	T	p
Evet	19	10,79	8,34	-0,57	0,572
Hayır	191	12,15	10,11		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 22. Anksiyete Puanlarının Çocuk Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Çocuk Durumu	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Yok	194	12,13	10,08	0,56	0,578
Var	16	10,69	8,41		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının çocuk durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 23. Anksiyete Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Adet Öncesi Gerginlik	n	$\bar{X}$	SS	T	p
Evet	176	12,20	9,98	0,60	0,551
Hayır	34	11,09	9,89		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete puanlarının adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 24. PMSÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş	n	$\bar{X}$	SS	F	P
Depresif duygulanım	18 yaş ve altı	10	2,31	1,03	0,64	0,636
	19-23 yaş	117	2,48	1,01		
	24-29 yaş	63	2,51	1,07		
	30-35 yaş	20	2,18	1,00		
Anksiyete	18 yaş ve altı	10	1,83	0,91	1,33	0,265
	19-23 yaş	117	1,96	0,77		
	24-29 yaş	63	1,81	0,76		
	30-35 yaş	20	1,63	0,54		
Yorgunluk	18 yaş ve altı	10	2,62	0,77	0,41	0,743
	19-23 yaş	117	2,78	1,06		
	24-29 yaş	63	2,67	0,92		
	30-35 yaş	20	2,55	1,24		
Sinirlilik	18 yaş ve altı	10	2,58	0,94	0,86	0,461
	19-23 yaş	117	2,78	1,12		
	24-29 yaş	63	2,86	1,21		
	30-35 yaş	20	2,41	1,29		
Depresif düşünceler	18 yaş ve altı	10	2,23	0,89	1,16	0,328
	19-23 yaş	117	2,16	0,91		
	24-29 yaş	63	2,04	0,92		
	30-35 yaş	20	1,78	0,79		
Ağrı	18 yaş ve altı	10	2,67	0,72	1,54	0,205
	19-23 yaş	117	2,85	1,07		
	24-29 yaş	63	2,94	1,29		
	30-35 yaş	20	2,33	1,15		

**Tablo 24 (Devamı). PMSÖ Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Yaş	n	$\bar{X}$	SS	F	P
İştah değişimleri	18 yaş ve altı	10	2,67	1,33	1,79	0,151
	19-23 yaş	117	2,88	1,23		
	24-29 yaş	63	3,24	1,36		
	30-35 yaş	20	2,63	1,29		
Uyku değişimleri	18 yaş ve altı	10	2,00	0,63	1,50	0,215
	19-23 yaş	117	2,62	1,11		
	24-29 yaş	63	2,56	1,22		
	30-35 yaş	20	2,22	1,17		
Şişkinlik	18 yaş ve altı	10	3,27	1,38	2,60	0,053
	19-23 yaş	117	2,91	1,43		
	24-29 yaş	63	3,49	1,32		
	30-35 yaş	20	2,83	1,52		
<b>PMSÖ TOPLAM</b>	18 yaş ve altı	10	104,40	28,30	1,09	0,354
	19-23 yaş	117	109,74	34,98		
	24-29 yaş	63	110,75	36,44		
	30-35 yaş	20	95,45	36,00		

\*:  $p < 0,05$

PMSÖ ölçek toplam ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 25. PMSÖ Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif duygulanım	Bekar	183	2,49	1,05	1,31	0,190
	Evli	27	2,21	0,82		
Anksiyete	Bekar	183	1,89	0,78	0,92	0,358
	Evli	27	1,75	0,54		
Yorgunluk	Bekar	183	2,76	1,02	1,24	0,216
	Evli	27	2,49	0,99		
Sinirlilik	Bekar	183	2,85	1,17	2,93	<b>0,004</b>
	Evli	27	2,16	0,84		
Depresif düşünceler	Bekar	183	2,14	0,93	1,96	0,051
	Evli	27	1,77	0,63		
Ağrı	Bekar	183	2,87	1,16	1,53	0,128
	Evli	27	2,51	0,96		
İştah değişimleri	Bekar	183	2,99	1,29	0,83	0,408
	Evli	27	2,77	1,26		
Uyku değişimleri	Bekar	183	2,55	1,13	0,62	0,534
	Evli	27	2,41	1,21		
Şişkinlik	Bekar	183	3,12	1,44	0,52	0,601
	Evli	27	2,96	1,30		
PMSÖ TOPLAM	Bekar	183	110,13	35,87	1,83	0,069
	Evli	27	96,89	29,01		

\*:  $p < 0,05$

Sinirlilik alt boyutuna ait puanların medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,93$ ;  $p < 0,05$ ). Bekar öğrencilerin sinirlilik semptom puanları ( $2,85 \pm 1,17$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $2,16 \pm 0,84$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 25).

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 26. PMSÖ Puanlarının Aile Tipine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Aile Tipi	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif duygulanım	Çekirdek aile	157	2,41	1,04	-1,16	0,246
	Geniş aile	53	2,60	1,00		
Anksiyete	Çekirdek aile	157	1,79	0,71	-2,98	<b>0,003*</b>
	Geniş aile	53	2,14	0,85		
Yorgunluk	Çekirdek aile	157	2,63	1,01	-2,27	<b>0,024*</b>
	Geniş aile	53	2,99	1,00		
Sinirlilik	Çekirdek aile	157	2,71	1,15	-1,10	0,273
	Geniş aile	53	2,91	1,16		
Depresif düşünceler	Çekirdek aile	157	2,00	0,87	-2,46	<b>0,015*</b>
	Geniş aile	53	2,35	0,97		
Ağrı	Çekirdek aile	157	2,85	1,14	0,57	0,573
	Geniş aile	53	2,74	1,17		
İştah değişimleri	Çekirdek aile	157	2,96	1,28	0,01	0,994
	Geniş aile	53	2,96	1,32		
Uyku değişimleri	Çekirdek aile	157	2,47	1,14	-1,40	0,164
	Geniş aile	53	2,72	1,12		
Şişkinlik	Çekirdek aile	157	3,10	1,43	-0,02	0,982
	Geniş aile	53	3,10	1,41		
PMSÖ TOPLAM	Çekirdek aile	157	105,96	35,15	-1,75	0,081
	Geniş aile	53	115,74	35,00		

\*:  $p < 0,05$

Anksiyete alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,98$ ;  $p < 0,05$ ). Geniş ailede yaşayan öğrencilerin anksiyete semptom puanları ( $2,14 \pm 0,85$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $1,79 \pm 0,71$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Yorgunluk alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ). Geniş ailede yaşayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları ( $2,99 \pm 1,00$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $2,63 \pm 1,01$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Depresif düşünce alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,46$ ;  $p < 0,05$ ). Geniş ailede yaşayan öğrencilerin depresif düşünce semptom puanları ( $2,35 \pm 0,97$ ), çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından ( $2,00 \pm 0,87$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 26).

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 26).

**Tablo 27. PMSÖ Puanlarının Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Gelir Düzeyi	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif duygulanım	Orta	171	2,44	1,02	-0,55	0,586
	Yüksek	39	2,53	1,08		
Anksiyete	Orta	171	1,86	0,73	-0,61	0,544
	Yüksek	39	1,94	0,86		
Yorgunluk	Orta	171	2,75	1,02	0,89	0,374
	Yüksek	39	2,59	1,01		
Sinirlilik	Orta	171	2,75	1,15	-0,34	0,736
	Yüksek	39	2,82	1,18		
Depresif düşünceler	Orta	171	2,06	0,88	-0,86	0,391
	Yüksek	39	2,20	1,00		
Ağrı	Orta	171	2,81	1,13	-0,27	0,790
	Yüksek	39	2,86	1,21		
İştah değişimleri	Orta	171	2,91	1,26	-1,01	0,312
	Yüksek	39	3,15	1,40		
Uyku değişimleri	Orta	171	2,56	1,15	0,60	0,548
	Yüksek	39	2,44	1,11		
Şişkinlik	Orta	171	3,08	1,43	-0,44	0,658
	Yüksek	39	3,19	1,40		
PMSÖ TOPLAM	Orta	171	107,94	34,49	-0,42	0,673
	Yüksek	39	110,59	38,97		

\*:  $p < 0,05$

PMSÖ ölçek toplam ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 28. PMSÖ Puanlarının Evlilik Süresine Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Evlilik Süresi		n	$\bar{X}$	SS	t	p
	(N=27)						
Depresif duygulanım	5 yıl ve daha az	13	13	2,51	0,80	1,88	0,071
	6 yıl ve üzeri	14		1,94	0,77		
Anksiyete	5 yıl ve daha az	13	13	1,92	0,48	1,65	0,112
	6 yıl ve üzeri	14		1,59	0,56		
Yorgunluk	5 yıl ve daha az	13	13	2,55	0,75	0,29	0,777
	6 yıl ve üzeri	14		2,44	1,19		
Sinirlilik	5 yıl ve daha az	13	13	2,34	0,85	1,05	0,304
	6 yıl ve üzeri	14		2,00	0,83		
Depresif düşünceler	5 yıl ve daha az	13	13	1,91	0,58	1,11	0,278
	6 yıl ve üzeri	14		1,64	0,67		
Ağrı	5 yıl ve daha az	13	13	2,67	0,84	0,83	0,412
	6 yıl ve üzeri	14		2,36	1,07		
İştah değişimleri	5 yıl ve daha az	13	13	3,28	1,19	2,19	<b>0,038*</b>
	6 yıl ve üzeri	14		2,29	1,17		
Uyku değişimleri	5 yıl ve daha az	13	13	2,49	1,16	0,33	0,748
	6 yıl ve üzeri	14		2,33	1,29		
Şişkinlik	5 yıl ve daha az	13	13	3,05	1,19	0,33	0,741
	6 yıl ve üzeri	14		2,88	1,44		
PMSÖ TOPLAM	5 yıl ve daha az	13	13	105,08	26,07	1,44	0,162
	6 yıl ve üzeri	14		89,29	30,44		

\*:  $p < 0,05$

İştah değişimleri alt boyutuna ait puanların evlilik süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,19$ ;  $p<0,05$ ). 5 yıl ve daha az süredir evli olan öğrencilerin iştah değişimleri semptom puanları ( $3,28\pm1,19$ ), 6 yıl ve daha uzun süre evli olan öğrencilerin puanlarından ( $2,29\pm1,17$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 28).

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının evlilik süresine göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29. PMSÖ Puanlarının Eşin Öğrenim Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Eşin Öğrenim Durumu		N	$\bar{X}$	SS	T	p
	(N=27)						
Depresif duygulanım	Ortaöğretim		11	2,48	0,93	1,45	0,161
	Yükseköğretim		16	2,03	0,71		
Anksiyete	Ortaöğretim		11	1,93	0,45	1,48	0,152
	Yükseköğretim		16	1,63	0,58		
Yorgunluk	Ortaöğretim		11	2,94	1,04	2,06	<b>0,049*</b>
	Yükseköğretim		16	2,19	0,85		
Sinirlilik	Ortaöğretim		11	2,49	1,06	1,75	0,093
	Yükseköğretim		16	1,94	0,58		
Depresif düşünceler	Ortaöğretim		11	1,90	0,63	0,84	0,411
	Yükseköğretim		16	1,69	0,64		
Ağrı	Ortaöğretim		11	2,88	0,91	1,74	0,094
	Yükseköğretim		16	2,25	0,93		
İştah değişimleri	Ortaöğretim		11	3,12	1,46	1,22	0,232
	Yükseköğretim		16	2,52	1,09		
Uyku değişimleri	Ortaöğretim		11	2,76	1,15	1,26	0,218
	Yükseköğretim		16	2,17	1,22		
Şişkinlik	Ortaöğretim		11	3,42	1,37	1,57	0,128
	Yükseköğretim		16	2,65	1,19		
PMSÖ TOPLAM	Ortaöğretim		11	109,45	28,75	1,97	0,060
	Yükseköğretim		16	88,25	26,68		

\*:  $p<0,05$

Yorgunluk alt boyutuna ait puanların eşin öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,06$ ;  $p<0,05$ ). Eşi ortaöğretim düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin yorgunluk semptom puanları ( $2,94\pm1,04$ ), eşi yükseköğretim düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin puanlarından ( $2,19\pm0,85$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 29).

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının eşin öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 29).

**Tablo 30. PMSÖ Puanlarının İlk Adet Görülme Yaşına Göre Karşılaştırılmasına Ait ANOVA Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	İlk Adet Görülme Yaşı	N	$\bar{X}$	SS	F	p
Depresif duygulanım	10-11 yaş	21	2,38	1,08	0,35	0,792
	12-13 yaş	92	2,54	1,03		
	14-15 yaş	84	2,39	0,97		
	16 yaş ve sonrası	13	2,37	1,35		
Anksiyete	10-11 yaş	21	1,85	0,74	0,15	0,927
	12-13 yaş	92	1,87	0,77		
	14-15 yaş	84	1,91	0,75		
	16 yaş ve sonrası	13	1,77	0,82		
Yorgunluk	10-11 yaş	21	2,81	1,05	0,11	0,954
	12-13 yaş	92	2,74	1,05		
	14-15 yaş	84	2,70	0,97		
	16 yaş ve sonrası	13	2,63	1,15		
Sinirlilik	10-11 yaş	21	2,74	1,35	1,01	0,391
	12-13 yaş	92	2,82	1,24		
	14-15 yaş	84	2,78	0,99		
	16 yaş ve sonrası	13	2,23	1,18		
Depresif düşünceler	10-11 yaş	21	2,01	0,79	0,16	0,925
	12-13 yaş	92	2,12	1,02		
	14-15 yaş	84	2,09	0,80		
	16 yaş ve sonrası	13	1,98	0,95		
Ağrı	10-11 yaş	21	2,60	0,96	0,32	0,810
	12-13 yaş	92	2,81	1,20		
	14-15 yaş	84	2,88	1,13		
	16 yaş ve sonrası	13	2,85	1,21		
İştah değişimleri	10-11 yaş	21	2,68	1,18	0,41	0,745
	12-13 yaş	92	2,96	1,34		
	14-15 yaş	84	3,03	1,26		
	16 yaş ve sonrası	13	2,90	1,28		
Uyku değişimleri	10-11 yaş	21	2,35	0,97	0,21	0,891
	12-13 yaş	92	2,55	1,19		
	14-15 yaş	84	2,56	1,10		
	16 yaş ve sonrası	13	2,54	1,32		
Şişkinlik	10-11 yaş	21	3,33	1,51	0,46	0,712
	12-13 yaş	92	3,13	1,42		
	14-15 yaş	84	3,06	1,41		
	16 yaş ve sonrası	13	2,77	1,41		
PMSÖ TOPLAM	10-11 yaş	21	105,86	35,69	0,21	0,889
	12-13 yaş	92	109,72	36,87		
	14-15 yaş	84	108,62	32,81		
	16 yaş ve sonrası	13	102,23	41,72		

\*:  $p < 0,05$

PMSÖ ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ilk adet görülme yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 30).



**Tablo 31. PMSÖ Puanlarının Gebelik Öyküsüne Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Gebelik Öyküsü	n	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif duygulanım	Evet	19	1,96	0,70	-2,21	<b>0,028*</b>
	Hayır	191	2,50	1,04		
Anksiyete	Evet	19	1,65	0,54	-1,36	0,177
	Hayır	191	1,90	0,77		
Yorgunluk	Evet	19	2,37	1,06	-1,59	0,114
	Hayır	191	2,76	1,01		
Sinirlilik	Evet	19	2,00	0,73	-3,07	<b>0,002*</b>
	Hayır	191	2,83	1,16		
Depresif düşünceler	Evet	19	1,62	0,61	-2,42	<b>0,017*</b>
	Hayır	191	2,14	0,92		
Ağrı	Evet	19	2,32	1,00	-2,03	<b>0,044*</b>
	Hayır	191	2,87	1,15		
İştah değişimleri	Evet	19	2,44	1,25	-1,86	0,065
	Hayır	191	3,01	1,28		
Uyku değişimleri	Evet	19	2,32	1,20	-0,88	0,380
	Hayır	191	2,56	1,13		
Şişkinlik	Evet	19	2,93	1,39	-0,54	0,592
	Hayır	191	3,11	1,43		
PMSÖ TOPLAM	Evet	19	89,89	28,14	-2,43	<b>0,016*</b>
	Hayır	191	110,27	35,45		

\*:  $p < 0,05$

Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,21$ ;  $p < 0,05$ ). Hiç gebe olmayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları ( $2,50 \pm 1,04$ ), en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından ( $1,96 \pm 0,70$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

Sinirlilik alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -3,07$ ;  $p < 0,05$ ). Hiç gebe olmayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları ( $2,83 \pm 1,16$ ), en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından ( $2,00 \pm 0,73$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

Depresif düşünceler alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,42$ ;  $p < 0,05$ ). Hiç gebe olmayan öğrencilerin depresif düşünceler semptom puanları ( $2,14 \pm 0,92$ ), en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından ( $1,62 \pm 0,61$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

Ağrı alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,03$ ;  $p < 0,05$ ). Hiç gebe olmayan öğrencilerin ağrı semptom puanları ( $2,87 \pm 1,15$ ), en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından ( $2,32 \pm 1,00$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

PMSÖ toplam puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t = -2,43$ ;  $p < 0,05$ ). Hiç gebe olmayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı

(89,89±28,14), en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından (110,27±35,45) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 31).

Diğer alt boyutlar puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 31).

**Tablo 32. PMSÖ Puanlarının Çocuk Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Çocuk Durumu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Depresif duygulanım	Yok	194	2,50	1,04	2,33	<b>0,021*</b>
	Var	16	1,88	0,71		
Anksiyete	Yok	194	1,90	0,77	1,34	0,183
	Var	16	1,63	0,56		
Yorgunluk	Yok	194	2,76	1,01	2,11	<b>0,036*</b>
	Var	16	2,21	1,04		
Sinirlilik	Yok	194	2,82	1,16	2,78	<b>0,006*</b>
	Var	16	2,00	0,79		
Depresif düşünceler	Yok	194	2,13	0,92	2,28	<b>0,024*</b>
	Var	16	1,60	0,55		
Ağrı	Yok	194	2,87	1,15	2,16	<b>0,032*</b>
	Var	16	2,23	0,96		
İştah değişimleri	Yok	194	3,01	1,28	1,97	0,051
	Var	16	2,35	1,18		
Uyku değişimleri	Yok	194	2,56	1,14	1,04	0,299
	Var	16	2,25	1,15		
Şişkinlik	Yok	194	3,13	1,42	1,26	0,209
	Var	16	2,67	1,35		
PMSÖ TOPLAM	Yok	194	110,21	35,29	2,58	<b>0,010*</b>
	Var	16	86,81	27,95		

\*:  $p<0,05$

Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,33$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları ( $2,50±1,04$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $1,88±0,71$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 32). Yorgunluk alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,11$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları ( $2,76±1,01$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $2,21±1,04$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 32). Sinirlilik alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,78$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları ( $2,82±1,16$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $2,00±0,79$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu

görülmüştür (Tablo 32). Depresif düşünceler alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,28$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin depresif düşünceler semptom puanları ( $2,13\pm0,92$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $1,60\pm0,55$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 32). Ağrı alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,16$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin ağrı semptom puanları ( $2,87\pm1,15$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $2,23\pm0,96$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 32).

PMSÖ toplam puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,58$ ;  $p<0,05$ ). Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı ( $110,21\pm35,29$ ), çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından ( $86,81\pm27,95$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 32).

Diğer alt boyutlara ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 32).

**Tablo 33. PMSÖ Puanlarının Adet Öncesi Gerginlik Durumuna Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Adet Öncesi Gerginlik		n	$\bar{X}$	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Depresif duygulanım	Evet	Hayır	176	2,53	1,00	2,61	<b>0,010*</b>
			34	2,04	1,09		
Anksiyete	Evet	Hayır	176	1,91	0,75	1,30	0,193
			34	1,72	0,77		
Yorgunluk	Evet	Hayır	176	2,80	0,99	2,70	<b>0,007*</b>
			34	2,29	1,10		
Sinirlilik	Evet	Hayır	176	2,90	1,13	4,22	<b>0,0001*</b>
			34	2,02	1,00		
Depresif düşünceler	Evet	Hayır	176	2,14	0,90	1,76	0,080
			34	1,84	0,92		
Ağrı	Evet	Hayır	176	2,95	1,15	3,74	<b>0,0001*</b>
			34	2,17	0,88		
İştah değişimleri	Evet	Hayır	176	3,05	1,30	2,39	<b>0,018*</b>
			34	2,48	1,13		
Uyku değişimleri	Evet	Hayır	176	2,63	1,11	2,65	<b>0,009*</b>
			34	2,07	1,20		
Şişkinlik	Evet	Hayır	176	3,31	1,39	5,21	<b>0,0001*</b>
			34	2,00	1,00		
PMSÖ TOPLAM	Evet	Hayır	176	112,27	34,19	3,70	<b>0,0001*</b>
			34	88,53	34,62		

\*:  $p<0,05$

Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,61$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları ( $2,53\pm 1,00$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,04\pm 1,09$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Yorgunluk alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,70$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları ( $2,80\pm 0,99$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,29\pm 1,10$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Sinirlilik alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=4,22$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları ( $2,90\pm 1,13$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,02\pm 1,00$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Ağrı alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=3,74$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin ağrı semptom puanları ( $2,95\pm 1,15$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,17\pm 0,88$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

İştah değişimleri alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,39$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin iştah değişimleri semptom puanları ( $3,05\pm 1,30$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,48\pm 1,13$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Uyku değişimleri alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=2,65$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin uyku değişimleri semptom puanları ( $2,63\pm 1,11$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,07\pm 1,20$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Şişkinlik alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=5,21$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan

öğrencilerin şişkinlik semptom puanları ( $3,31 \pm 1,39$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $2,00 \pm 1,00$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

PMSÖ toplam puanlarının adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır ( $t=3,70$ ;  $p<0,05$ ). Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı ( $112,27 \pm 34,19$ ), adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından ( $88,53 \pm 34,62$ ) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 33).

Anksiyete ve depresif düşünceler alt boyutlarına ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

### 4.3. Anksiyete ve Depresyon ile PMSÖ Arasındaki İlişki Analizleri

**Tablo 34. Anksiyete ve Depresyon ile PMSÖ Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları**

Ölçek ve Alt Boyutlar	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Depresyon	0,55**	0,56**	0,59**	0,48**	0,44**	0,52**	0,19**	0,21**	0,41**	0,05	0,54**
2. Anksiyete		0,44**	0,51**	0,45**	0,40**	0,47**	0,25**	0,09**	0,33**	0,05**	0,46**
3. PMSÖ TOPLAM			0,72**	0,68**	0,66**	0,75**	0,39**	0,44**	0,56**	0,34**	0,85**
4. Depresif duygulanım				0,68**	0,53**	0,76**	0,37**	0,31**	0,62**	0,26**	0,80**
5. Anksiyete					0,70**	0,67**	0,61**	0,46**	0,66**	0,51**	0,87**
6. Yorgunluk						0,63**	0,52**	0,43**	0,48**	0,53**	0,81**
7. Sinirlilik							0,45**	0,32**	0,65**	0,31**	0,84**
8. Depresif düşünceler								0,46**	0,55**	0,60**	0,67**
9. Ağrı									0,42**	0,56**	0,60**
10. İştah değişimleri										0,48**	0,77**
11. Uyku değişimleri											0,62**
12. Şişkinlik											1

\*: p<0,05

\*\* : p<0,01

Ölçek ve alt boyutlar arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre (Tablo 34):

- Depresyon ile anksiyete arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ).

- Depresyon ile PMSÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $r=0,56$ ;  $p<0,01$ ). Depresyon ile PMSÖ alt boyutlarından şişkinlik alt boyutu ile anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ); diğer alt boyutlarla pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ).

- Anksiyete ile PMSÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ). Anksiyete ile PMSÖ alt boyutlarından iştah değişimleri ve şişkinlik alt boyutları ile anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ); diğer alt boyutlarla pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 35. PMSÖ Semptomlarının Depresyon Üzerindeki Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımsız değişkenler	B	SH <sub>B</sub>	B	T	p
Sabit	-2,457	1,412		-1,740	0,083
Depresif duygulanım	1,399	0,737	0,181	1,900	0,059
Anksiyete	3,042	0,968	0,290	3,143	<b>0,002*</b>
Yorgunluk	0,931	0,765	0,120	1,218	0,225
Sinirlilik	1,429	0,593	0,207	2,412	<b>0,017*</b>
Depresif düşünceler	-0,061	0,877	-0,007	-0,070	0,945
Ağrı	-0,542	0,531	-0,078	-1,020	0,309
İştah değişimleri	0,355	0,423	0,057	0,838	0,403
Uyku değişimleri	0,774	0,574	0,111	1,348	0,179
Şişkinlik	-1,648	0,432	-0,294	-3,811	<b>0,0001*</b>

R=0,666 R<sup>2</sup>=0,444 ΔR<sup>2</sup>=0,418 F<sub>(9, 200)</sub>=17,711 p=0,000

\*:  $p<0,05$

PMSÖ alt boyutları ile depresyon arasındaki ilişkiyi gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir ( $F_{(9, 200)}=17,71$ ;  $p<0,05$ ). PMSÖ alt boyutları, depresyon değişkenindeki toplam varyansın yaklaşık %42'sini açıklamaktadır ( $\Delta R^2=0,418$ ).

t testi sonucu incelendiğinde anksiyete ( $t=3,14$ ;  $p<0,05$ ) ve sinirlilik ( $t=2,41$ ;  $p<0,05$ ) alt boyutlarının depresyon üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu; şişkinlik değişkeninin depresyon üzerinde negatif yönlü bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ( $t=-3,81$ ;  $p<0,05$ ). PMSÖ ölçeğindeki diğer alt boyutların depresyon üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır ( $p>0,05$ ).

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına ( $\beta$ ) göre PMSÖ alt boyutlarının depresyon üzerindeki önem sırası şişkinlik ( $\beta=-0,294$ ), anksiyete ( $\beta=0,290$ ), sinirlilik ( $\beta=0,207$ ) alt boyutları şeklindedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre depresyon değişkeninin yordanmasına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir:

$$\text{Depresyon} = -2,46 - 0,29*\text{şişkinlik} + 0,29*\text{anksiyete} + 0,21*\text{sinirlilik} + 0,18*\text{depresif duygulanım} + 0,12*\text{yorgunluk} + 0,11*\text{uyku değişimleri} - 0,08*\text{ağrı} + 0,06*\text{iştah değişimleri} - 0,01*\text{depresif düşünceler}$$

**Tablo 36. PMSÖ Semptomlarının Anksiyete Üzerindeki Etkisine Ait Çoklu Regresyon Analizi Sonuçlar**

Bağımsız değişkenler	B	SH <sub>B</sub>	B	T	p
Sabit	-1,029	1,916		-0,537	0,592
Depresif duygulanım	0,442	0,999	0,046	0,442	0,659
Anksiyete	3,739	1,313	0,285	2,848	<b>0,005*</b>
Yorgunluk	1,591	1,037	0,163	1,535	0,126
Sinirlilik	1,727	0,804	0,200	2,149	<b>0,033*</b>
Depresif düşünceler	0,651	1,189	0,059	0,548	0,585
Ağrı	0,795	0,721	0,091	1,103	0,271
İştah değişimleri	-0,750	0,574	-0,097	-1,307	0,193
Uyku değişimleri	-0,111	0,779	-0,013	-0,142	0,887
Şişkinlik	-1,694	0,587	-0,242	-2,888	<b>0,004*</b>
R=0,588 R <sup>2</sup> =0,346 $\Delta R^2=0,316$ F <sub>(9, 200)</sub> =11,742 p=0,000					

\*: p<0,05

PMSÖ alt boyutları ile anksiyete arasındaki ilişkiyi gösteren modelin uygun olduğu görülmektedir (F<sub>(9, 200)</sub>=11,74; p<0,05). PMSÖ alt boyutları, anksiyete değişkenindeki toplam varyansın yaklaşık %32'sini açıklamaktadır ( $\Delta R^2=0,316$ ).

t testi sonucu incelendiğinde anksiyete (t=2,85; p<0,05) ve sinirlilik (t=2,15; p<0,05) alt boyutlarının anksiyete üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip olduğu; şişkinlik değişkeninin anksiyete üzerinde negatif yönlü bir etkiye sahip olduğu görülmektedir (t=-2,89; p<0,05). PMSÖ ölçeğindeki diğer alt boyutların anksiyete üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır (p>0,05).

Standardize edilmiş regresyon katsayılarına ( $\beta$ ) göre PMSÖ alt boyutlarının anksiyete üzerindeki önem sırası anksiyete ( $\beta=0,29$ ), şişkinlik ( $\beta=-0,24$ ), sinirlilik ( $\beta=0,20$ ) alt boyutları şeklindedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre anksiyete değişkeninin yordanmasına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir:



Anksiyete = -1,03 + 0,29\*anksiyete - 0,24\*şişkinlik + 0,20\*sinirlilik + 0,16\*yorgunluk + 0,10\*iştah değişimleri - 0,09\*ağrı + 0,06\*depresif düşünceler + 0,05\*depresif duygulanım - 0,01\*uyku değişimleri



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Yapılan araştırmada üniversite öğrencilerinde PMS görülme sıklığı ve baş etme yöntemleri incelenmiştir. Ayrıca üniversite eğitimi almakta olan öğrencilerin ; yaş ile ilişkisi, medeni durumla ilişkisi, evlilikle ilişkisi, hamilelikle ilişkisi, çocuk sayısı ile ilişkisi, gelir düzeyi ile ilişkisi, aile tipi ile ilişkisi, evlilikte eşin eğitim durumu ile ilişkisi, evlilik süresi ile ilişkisi, ilk adet yaşı ile ilişkisi dikkate alınmıştır.

Elde edilen bilgilerle öğrencilerin yarısından çoğunun bu sendromu yaşadığı ve bu sendromla baş etme yöntemi olarak hiçbir şey yapmadıkları görülmüştür.

Bağımlı ve bağımsız değişkenlerle beraber aşağıdaki bilgilere ulaşılmıştır.

#### **5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Veri Formuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

PMS görülme ve baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için özel olarak hazırlanmış anket formuna göre bulgular şu şekildedir:

Araştırmaya katılan 210 katılımcının %55,57'si 19-23 yaş aralığındadır. Aynı ölçeğin kullanıldığı başka çalışmada yine çoğunluğun (%49.4) 20-24 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (Kırcan 2012). Bu da bizim çalışmamızı doğrular niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %87'si bekarıdır. Daha önce yapılan çalışmaya baktığımız zaman ise çoğunluğun (%80) evli olduğunu görürüz (Sokullu 2009). Bizim çalışmamızın sınırlılığı üniversite öğrencilerini kapsadığı için Sokullu'nun yapmış olduğu çalışmanın medeni durum envanteri ile paralellik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %74,8'i çekirdek ailede yaşamaktadır. Gülhan Sokullu'nun yaptığı çalışmada da katılımcıların %85'i çekirdek ailede yaşadığı görülüp (Sokullu 2009) , bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %81,4'ünün geliri orta düzeydedir. Bir diğer çalışmada da gelir düzeyinin %90'lık bir kısmının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerde evli öğrencilerin; çoğunluğunun (%51,9) evlilik süresi 6 yılın üstündedir. Sokullu, çalışmasında ise çoğunluğun (%45) evlilik süresinin 10 yıl ve üstü olduğunu belirtmiştir (Sokullu 2009).

Araştırmaya katılan öğrencilerin; çoğunluğu (%43,8) 12-13 yaşında ilk kez adet görmüştür. Daha önce yapılan bir başka çalışmada ise çoğunluğun ilk adet yaşı 13 (Kırcan 2012) ; Gülhan Sokullu'nun çalışmasında ise çoğunluğun (%70) ilk adet yaşı 14 olarak görülmektedir (Sokullu 2009). Bu iki çalışma da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %9'u daha önce gebe olmuştur. Bu oran çalışmamızın azınlığını oluşturmaktadır. Ancak Sokullu'nun çalışmasında gebelik öyküsü %65'lik oranda olup çoğunluğu oluşturmaktadır (Sokullu 2009).

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %7,6'sı çocuk sahibidir. Yine bu oran çalışmamızın azınlığını oluşturur. Bir diğer çalışmada bu oran %65'le çoğunluğu oluşturan veridir (Sokullu 2009).

Sokullu'nun çalışmasında *gebelik öyküsü ile çocuk sahibi durumu* doğru orantılıdır, yani ; gebe kalan katılımcıların hepsi çocuk sahibi olmuştur. Ancak ; bizim bu çalışmamızda gebe kalan kişi sayısı 19 iken bunlardan sadece 16'sı çocuk sahibi olmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin; %83,8'i adet öncesi gerginlik yaşamaktadır. Başka bir çalışmada ise adet gören kadınların %15-20'sinde PMS görüldüğü bilinmektedir (Late I, Duenas JL 2011).

Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrenciler çoğunlukla (%41,3) gerginlikle baş etmek için dinlenmekte veya hiçbir şey yapmamaktadır. Başka bir diğer çalışmada ; adet öncesi gerginlik şikayeti olan öğrencilerin annelerine başvurdukları belirtilmiştir (Kırcan 2012). Menstrual şikayetlerle baş etmede beslenmenin düzenlenmesi ve rahatlama yöntemleri (düzenli egzersiz, stresle baş etme yolları) uygulanması konusunda genç kızların desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Taşçı 2006). Adet gerginliği ile baş etmek için diğer yapılanlar ise; ilaç kullanma (%27,9), beslenmeye özen gösterme (%19,9) ve spor (%10,9) olarak sıralanmaktadır.

## **5.2. Katılımcıların Premenstrüel Sendrom Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

PMSÖ puan ortalaması 108,43±35,28 olarak bulunmuştur, elde edilen puanlara göre öğrencilerde PMS'nin önemli düzeyde olmadığı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puana sahip semptomların sırasıyla şişkinlik, iştah değişimleri, ağrı, sinirlilik ve yorgunluk olduğu tespit edilmiştir. Kırcan ve

arkadaşlarının çalışmasında sırasıyla karın ağrısı, halsizlik, bel ağrısı, sinirlilik, ciltte sivilcelenme, memelerde dolgunluk(şişlik) gibi ağrı yakınmaları vardır (Kırcan 2012). Demir ve arkadaşları kadınların %91.7'sinin menstrüel dönemde az veya çok belirtilerinin olduğunu, %82.3'ünün adet sancısı yaşadığını bulmuştur (Demir 2006).

PMSÖ puanları kesme noktasına göre incelendiğinde öğrencilerin %51,4'ünde PMS görüldüğü, PMS ölçek toplam ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Ayten Arıöz'ün çalışması da PMS puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı fark göstermediğini belirterek bizim çalışmamızı destekler niteliktedir (Arıöz 2009). Sinirlilik alt boyutuna ait puanların medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bekar öğrencilerin sinirlilik semptom puanları çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Gülhan Sokullu'nun çalışmasında sinirlilik alt boyutuna ait puanların medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir (Sokullu 2009). Sokullu'nun çalışmasıyla bizim çalışmamızın bu envanteri örtüşmemektedir.

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Anksiyete alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin anksiyete semptom puanları çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yorgunluk alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları, çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Depresif düşünce alt boyut puanlarının aile tipine göre anlamlı farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin depresif düşünce semptom puanları, çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır.

PMSÖ ölçek toplam ve alt boyut puanlarının gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Sokullu'nun çalışmasında da gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir (Sokullu 2009).

İştah değişimleri alt boyutuna ait puanların evlilik süresine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. 5 yıl ve 5 yıldan daha az süre evli olan öğrencilerin iştah

değişimleri semptom puanları, 6 yıl ve 6 yıldan daha uzun süre evli olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının evlilik süresine göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Yorgunluk alt boyutuna ait puanların eşin öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eşi ortaöğretim düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin yorgunluk semptom puanları eşi yükseköğretim düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Diğer alt boyutlar ve PMSÖ ölçek toplam puanlarının eşin öğrenim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Ayten Arıöz'ün çalışmasında da eşin öğrenim durumuna göre anlamlı fark görülmemiştir (Arıöz 2009). Bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

PMSÖ ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ilk adet görülme yaşına göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Sokullu'nun çalışmasında da ilk adet görülme yaşına göre anlamlı fark saptanmamıştır (Sokullu 2009).

Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hiç gebe olmayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları, en az bir defa gebe olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayten Arıöz'ün çalışmasında gebelik öyküsüne göre anlamlı fark saptanmamıştır (Arıöz 2009). Arıöz'ün çalışmasındaki bu grup bizim çalışmamızdaki grupla eşdeğer değildir. Sinirlilik alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hiç gebe olmayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları, en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Depresif düşünceler alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hiç gebe olmayan öğrencilerin depresif düşünceler semptom puanları en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı alt boyutuna ait puanların gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hiç gebe olmayan öğrencilerin ağrı semptom puanları en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

PMSÖ toplam puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hiç gebe olmayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı en az bir kez gebe olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayten Arıöz'ün çalışmasında gebelik öyküsüne göre anlamlı fark görülmemektedir (Arıöz 2009). Arıöz'ün çalışmasındaki bu grup bizim çalışmamızdaki grupla eşdeğer değildir. Diğer alt boyutlar puanlarının gebelik öyküsüne göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları, çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yorgunluk alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sinirlilik alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Depresif düşünceler alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin depresif düşünceler semptom puanları çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı alt boyutuna ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin ağrı semptom puanları çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. PMSÖ toplam puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Çocuk sahibi olmayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı çocuk sahibi olan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sokullu'nun çalışmasında PMSÖ toplam puanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir fark saptanmamıştır (Sokullu 2009). Bu çalışma bizim çalışmamızla örtüşmemektedir.

Diğer alt boyutlara ait puanların çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Depresif duygulanım alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet

öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin depresif duygulanım semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yorgunluk alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin yorgunluk semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sinirlilik alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin sinirlilik semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağrı alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin ağrı semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. İştah değişimleri alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin iştah değişimleri semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Uyku değişimleri alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin uyku değişimleri semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Şişkinlik alt boyutuna ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin şişkinlik semptom puanları adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür.

PMSÖ toplam puanlarının adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin PMSÖ toplam puanı adet öncesi gerginlik yaşamayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Aslı Bostancı'nın çalışmasında PMSÖ toplam puanlarının adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı fark saptanmamıştır (Bostancı 2010).

Anksiyete ve depresif düşünceler alt boyutlarına ait puanların adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır.

### **5.3. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Depresyon puanlarının yaş, medeni durum, gelir düzeyi, evlilik süresi, eşin öğrenim durumu, ilk adet yaşı, gebelik, çocuk sahipliği ve adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Depresyon puanlarının aile tipine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin depresyon puanları çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Aslı Bostancı'nın çalışmasında depresyon puanlarının aile tipine göre anlamlı fark bulunmamıştır (Bostancı 2010). Bizim çalışmamızı destekler nitelikte değildir.

### **5.4. Katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Anksiyete puanlarının yaş, medeni durum, gelir düzeyi, evlilik süresi, eşin öğrenim durumu, ilk adet yaşı, gebelik, çocuk sahipliği ve adet öncesi gerginlik durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır. Anksiyete puanlarının aile tipine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Geniş ailede yaşayan öğrencilerin anksiyete puanları çekirdek ailede yaşayan öğrencilerin puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayten Arıöz'ün çalışmasında anksiyete puanlarının aile tipine göre anlamlı bir farklılığı görülmemiştir (Arıöz 2009).



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

#### 6.1. Sonuç

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Araştırma kapsamına alınan 210 öğrencinin;

- %4,8'i 18 yaş ve altı, %55,57'si 19-23 yaş, %30'u 24-29 yaş, %9,5'i 30-35 yaş aralığındadır.

- Öğrencilerin %87,'i bekar, %12,9'u evlidir.

- Öğrencilerin %74,8'i çekirdek ailede, %25,2'si geniş ailede yaşamaktadır.

- Öğrencilerin %81,4'ünün geliri orta düzeyde, %18,6'sının yüksek düzeydedir.

- Evli öğrencilerin %48,1'inin evlilik süresi 5 yıl ve 5 yıldan daha az, %51,9'unun 6 yılın üzerindedir. Evli öğrencilerin %40,7'sinin eşi ortaöğretim düzeyinde, %59,3'ünün eşi yükseköğretim düzeyinde öğrenim görmüştür.

- Öğrencilerin %10'u 10-11 yaşlarında, %43,8'i 12-13 yaşında, %40'ı 14-15 yaşında, %6,2'si 16 yaş ve sonrasında ilk kez adet görmüştür.

- Öğrencilerin %9'u daha önce gebe olmuştur. Öğrencilerin %7,6'sı çocuk sahibidir.

- Öğrencilerin %83,8'i adet öncesi gerginlik yaşamaktadır.

- Adet öncesi gerginlik yaşayan öğrenciler çoğunlukla (%41,3) gerginlikle baş etmek için dinlenmekte veya hiçbir şey yapmamaktadır. Adet gerginliği ile baş etmek için diğer yapılanlar ilaç kullanma (%27,9), beslenmeye özen gösterme (%19,9) ve spor (%10,9) olarak sıralanmaktadır.

- Deney grubundaki öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $9,41 \pm 7,96$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerin depresyon düzeyinin "normal" düzeyde olduğu söylenebilir.

- Deney grubundaki öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması  $12,02 \pm 9,95$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerin anksiyete düzeyinin "hafif" düzeyde olduğu söylenebilir.

- Deney grubundaki öğrencilerin PMSÖ puan ortalaması  $108,43 \pm 35,28$  olarak bulunmuş olup elde edilen puanlara göre öğrencilerde PMS'nin önemli düzeyde olmadığı ( $PMSÖ < 111$ ) söylenebilir.

Alt boyutlar incelendiğinde en yüksek puana sahip semptomların sırasıyla şişkinlik ( $3,10 \pm 1,42$ ), iştah değişimleri ( $2,96 \pm 1,28$ ), ağrı ( $2,82 \pm 1,14$ ), sinirlilik ( $2,76 \pm 1,15$ ) ve yorgunluk ( $2,72 \pm 1,02$ ) olduğu tespit edilmiştir.

## 6.2. Öneriler ve Kısıtlılıklar

Yapılan çalışma adet öncesi gerginlik sendromu (PMS) yaşama sıklığını görmek ve bu sendromla baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesini incelemek amacıyla örnek niteliği taşımaktadır. Bu alanda yapılacak olan diğer araştırma çalışanlarına öneriler şu şekildedir:

- Çalışma yalnızca tek bir okulda yapıldığı için sonuçları genelleme olanağı sınırlı kalmıştır. Birden fazla okulda inceleme yapılarak daha genel sonuçlara ulaşılabilir.

- Çalışma özel bir üniversitede yapılmıştır bu yüzden maddi durum olanakları fazla olan kişiler araştırmaya dahil olmuştur. Araştırmanın devlet okullarında tekrarlanması daha farklı sonuçlar doğurabilir.

- Çalışma İstanbul'da tamamlanmıştır, araştırmaya kırsal/doğu kesimin katılmaması araştırmayı sadece batı şehir hayatında kısıtlandırmıştır. Yeni çalışmalarda kırsal kesimler de araştırmaya dahil edilebilir.

- Araştırmaya sadece üniversite eğitimi gören kişiler dahil edilmiştir. Sosyal hayatta da PMS görülen kişiler araştırmaya dahil edilebilir.

- PMS ile baş etmeye yönelik yeni araştırmalar planlanabilir. Böylelikle baş etme yöntemi düşüncesi deney grupları üzerinde genişletilebilir.

- PMS şikayeti görülen ve görülmeyen gruplar arasında karşılaştırmaların yapılabileceği araştırmalar yapılabilir. Böylelikle risk faktörleri de gözlenmiş olur.

## KAYNAKÇA

- Adıgüzel, H., Taşkın, E.O. ve Danacı, A.E (2007). Manisa ilinde Premenstrüel Sendrom Belirti Örüntüsü ve Belirti Yaygınlığının Araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215-222.
- Akdeniz, F. ve Gönül, S (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2, 70-74
- Akdeniz, F. ve Karadağ, F (2006). Adet döngüsünün Duygu Durum Bozuklukları Üzerine Etkisi Var mıdır? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(2), 1-9
- Akdeniz F, Gönül AS (2004). Kadınlarda üreme olayları ve depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2: 70– 74.
- Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG (2003). Premenstrual sendrom görülme sıklığı. *SSK Göztepe Tıp Dergisi* 18(2): 106-109.
- Altıparmak, S. ve Eser, E (2007). 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Aile ve Toplum*, 29–33.
- Avcı, K. ve Pala, K (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
- Arıöz, A (2009). Premenstrüel Sendrom Sorunu (PMS) Olan Üniversite Öğrencilerinde PMS Semptomlarının Kontrolü ve Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Eğitimin Etkinliği. Hemşirelik AnaBilim Dalı Konya-2009. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Beck, A.T., Epstein, N. and Steer, R.A (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-897.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. and Erbaugh, J (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bosarge, P.M (2003). Understanding and Treating PMS/PMDD. *Nursing Management*, 5, 13-17.
- Bostancı, A (2010). Premenstrüel Sendromda Öfke ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji AnaBilim Dalı Adli Klinik Psikoloji Programı. İstanbul,Eylül,2010.
- Braverman, P.K. and Sondheimer, S.J (1997). Menstrual Disorders. *Pediatr Rev*, 18(1), 17-25
- Braverman, P.K (2007). Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20(1), 3-12.

Brechin, S. and Owen, P (2003). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Hospital Medical*. 64(6), 348-351.

Büyüköztürk, Ş (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (14. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.

Çetin, S.K., Akdeniz, F. ve Tamar, M (2005). Depresif Bozukluk Tanılı Genç Kızlarda Adet Öncesi Belirti Dağılımı ve Şiddeti. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 145-153.

Daugherty JE (1998). Treatment strategies for premenstrual syndrome. *American Family Physician* 58: 183-92.

Demir B, Algül LY, Güvendağ Güven ES (2006). Sağlık çalışanlarında premenstrüel sendrom insidansı ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3: 262-270.

Demirkan E, Hemşirelerde mesleki motivasyon eksikliğinin nedenleri ve sonuçları üzerine sosyolojik bir çözümleme. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2007

Gençdoğan, B (2006). Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. *Türk Psikiyatri Dizini*, 8(2), 82-86.

Güler, Ö.T., Ataçağ, T., Yayıcı, E., Çetin, A. ve Çetin, M (2015). Validation of Turkish version of Premenstrual Symptoms Impact Survey™ (PMSIS™) for Assessing Status of Premenstrual Syndrome in Women of Reproductive Age. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 205-211.

Indusekhar R, Umsan SB, O'Brien S (2007). Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21(2): 207-220.

Ismail K, O'brien S (2001). Premenstrual Syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology* 11: 251-255

Kathleen B, Lustyk B, Shaver GS et al (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives Womens Mental Health* 12: 85-96.

Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H (2012). Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2012.13(1):19-25.

Late I, Duenas JL, Serrano I, Doval JL, Martinezsalmean J, Coll C, Perez-Campos E, Arbat A. Attitudes of Spanish women toward premenstrual symptoms, premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: results of a nationwide survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;159(1):115-8.

Medicalpark (2017). Medicalpark, Adet Öncesi Gerginlik Sendromu (Premenstrüel Sendrom, PMS nedir? Kadın Hastalıkları ve Doğum, 16,05.2017.

Öncel S, Pınar A (2006). Premenstrual sendromda tanı, tedavi ve hemşirelik yaklaşımı. Sendrom (Hemşirelik) 18(9): 86-91.

Özdemir, G (2017). Duygusal Yememin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri ile Olan İlişkisi, 28.01.2017.

Taşçı, DK (2006). Öğrencilerin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6):434-442.

Ulusoy, M., Şahin, N.H., Erkmen, H (1998). Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-173.

Woods S, Hall L, Dautenhahn K, Wolke D. Implications Of Gender Differences For The Development Of Animated Characters For The Study Of Bullying Behavior. *Computers in Human Behavior* 2007; 23:770-786.

## EKLER

### EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF).**

**ÇALIŞMANIN ADI:** ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU GÖRÜLME SIKLIĞI VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir).

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:** ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU GÖRÜLME SIKLIĞI VE BAŞ ETME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**AMACI:** ÜNİVERSİTE EĞİTİMİ ALAN KADIN ÖĞRENCİLERİN ADET DÖNEMLERİNDE PREMENSTRÜEL(ADET ÖNCESİ GERGİNLİK) SENDROM YAŞAYIP YAŞAMADIKLARINI BELİRTMEK VE BUNLA NASIL BAŞ ETTİKLERİNİ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN ELE ALMAKTIR.

#### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

SİZE VERİLECEK BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ, BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ, PREMENSTRÜEL SENDROM ÖLÇEĞİ VE SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMUNU EKSİKSİZ DOLDURMANIZ İSTENMEKTEDİR.

#### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

ÜNİVERSİTE EĞİTİMİ ALAN KADIN ÖĞRENCİLER ÜZERİNDE ADET ÖNCESİ GERGİNLİK SENDROMU GÖRÜLÜP/GÖRÜLMEDİĞİNİ ANLAMAMA ve BU DURUMLA NASIL BAŞ EDİLDİĞİNİ ÖĞRENMEME YARDIMCI OLACAKSINIZ.

## **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ ALINMAYACAKTIR.

## **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

FAHİRİYE GÜL ŞEKEROĞLU 0507 564 25 86

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı Adı Soyadı:</i>	Fahriye Gül ŞEKEROĞLU	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>	Üsküdar Üniversitesi – 0507 564 25 86	

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## EK-2 Sosyodemografik Veri Formu

### SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1- Yaşınız: \_\_\_\_\_

A) < 18

B) 19-23

C) 24-29

D) 30-35

E) >36

2- Medeni durumunuz nedir ?

A) bekar

B) evli

C) dul

3- Aile tipiniz nedir ?

A) Çekirdek aile

B) Geniş aile

4- Gelir düzeyiniz nedir ?

A) düşük

B) orta

C) yüksek

5- Kaç yıldır evlisiniz ?

A) 1 yıl ve altı B) 2-5 yıl C) 6-9 yıl

D) 10 yıl ve üzeri E) evli değil

6- Evliyseniz eşinizin eğitim durumu nedir ?

A) ilk-orta okul mezunu B) lise mezunu C) üniversite ve üzeri

7- İlk adetinizi ne zaman oldunuz ?

\_\_\_\_\_

8- Gebelik durumunuz oldu mu ?

A) evet

B) hayır

9- Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane ?

A) yok B) 1 C) 2 ve üzeri

10- Adet Öncesi gerginlik yaşar mısınız ?

Evet / Hayır

11- Yaşarsanız bu gerginlikle nasıl baş edersiniz?

a- spor yaparım [ evet\_\_\_ hayır\_\_\_ ]

b- ilaç kullanırım [ evet\_\_\_ hayır\_\_\_ ]

c- beslenme şeklime daha özen gösteririm

[ evet\_\_\_ hayır\_\_\_ ]

d- hiç bir şey yapmam [ evet\_\_\_ hayır\_\_\_ ]

e- diğer \_\_\_\_\_



## EK-3 Beck Depresyon Ölçeği

# Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
(1) Gelecek için karamsam.  
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.  
(1) Kendimden pek memnun değilim.  
(2) Kendime kızgınım.  
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
(1) Hatalarımı ve zayıf taraflarımı olduğunu düşünmüyorum.  
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
(3) Herşeyi yanlış yapıyorum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
(2) Kendimi öldürmek isterdim.  
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufak bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

## EK-4 Beck Anksiyete Ölçeği

# Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

## EK-5 Premenstrüel Sendrom Ölçeği



## **EK-6 Özgeçmiş**

### **EK-6 ÖZGEÇMİŞ**

#### **Kişisel Bilgiler**

Doğum Tarihi: 01.01.1992

Doğum Yeri: Kilis / MERKEZ

#### **Eğitim Bilgileri**

Lisans: Beykent Üniversitesi (2011-2015).

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi (2015-2017).

#### **Staj ve İş Deneyimi**

2014- Bakırköy Ruh ve Sinir Hastanesi (staj).

2015- Darülaceze Kurumu (staj).

2017- NP Beyin Hastanesi (staj).

2017- Çekmeköy Özel Onur Rehabilitasyon Merkezi (iş).